

BIOÉTICA E ORTOTANÁSIA: UM ESTUDO SOBRE MORTE E LONGEVIDADE

DOI: 10.31994/rvs.v9i2.435

Isabela Moreira Antunes do Nascimento¹

RESUMO

Buscou-se evidenciar quais são os possíveis parâmetros para que o “viver mais” não seja uma sobrevivência martirizante, tendo como marco filosófico o Principlismo, de Beauchamp e Childress e como objetivos específicos a análise dos institutos da bioética e do biodireito, das formas de disposição da vida e do uso adequado dos métodos terapêuticos. Concluiu-se pela viabilidade da ortotanásia na medida em que esta busca a humanização das práticas clínicas, dada a centralidade da pessoa humana e da sua dignidade, harmonizando o Direito e a Medicina. Para desenvolvimento do tema proposto, quanto aos procedimentos técnicos metodológicos, utilizou-se de base bibliográfica explorando-se material já publicado, como livros, jurisprudências e artigos. Quanto à abordagem do problema, trata-se de uma pesquisa qualitativa.

PALAVRAS-CHAVE: BIOÉTICA. ORTOTANÁSIA. PRINCIPIALISMO. AUTONOMIA.

¹ Mestranda em Direito pela Universidade Católica de Petrópolis –UCP; pós-graduanda em Mediação de Conflitos pela Universidade Católica de Petrópolis – UCP e conciliadora na Justiça Federal – TRF1, Subseção Judiciária Juiz de Fora/MG. <https://orcid.org/0000-0003-3621-9074>. <http://lattes.cnpq.br/7304054533678498>.

BIOETHICS AND ORTOTANASIA: A STUDY ON DEATH AND LONGEVITY

ABSTRACT

The aim of this study was to highlight the possible parameters so that the "living more" is not a martyritic survival, having as a philosophical landmark the Principlism, by Beauchamp and Childress, and as specific objectives the analysis of the institutes of bioethics and ways of disposing of life and the proper use of therapeutic methods. The feasibility of ortho- thasia was concluded in that it seeks the humanization of clinical practices, given the centrality of the human person and his dignity, harmonizing the Law and Medicine. For the development of the proposed theme, in terms of technical methodological procedures, a bibliographic base was used, exploring material already published, such as books, jurisprudence and articles. As for approaching the problem, it is a qualitative research.

KEYWORDS: BIOETHICS. ORTOTANÁSIA. PRINCIPIALISM. AUTONOMY.

INTRODUÇÃO

Este trabalho motivou-se, em sua elaboração, em estudar a morte e a longevidade, à partir da análise da bioética e da ortotanásia, assim como temas paralelos e referentes com o escopo de investigar se existem parâmetros para que o "viver mais" não seja uma sobrevivência martirizante. Trata-se de um tema relevante em razão da necessidade de uma busca pela humanização das práticas clínicas, dada a centralidade da pessoa humana e da sua dignidade.

Para o trabalho adotou-se, como principais marcos referenciais, a obra de Beauchamp e Childress, pela análise do Principlismo, que é o marco filosófico da pesquisa, de Barroso, com contextualização contemporânea dos princípios, de

Sarmento, pelo estudo da dignidade da pessoa humana e, ainda, Barbosa, como parâmetro para perquirir detalhes acerca das formas de disposição de vida.

O trabalho se estrutura em dois itens, cada qual com dois subitens. O primeiro aborda a bioética e o biodireito, destacando o descompasso entre o Direito e a Medicina e a busca de solução pela autonomia e pelo consentimento informado. Já no segundo, evidenciam-se as formas de disposição da vida, quais sejam, eutanásia, mistanásia, ortotanásia e suicídio assistido, assim como, destaca-se a necessidade do uso adequado dos meios terapêuticos.

Nos moldes metodológicos de Silva e Silveira (2007), quanto aos procedimentos, fez-se uma pesquisa bibliográfica logo que utiliza-se, principalmente, de material já publicado/ elaborado por outros autores.

1 DA BIOÉTICA E DO BIODIREITO

1.1 Descompasso entre direito e medicina

Ainda que a ciência e a medicina tenham expandido os limites da vida, fato é que a mortalidade é inevitável (BECKER, 19--?). Nesse sentido, analisam-se as hesitações contemporâneas advindas, do tênue, limite entre o viver e o morrer, já que a medicalização da vida muitas vezes desconsidera a humanização dos procedimentos. “Antes, temiam-se as doenças e a morte. Hoje, temem-se, também, o prolongamento da vida em agonia, a morte adiantada, atrasada, mais sofrida” (BARROSO; MARTEL, 2014, p.15).

