

AUTONOMIA E VULNERABILIDADE NOS PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO DA VIDA

AUTONOMY AND VULNERABILITY IN LIFE INTERVENTION PROCEDURES

Débora da Silva Roland¹
Letícia Barros Barros Alexandrino²
Ricardo Fernandes Pessoa³

RESUMO: O presente trabalho se propõe a examinar, em revisão de literatura, a Bioética e suas relações com o Biodireito, a partir da ação mediadora do princípio da dignidade humana, que estabelece um diálogo entre estas disciplinas e os direitos humanos. A dignidade humana atua como um princípio abrangente de toda a normatividade de direitos humanos, como também funciona como um norte para o estabelecimento de um padrão moral nos cuidados médicos. Investiga também a bioética principiológica e o protagonismo do princípio da autonomia, que vem sendo questionado a partir de suas tensões com a vulnerabilidade, que aponta para dificuldades de se observar plenamente a autonomia dos pacientes, em países em que se percebe grande desigualdade social. Por esse motivo, foram construídas outras possibilidades epistemológicas para a bioética, de modo a atender essa fragilidade dos indivíduos que vivem em situação de vulnerabilidade. Finalmente, o trabalho vai analisar os procedimentos de intervenção da vida a partir destas questões teóricas debatidas no trabalho, e as principais controvérsias na área jurídica e bioética.

Palavras-chave: Bioética. Dignidade humana. Direitos humanos. Autonomia. Vulnerabilidade

ABSTRACT: The present work aims to examine, in a literature review, Bioethics and its relationship with Biolaw, from the mediating action of the principle of human dignity, which establishes a dialogue between these disciplines and human rights. Human dignity acts as an overarching principle of all human rights normativity, as well as serving as a guide for establishing a moral standard in medical care. It also investigates the principiological bioethics and the leading role of the principle of autonomy, which has been questioned based on its tensions with vulnerability, which points to difficulties in fully observing the autonomy of patients in countries where there is great social inequality. For this reason, other epistemological possibilities were built for bioethics, in order to address this fragility of individuals who live in a situation of vulnerability. Finally, the work will analyze life intervention procedures from these theoretical issues debated in the work, and the main controversies in the legal and bioethical area.

KEYWORDS: bioethics. human dignity. human rights. autonomy. vulnerability

¹ Doutora em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento pelo Instituto de Economia da UFRJ. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1860515873296326>. Contato: debora.roland@gmail.com.

² Graduanda de Direito na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1983016579588314>. Contato: lebaralexo@gmail.com.

³ Graduando de Direito na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8838492765490188>. Contato: rf46751@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Há milênios a humanidade anseia por encontrar um sentido à vida e explicar a sua existência diante do mundo que a cerca. Nesse ínterim, surgiram diversos questionamentos em relação à vida, tais como sua duração, sua qualidade, sua sacralidade e seu término. Mas foi com o advento da modernidade que situações complexas e capazes de gerar acaloradas discussões cresceram, como o aborto, o suicídio, a eutanásia, entre outras. Nesse sentido, atualmente, encontramos diante de uma pergunta que consubstancia as inquietações dos primórdios da humanidade com as de seus ápices científicos dos séculos XX e XXI: pode o homem intervir sobre os processos da vida? Existe um limite para esta intervenção? Um segmento disciplinar que propõe uma resolução para tal questionamento e que toma contornos cada vez mais sólidos desde meados do século passado é a Bioética.

Cunhada pelo oncologista Van Rensselaer Potter em seu livro intitulado *Bioethics: Bridge to the Future*, publicado em 1971, onde propôs um modelo de Bioética a partir de uma profunda reflexão em torno das possíveis consequências negativas que os avanços tecnológicos e científicos daquele período poderiam causar ao planeta e às futuras gerações, o termo se difundiu e alcançou vigor no final do século XX⁴. Com o desenvolvimento tecnológico acelerado neste período, o conceito de Bioética vai evoluir para se entender como “ramo das ciências sociais aplicadas que busca fixar sistema de valores para solucionar problemas éticos decorrentes das descobertas e intervenções biotecnológicas”⁵.

Essa disciplina encontrou espaço na ciência jurídica, que passou a disciplinar questões levantadas pela Bioética, e apresentar soluções intrassistêmicas por meio de normas positivadas no sistema jurídico. Surge o Biodireito, que vai fornecer um parâmetro jurídico às ciências da vida, indicando o limite que, se transposto, poderá acarretar dano à espécie humana e em consequente responsabilização⁶.

Todavia estas duas disciplinas, Biodireito e Bioética, se encontram e dialogam a partir dos direitos humanos, enriquecendo-se mutuamente a partir do

⁴ FULGÊNCIO, C. A. **A Bioética de intervenção e a justiça social**. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Bioética, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

⁵ RIVABEM, F. S. Biodireito: uma disciplina autônoma? *In: Rev. Bioética* Curitiba. 25 (2): 282-9, 2017, p. 284.