O descompasso entre a deontologia médica e o ordenamento jurídico brasileiro potencializa esse problema, causando insegurança a todos os envolvidos. Com receio de eventuais sanções, os profissionais da saúde assumem a autoridade e desconsideram a autonomia do paciente, concretizando o padrão cultural paternalista que precisa ser modificado. Disso, decorrem tratamentos, por vezes, indesejados e desproporcionais. “Não é apenas a autonomia do paciente que é

agredida. A liberdade de consciência do profissional da saúde pode também estar em xeque” (BARROSO; MARTEL, 2014, p.29). Sarmiento (2016) também aborda a temática da autonomia, considerada como princípio fundamental da Bioética, à partir da qual destaca-se o consentimento livre e informado do paciente em relação a seu estado de saúde e a possíveis tratamentos em detrimento do paternalismo.

Estão em choque, aqui, dois modelos. Um de índole paternalista, que desconsiderava a vontade do paciente e de seus familiares, privados de fazerem escolhas morais próprias. O outro, fundado na deontologia médica, valoriza a autonomia e o diálogo, aceitando que a arte de curar se converta em cuidado e amparo. Cabe procurar entender e enfrentar as razões do desencontro entre as imposições jurídicas e as exigências éticas. O principal argumento contrário a qualquer hipótese de morte com intervenção decorre da compreensão do direito à vida como um direito fundamental absoluto. No Brasil, essa valorização máxima da vida biológica e do modelo biomédico intensivista e interventor tem sua origem em algumas doutrinas morais abrangentes, muitas de cunho religioso, que penetram na interpretação jurídica [...] (BARROSO; MARTEL, 2014, p.33).

Diante disso, apesar de este trabalho não buscar aprofundar os aspectos criminais da temática é importante fazer uma observação pontual, diante da falta de padronização, inclusive sobre as potenciais consequências, para esclarecer o posto acima. A Resolução 1.805/06, editada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e indicadora de conduta da classe médica admitiu a ortotanásia, abordando a limitação de tratamentos indesejados. Contestada sua constitucionalidade na Ação Civil Pública 2007.34.00.014809-3, movida pelo Ministério Público Federal, decidiu-se pela improcedência da ação. Contudo, encontra-se, ainda, para diversos estudiosos, em contraste com o Código Penal vigente, que é norma positivada, pelo qual pode ser enquadrada como omissão de socorro (MALUF, 2015) ou como homicídio.

Verifica-se, então, a necessidade de transdisciplinaridade dos conhecimentos, valorizando tanto a multidisciplinaridade, soma de ensinamentos de diversas áreas, como a interdisciplinaridade, interrelacionando-os e harmonizando-os. A interação

dinâmica do Direito e da ética próprias dos séculos XX e XXI e da consequente ascensão do Pós-positivismo jurídico ganha destaque, enquanto que a compartimentalização, setorização ou isolamento dos saberes está defasado vez que objetiva-se, hoje, além de vislumbrar o ser humano em sua integralidade tê-lo como membro de uma sociedade multicultural. Apesar de a Bioética ter aspecto mais zetético e o Biodireito ser mais dogmático (VILLAS-BÔAS, 2012) ambos convergem na defesa da dignidade humana e no caráter principiológico sob o prisma dos direitos humanos.

O termo Bioética foi evidenciado pelo oncologista americano Van Rensselaer Potter, em 1971, no livro *“Bioethics: bridge to the future”* (apud NAMBA, 2015), com escopo de promover e defender a dignidade humana, a qualidade de vida e o equilíbrio ambiental perante avanços técnicos então verificados harmonizando-os com o ecossistema. Inicialmente abordada biocêntrica, ou seja, voltada para questões que, atualmente, alguns denominam “macrobioética”, correspondeu “à inserção do homem em seu meio, em uma visão holística, em que prepondera a preocupação ecológica e a qualidade da vida que se está legando às gerações futuras” (VILLAS-BÔAS, 2012, p.90).

Em 1972, o obstetra André Hellegers (apud VILLAS-BÔAS, 2012) utilizou o termo no âmbito da “microbioética”, com abordagem antropocêntrica e com foco nas relações interpessoais como, por exemplo, a prática clínica entre médico e paciente, assim como discussões envolvendo início e fim da vida. Trata-se do ramo da bioética que tem por norte o estudo das relações entre médicos e pacientes e também entre as instituições e os profissionais de saúde. “A microbioética trabalha, especificamente, com as questões emergentes, que nascem dos conflitos entre a evolução da pesquisa científica e os limites da dignidade da pessoa humana” (MALUF, 2015, p.10).

Sob o postulado dos Direitos Humanos, sobretudo com a terceira dimensão de direitos, voltou-se a valorizar o coletivo, o transindividual, o social, sobretudo no que tange à saúde, e o ambiental (SGRECCIA, 2014). Não se tratam de modelos estanques mas sim permeáveis, de modo que, hoje, a Bioética é tida em sentido

amplo, abrangendo inclusive, mas não somente, a ética biomédica, a deontologia médica e os apontamentos filosóficos.

Finalmente, diante desse contexto polêmico, constantemente inovador e interdisciplinar, no qual o ser humano é protagonista, que se propõe, além da Bioética, o estudo do Biodireito. Apesar daqueles que consideram essa nomenclatura desnecessária, como Villas-Bôas (2012), coaduna-se com os que a consideram relevante, ainda que esteja em desenvolvimento, como Borba e Hossne (2010), sobretudo na égide do constitucionalismo pós-moderno ou contemporâneo (BARROSO, 2017).

Em Bioética o bem é tido à partir de um sujeito individualizado em suas peculiaridades e não de forma abstrata. A particularidade da situação do paciente deve servir de base para se perquirir, à luz dos princípios bioéticos, o nível de humanidade e de legitimidade inerentes à conduta do profissional da saúde (MALUF, 2015). Portanto, o progresso biotecnológico, por vezes, desacompanhado da respectiva posituação jurídica, acarreta a necessidade de ponderar os diversos valores envolvidos na situação fática, superando a legislação escrita. É o que se passa a analisar a seguir.

1.2 Autonomia e consentimento informado

Do até agora exposto, percebe-se que as demandas decorrentes do progresso científico estão em descompasso com a legislação, causando hesitação quanto aos limites, a ilicitude e também quanto as consequências para todos os envolvidos. Diante dessas lacunas buscam-se outras fontes normativas, como os princípios, inclusive os de origem bioética, dada a necessária interdisciplinaridade entre os saberes, como já foi mencionado. Almeja-se impedir que a insistência no positivismo estrito obstaculize boas soluções práticas justamente em razão da celeridade das mudanças.

Faz-se mister, portanto, trabalhar com conceitos abertos, desde que amparados por argumentação lógica e racional, para não redundar no que se

pretende evitar: condutas abusivas ou insegurança jurídica. Assim, tendo como marco teórico o Principlismo de Beauchamp e Childress (2002) estudam-se os quatro princípios basilares da bioética, quais sejam, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Os pontos básicos do “principlismo” podem ser assim resumidos: 1] não haveria normas intrínsecas à prática médica que possam guiar as decisões; 2] há quatro princípios fundamentais [beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça], que deveriam guiar as ações em medicina; 3] esses princípios devem ser aplicados às situações concretas para a formulação dos juízos morais particulares. [...] Beauchamp e Childress propõem inserir os princípios numa teoria ética composta que permita a cada princípio basilar ter um certo peso, sem ter, porém, uma prioridade [exclui-se, portanto, toda hierarquia objetiva dos princípios]. Qual princípio terá predominância, no caso de conflito, dependerá do particular contexto, que se tem sempre características únicas (SGRECCIA, 2017, pp.184-185).

No ponto faz-se duas observações. Primeiramente defende-se aqui a necessidade de regras jurídicas que vinculem a prática médica na tomada de decisões. Pernicioso é quando elas são tidas de forma estrita, desconsiderando as nuances do caso fático. Sendo assim, é importante harmonizar as regras aos princípios, quando ambos estejam em vigor. Em caso de lacuna estes supririam, então, aquelas. Por conseguinte eventual conflito entre princípios é de fato apenas aparente não havendo hierarquia entre normas podendo ser solucionado por critérios argumentativos que ponderem racionalmente os interesses conflitantes.