⁶ ROCHA, R. **Fundamentos do Biodireito**. Salvador: Editora Juspodivm, 2018, 224 pág.

princípio da dignidade humana. E em decorrência deste diálogo, surgem tensões entre os ditames principiológicos da bioética e a vulnerabilidade, que vai nortear todas as alternativas epistemológicas surgidas recentemente. É a partir da análise desta tensão, que se pretende examinar os procedimentos de intervenção da vida, com o aborto, a eutanásia, a ortotanásia, entre outros, para mostrar a adequação ou não da bioética principiológica especialmente para os indivíduos em situação de vulnerabilidade.

1 O DIÁLOGO ENTRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

O princípio da dignidade humana está diretamente relacionado à existência do Estado Democrático de Direito, possuindo, segundo Luís Roberto Barroso⁷, dois papéis principais: o primeiro atua como fonte de direitos e de deveres; o segundo papel se refere à fonte de interpretação de outros direitos constitucionais e orientando a definição de seus sentidos nos casos concretos.

Daniel Sarmiento⁸, ao analisar a função da dignidade humana, destaca dois aspectos. O primeiro é o entendimento de que a dignidade humana tem um relevante papel na identificação de direitos fundamentais. O segundo é o fato de que a dignidade humana pode reconhecer direitos fundamentais não enumerados na Constituição de 1988. O reconhecimento fora dos limites das normas constitucionais, visa impedir que a pessoa humana fique desamparada diante de graves ameaças ou lesões, diante da incompletude do conjunto de direitos fundamentais constitucionais.⁹ Assim, Sarmiento confere à dignidade uma plasticidade e uma vanguarda principiológica à dignidade humana, que vai afinal guiar todo o ordenamento e ações políticas e sociais.

A Bioética tem como preocupação central a vida e, por isso, ela está em constante diálogo com os direitos humanos, mas é o princípio da dignidade humana que atua como mediador entre esses dois ramos de estudo. Em todos os documentos internacionais afirma-se que a dignidade humana é fundamento dos

⁷ BARROSO, L. R. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. 1ª Reimpressão, Belo Horizonte: Editora Fórum, 2013.

⁸ SARMENTO, D. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2016.

⁹ Ibidem

direitos humanos. E é justamente pelos direitos humanos terem se tornado fundamento normativo internacional, é que o princípio vai mediar as duas disciplinas: Bioética e direitos humanos. Roberto Andorno¹⁰ percebe que, na relação entre direitos humanos e dignidade humana, o princípio cumpre duas funções distintas: como princípio político abrangente em relação às normas de direitos humanos, um papel fundador e orientador de toda a normatividade de direitos humanos; e, como padrão moral nos cuidados médicos, quando firma um padrão de atendimento ao paciente.

A relação entre Bioética e direitos humanos tornou-se ainda mais estreita a partir de 2005, quando a UNESCO prescreveu a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, onde emprega a dignidade humana como objetivo central da Declaração, princípio maior da biomedicina e principal argumento contra toda forma de discriminação (mesmo a discriminação genética), entre outras funções perceptíveis através do conteúdo de seus artigos.

Depreende-se que a dignidade humana é central nas relações entre Bioética e direitos humanos. Assim, em vista de sua proeminência e abrangência, a dignidade humana atua como uma bússola não só para os direitos humanos, mas também para as ciências da vida, que devem estar de acordo com os preceitos fundamentais da Constituição.

2 O TRIUNFO DA BIOÉTICA PRINCIPALISTA E AS NOVAS PROPOSTAS EPISTEMOLÓGICAS

Em 1971, nos Estados Unidos, Van Rensselaer Potter escreve o livro *Bioética: Ponte para o Futuro*, no qual afirma a necessidade de se construir uma ponte entre as ciências e as humanidades, em especial a ética. Além disso, Potter pensa a ética médica de modo mais amplo, abrangendo outros ramos da vida, como as ciências ecológicas¹¹.

O Relatório de Belmont elaborado em 1978 foi outro fato marcante elencando princípios éticos básicos para a pesquisa com seres humanos¹². O

¹⁰ ANDORNO, R. The dual role of human dignity in bioethics. *In: Medicine, health care and philosophy*, v. 16, n. 4, p. 967-973, 2011.

¹¹ ZANELLA, D. C.; SGANZERLA, A.; PESSINI, L. A Bioética Global de V. R. Potter. *In: Revista Ambiente e Sociedade*, São Paulo, v. 22, 2019.

¹² LUMERTZ, Eduardo Só Dos Santos; MACHADO, Gyovanni Bortolini. Bioética e biodireito. *In: Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul*, v. 1, n. 81, p. 107-126, 2016.