O princípio da beneficência refere-se à busca pelo bem-estar e aos interesses do paciente durante o atendimento feito pelos profissionais da saúde, cuidando para não causar um mal, pelo dever de agir maximizando benefícios ao próximo. O princípio da não maleficência indica a obrigação de não acarretar dano propositalmente e deriva da máxima da ética médica: *primum non nocere*. Já o princípio da justiça indica a imparcialidade e a não discriminação (MALUF, 2015). Por fim, quanto ao princípio da autonomia, dá-se destaque:

Autonomy: [...] In the ethics of health care, respect for individual autonomy is generally understood to mean respect for various forms of self-determination and individual control over one's own body. Thus it presupposes that the individual whose autonomy is to be respected has the capacity to form and express choices on her own behalf. It also presupposes the possibility of, and requires respect for, her liberty, that is, freedom of thought, self-directed action, and self-regarding choice, including the freedom of withhold consent to medical treatment or research participation for oneself. Respect for autonomy is also viewed as the ground or basis for several other patient-regarding norms as well, including respect for privacy (of information, personal space, decisions, and personal property) and maintenance of confidentiality (of patient-related information). Furthermore, because any true exercise of autonomy via voluntary, informed consent would require prior disclosure and comprehension of accurate and complete information, respect for autonomy may also be seen as a foundation for the norm of truthfulness in the disclosure of patient-centered information. (See, for example, Beauchamp and Childress, Principles of Biomedical Ethics, 6th ed. [New York: Oxford University Press, 2009], especially chapters 4 and 8) (TUBBS Jr.; WASHINGTON, 2009, p.-?).

Nesse sentido, o Código de Ética Médica (2009) em vigor elenca diretrizes:

Capítulo I, XXI: No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas; XXII: nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados. Capítulo IV, art. 22: deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte, art. 24: deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo; art. 41: abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Portanto, a autonomia contrapõe-se ao paternalismo, já criticado, almejando um modelo participativo, de parceria, no qual (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2016) o paciente, devidamente esclarecido e informado sobre seu quadro clínico, consente

ou não a determinadas terapias. Diniz (2011) aduz que há limites condicionadores desse consentimento consciente. É fundamental a acessibilidade e clareza da linguagem, sendo igualmente importante perquirir se o enfermo realmente tem capacidade para se autodeterminar.

2 DAS FORMAS DE DISPOSIÇÃO DA VIDA

2.1 Eutanásia, mistanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio assistido

Diversas são as classificações das formas de disposição da vida, ainda que algumas sejam meramente teóricas, dada sua ilicitude. Neste trabalho abordam-se cinco e procura-se exemplificá-las com casos reais ocorridos na jurisprudência alienígena ainda que não se pretenda, aqui, fazer um estudo comparado, dando-se primazia ao ordenamento pátrio. Também não se trata de uma análise casuística pela qual casos modelo seriam capazes de definir parâmetros gerais. Esses casos foram colacionados, portanto, para uma melhor compreensão dos institutos já que, em âmbito nacional, dá-se pouca publicidade.

O termo eutanásia foi elaborado no século XVII, pelo filósofo inglês Francis Bacon, indicando boa morte, morte benéfica ou morte apropriada (*apud* SÁ; MOUREIRA, 2012). Em relação ao ato em si, eutanásia ativa ou benemortanásia (MALUF, 2015) é (a) a ação médica intencional, (b) de antecipar ou provocar a morte, (c) com finalidade benevolente, (d) de pessoa que se encontre em situação considerada irreversível e incurável, conforme os padrões médicos vigentes e (e) que padeça de intensos sofrimentos físicos e psíquicos. Já a eutanásia passiva ou paraeutanásia ocorre quando a morte é resultado de omissão médica que garantiria a sobrevivência, sendo, para alguns, sinônimo de ortotanásia, aliando-se nesse trabalho à corrente que as diferencia. Por sua vez, ocorre eutanásia pelo duplo efeito (NAMBA, 2015) quando a morte é acelerada como consequência de ações médicas que visam o alívio do sofrimento do paciente, mas são letais (por exemplo, emprego

de uma dose de benzodiazepínico para minimizar a ansiedade e a angústia, gerando, por consequência, depressão respiratória e óbito).

Considera-se, ainda, que levando-se em conta o consentimento do paciente, a eutanásia também pode ser: a) voluntária, quando decorre da vontade expressa do doente, que para alguns seria sinônimo de suicídio assistido; b) não voluntária quando não se conhece a vontade do paciente; (c) involuntária quando o ato é realizado contra vontade do enfermo. O termo eutanásia já foi utilizado, de forma genérica e ampla, abarcando distintas situações conforme a subclassificação feita acima. Atualmente, o conceito de eutanásia restringe-se à sua forma ativa (BARROSO; MARTEL, 2014).

Para exemplificar, Dworkin (2016) cita a experiência de Lillian Boyes que faleceu após seu médico, Dr. Nigel Cox, a injetar uma dose letal de cloreto de potássio. Infere-se que ele o fez, a seu pedido, para que ela não sofresse, já que eles estabeleceram uma relação pessoal após treze anos de atendimentos. Ocorre que uma enfermeira viu as anotações do prontuário e avisou às autoridades, levando o médico a julgamento por tentativa de assassinato. O júri não acolheu a alegação de que se buscou o alívio das dores da paciente vez que a droga injetada não tem efeito analgésico, considerando-o culpado.

Destaca-se, por fim, eutanásia social ou Mistanásia. Nos moldes de Diniz (2011), a mistanásia passiva pode ocorrer quando doentes ou deficientes sequer conseguem ter acesso a serviços de saúde pública por razões políticas, sociais ou econômicas, enquanto que a mistanásia ativa dá-se quando se elimina pessoas com alguma deficiência, que passam a ser tidas como indesejáveis, como ocorreu nos campos de concentração nazista. Dá-se também quando doentes crônicos ou terminais conseguem atendimento em hospitais, mas são vítimas de má prática ou descaso médico, como ocorre em casos de idosos internados que não são bem acompanhados.

Distanásia trata da tentativa de retardar a morte ao máximo, utilizando todos os meios médicos disponíveis ou experimentais, ordinários ou extraordinários, mesmo os desproporcionais, ainda que cause dores e sofrimento ao paciente cuja

morte é inevitável. Tem-se o prolongamento artificial da vida do enfermo, sem chance de cura ou de recuperação, ou seja, são tratamentos fúteis, insistentes e inúteis caracterizados pela obstinação ou escarniçamento terapêutico (NAMBA, 2015). Há conflito entre o progresso da medicina e a integridade da pessoa humana pois o tratamento e a tecnologia se tornam um fim em si mesmo.

Por sua vez, a Ortotanásia (BARBOSA, 2010) consiste na interrupção do tratamento já inútil, em vista de quadro clínico irreversível, abrindo mão de processos artificiais. É entendida também como morte adequada ao tempo, sem os tratamentos desproporcionais e postergadores (distanásia) e sem abreviação do processo de morrer (eutanásia). Busca-se valorizar a vontade da pessoa enferma, tratando-a de forma mais humanizada.

Por fim, nos moldes de Barroso e Martel (2014), o suicídio assistido designa a retirada da própria vida com auxílio ou assistência de terceiros. O ato causador da morte é de autoria daquele que põe termo à própria vida. A atuação do terceiro consiste em colaborar com o ato como, por exemplo prestando informações ou colocando à disposição meios e condições necessárias à prática. Difere-se a assistência ou auxílio do induzimento e da instigação. Neste estimula-se, fomenta-se uma ideia já existente, naquele, incute-se tal proposta, ambos sem efetivo apoio material, como ocorre no primeiro.

Diniz (2011) ilustra o caso emblemático do Dr. Jack Kevorkian, o “Doutor Morte”, que inventou a máquina do suicídio. Esta consistiu em um aparelho de eletrocardiograma que à partir de um dispositivo acionado pelo próprio paciente injetava nele substância que continha o anestésico Thiopental, que acarretava inconsciência, seguida de uma dose de cloreto de potássio capaz de paralisar o coração. Deu-se esse procedimento com mais de cem pacientes até que foi condenado judicialmente, sendo a máquina confiscada. Interessante notar, contudo que hoje, no Estado de Michigan (EUA), após o plebiscito que aprovou a Lei de 1994, legalizado está o suicídio assistido.

Por fim, interessante notar que neste ponto esta discussão figura-se no âmbito da bioética especial. Explica-se: nos termos de Sgreccia (2017) o tratado da

bioética já configurou três diferentes momentos: a bioética geral, a bioética clínica e a bioética especial. A primeira atém-se às fundações éticas, analisando os valores e os princípios originários da ética médica assim como as fontes documentais da bioética como, por exemplo, deontologia e legislação, o que analisou-se anteriormente, no subitem 1.1. A segunda vincula-se, então, ao exame da situação concreta médica e do caso clínico, ponderando quais são os valores ventilados para definir a conduta a seguir, o que foi perscrutado no subitem 1.2. A última perquire os problemas de modo geral, tanto no aspecto médico quanto no biológico, quais sejam, engenharia genética, aborto, eutanásia, etc.

Está-se, portanto, caminhando, para o desfecho do trabalho. No próximo subitem todo o debate culminará na busca pela humanização das práticas clínicas, dada a centralidade da pessoa humana e da sua dignidade.

2.2 Uso adequado dos meios terapêuticos

A pessoa humana é tida em sua centralidade nesse trabalho apesar de, recapitula-se, isso não se contrapor à sua inserção social e ambiental justamente porque a defesa da autonomia visa a concretização dos ideais, objetivos, projetos, etc., que são construídos e delimitados conforme as respectivas realidades, desde que, claro, não prejudique terceiros. Isso não configura comunitarismo. No ponto, para a interface entre a saúde/doença, a pessoa, o meio e a os valores é possível sim, desde que se busque um equilíbrio. “São, portanto, quatro as dimensões da saúde que se entrecruzam e se permeiam: a dimensão orgânica, a dimensão psíquica e mental, a dimensão ecológico-social e a dimensão ética. (SGRECCIA, 2017, p.142)

A busca da “humanização das práticas médicas” incide em responsabilidade com a totalidade da pessoa do paciente, ou seja, considerando este tanto em sua individualidade quanto em conjunto à comunidade ou, mais amplamente, à sociedade e ao ambiente social. Aduz-se que essa expressão pode ser tida como resultado de conceitos complementares entre si, tais como, (a) relação intersubjetiva

entre o paciente e os profissionais da saúde em resposta à invasão da tecnologia ou ao atendimento massificado e despersonalizado nos hospitais; (b) incentivo aos estudos humanísticos; e, sobretudo (c) o reconhecimento da dignidade de pessoa em todo ser humano, da sua concepção até sua morte (SGRECCIA, 2017).

Medicina e humanização. Constatamos que passamos de uma medicina menos científica e mais humana para uma medicina mais científica e menos humana. Não é preciso ir longe para perceber de imediato que uma das características de nossa época, não obstante os progressos materiais conseguidos, é a capacidade de resolver humanisticamente os problemas do dia a dia. Isso se observa de uma forma toda particular no campo médico. A medicina contemporânea foi invadida pelo futuro, muda de face e começa a sentir uma certa deterioração. A relação médico-paciente se desagrega, e começa a imperar na medicina a tecnologia (adoração à técnica). Do lado médico, um misto de comodidade, deslumbramento e interesses comerciais; e na vertente leiga? Uma tendência natural a entronizar a máquina, reforçada pela publicidade a serviço do complexo médico-industrial. Os meios de comunicação diariamente nos empanurram com os prodígios da ciência, e a “escatologia científica” passou a ser uma obsessão dos futurologistas. [...] E a polarização para tudo o que revela uma manipulação técnica à custa das realidades humanas. Nos países desenvolvidos fala-se de crise da medicina, e alguns vão até mais longe ao dizer que estamos caminhando rumo a uma antimedicina (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2016, p.222).

Do posto, ganha destaque a controversa “dignidade da pessoa humana”. Fundamental, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, na defesa da pessoa, hoje muito banalizada em razão da sua imprecisão terminológica, sendo usada na argumentação de posições opostas. A abertura interpretativa é inerente à expressão, dado que esta representa um princípio. Seu uso vazio e meramente retórico ou falacioso realmente deve ser evitado mas não há como negá-la como uma conquista, isso seria um retrocesso.

À partir de uma visão secularista, que, ao valorizar a liberdade e a autonomia pessoal, garantem à pessoa o protagonismo da vida à morte, defendendo a qualidade de vida, é interessante mencionar duas revoluções: a revolução terapêutica e a revolução biológica. A primeira, “revolução terapêutica” dá-se com o

aperfeiçoamento de medicamentos, sobretudo das sulfamidas em 1937 e da descoberta da penicilina por Fleming, garantindo a vitória sobre doenças durante muito tempo fatais, tais como tuberculose e sífilis (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2016). A segunda, a “revolução biológica”, dá-se com o aperfeiçoamento das técnicas de diagnóstico, de engenharia genética e de concepção assistida, sobretudo à partir da descoberta do código genético, garantindo domínio sobre três áreas, quais sejam, reprodução, hereditariedade e sistema nervoso.

Trabalhou-se, até aqui, com tema delicado e complexo sem, portanto, pretensão de completude das diversas nuances que o rodeiam. Requer-se um corte metodológico que torne viável o artigo. Sendo assim, conforme o apresentado, encerra-se o debate concluindo-se que existem sim parâmetros para que o “viver mais” não seja uma sobrevivência martirizante. Esses parâmetros são os princípios bioéticos, nos moldes do Princípioalismo, de Beauchamp e Childress (2002), sobretudo o princípio da autonomia diante do consentimento informado.

Almeja-se que o homem seja valorizado e que o progresso tecnológico tenha limite na dignidade da pessoa. Almeja-se, ainda, que o passamento seja adequado aos valores de cada um e que se houverem condições médicas éticas que garantam longevidade com qualidade, ótimo, não admitindo-a, então, como mero prolongamento distanásico. Sendo assim, a ortotanásia mostra-se mecanismo apropriado na humanização das práticas clínicas, harmonizando o Direito e a Medicina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito ainda se discute a respeito das formas de abreviar a vida. Este trabalho procurou ponderar a viabilidade ética e jurídica delas buscando parâmetros para que a longevidade garantida pelas novas tecnologias, não seja mera sobrevivência martirizante. Busca-se, em última análise, definir critérios para a humanização das práticas clínicas, no intuito de harmonizar o Direito e a Medicina. Nesse diapasão, o

princípio da autonomia ganha destaque, sobretudo quando analisada sob o viés Principlista, de Beauchamp e Childress. Não se desvaloriza a vida mas infere-se que, no caso concreto, outros valores devem ser sopesados. No ponto, a ortotanásia mostra-se viável e adequada.

REFERENCIAL TEÓRICO

BARBOZA, Heloisa Helena et al (Org.). **Vida, morte e dignidade humana**. Rio de Janeiro: G.z., 2010.

BECKER, Ernest. **A negação da morte**. São Paulo: Círculo do Livro, 19--? 337 p. Tradução de: Otávio Alves Filho.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002. Tradução de: Luciana Pudenzi.

BORBA, Marina de Neiva; HOSSNE, William Saad. Bioética e Direito: biodireito? Implicações epistemológicas da Bioética no Direito. **Bioethikos: Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, p.285-291, 22 abr. 2010.

BRASIL. **Resolução CFM nº 1.805/2006**: ortotanásia. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>>. Acesso em: 16 out. 2017.

BRASIL. **Resolução CFM nº 1.931/2009**: Código de Ética Médico. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122>. Acesso em: 16 out. 2017.

BRASIL. **Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3**. Disponível em: <<https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?secao=DF&proc=200734000148093>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848/1940**: Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 19 nov. 2018.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais. 2. ed. São Paulo: Wmfmartinsfontes, 2016.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito constitucional contemporâneo**: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida *In* GOZZO, Débora; LIGIERA, Wilson Ricardo et al (Org.). **Bioética e direitos fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2014.

NAMBA, Edson Tetsuzo. **Manual de bioética e biodireito**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de P.de. **Problemas atuais de bioética**. 11. ed. São Paulo: Loyola, 2016.

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de bioética e biodireito**. 3. ed. São Paulo: Gen/atlas, 2015.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer**: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade. Belo Horizonte: del Rey, 2012.

SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2016.



SILVA, José Maria da; SILVEIRA, Emerson Sena da. **Apresentação de trabalhos acadêmicos: normas e técnicas**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

SGRECCIA, Elio. **Manual de bioética 1: fundamentos e ética biomédica**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2017. Tradução de: Orlando Soares Moreira.

SGRECCIA, Elio. **Manual de bioética II: aspectos médico-sociais**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2014. Tradução de: Orlando Soares Moreira.

TUBBS, Jr.; WASHINGTON, James B. **A Handbook of Bioethics Terms**. Washington: Georgetown University Press, 2009.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. Bioética e direito: aspectos da interface. Desafios e perspectivas de um chamado biodireito. **Bioethikos: Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, p.89-100, 09 dez. 2012.

Recebido em 08/10/2018

Publicado em 21/12/2018