Relatório estabeleceu um novo modelo, focado na mediação de conflitos morais por meio de princípios éticos, estabelecendo três princípios: o respeito às pessoas, a beneficência e a justiça.¹³ O princípio do respeito às pessoas faz surgir o consentimento informado, pois prezava pelo tratamento autônomo dos indivíduos, enquanto o princípio da beneficência afirma que não se deve fazer o mal, como também se deve proporcionar o maior número possível de benefícios, com o menor grau de malefícios. O último princípio, o da justiça, buscava promover equidade e atenção na realização das pesquisas¹⁴.

As ideias expressas no Relatório de Belmont, foram recebidas por Beauchamp e Childress, servindo de esboço para o que se tornaria o modelo padrão da bioética no mundo todo: o princípalismo. Segundo Schramm, Palácios e Rego¹⁵, a bioética princípalista é um modelo estruturado em princípios não hierárquicos entre si e constitui um método útil na resolução de conflitos de sociedades pluralistas em face da negação tanto do absolutismo moral quanto do relativismo moral.

A autonomia surge como princípio moral na cultura dos direitos humanos, compreendida como o respeito à pessoa do paciente, e no reconhecimento de seu direito de escolha. A justiça é a mais distante da tradicional ética médica e se relaciona com a distribuição de recursos dentro do panorama de uma “cultura de limites” na saúde, definindo prioridades no acesso a bens escassos¹⁶.

Ao longo dos anos 1970 e 1980 a autonomia, de cunho nitidamente liberal, tornou-se preponderante. O perigo do hiper dimensionamento da autonomia é a degeneração do saudável respeito à individualidade, mostrando-se contraditório aos objetivos do modelo princípalista, de proteger os mais vulneráveis nas relações médico-paciente e instituições de pesquisa-cidadãos, pois acabou por ser corporificado no Termo de consentimento livre e esclarecido. (TCLE) Rapidamente formou-se uma indústria desse termo, construídos para adequar-se a cada situação e utilizados acriticamente em pesquisas e tratamentos.¹⁷

¹³ DEJEANNE, Solange. Os fundamentos da bioética e a teoria princípalista. **Thaumazein: Revista Online de Filosofia**, v. 4, n. 7, p. 32-45, 2011.

¹⁴ LOPES, José Agostinho. Bioética: uma breve história: de Nuremberg (1947) a Belmont (1979). **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 262-273, 2014.

¹⁵ SCHRAMM, Fermin Roland; PALÁCIOS, Marisa; REGO, Sergio. O modelo bioético princípalista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, n. 2, p. 361-370, 2008.

¹⁶ Ibidem

¹⁷ GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética**, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005.

A partir dos anos 1990 surgiram as mais diversas vozes da América Latina, da Europa e dos próprios Estados Unidos contra esse “checklist” e, em 1998, no Quarto Congresso Mundial de Bioética, considerável parte dos bioeticistas retomou o caminho bioético enunciado por Van Rensselaer Potter. Na realidade latino-americana de forte desigualdade social, Garrafa¹⁸ alerta para a necessidade de repensar o principlialismo com novas categorias, sobretudo aquelas que ele chama de “quatro pêns”: a proteção dos mais frágeis, a prevenção de danos e complicações, a prudência em relação ao novo e a precaução perante o desconhecido.

Assim, surgiram diversas propostas epistemológicas ao modelo principlialista, tais como a bioética de inspiração feminista, a bioética de intervenção e a bioética de proteção. Além desses novos olhares, considerável parcela dos bioeticistas volta-se agora para a Bioética Global, resgatando das ideias de Potter.¹⁹ O caminho traçado por Potter objetivava uma verdadeira reunião de valores éticos e conhecimentos biológicos. Seu objetivo era construir um sistema capaz de religar a ética médica ao seu conceito de ética ambiental, de forma a alcançar a preservação da humanidade: esse sistema é denominado de Bioética Global, preocupada holisticamente com o futuro da vida sobre o globo terrestre. Suas intenções atravessaram as décadas e podem ser bem percebidas nas tendências do século XXI, especialmente nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 2030. Além disso, a necessidade de retomarmos essa ponte entre as culturas científica e humanista é cada vez mais reconhecida atualmente²⁰.

Outra proposta epistemológica relevante é a bioética de inspiração feminista, que reflete a noção de autonomia em outras lentes. Segundo Diniz e Guilhem, há nas teorias críticas uma identificação entre o conceito de autonomia e a conquista da liberdade. Para as autoras, existem muitas situações em que a verdadeira autonomia é mascarada em uma vontade coagida, o que aponta para uma necessidade de reflexão sobre o conceito de vulnerabilidade. A bioética feminista visualiza a origem do desejo, núcleo das expressões de consentimento e voluntariedade, não em um indivíduo abstrato, mas nas imposições sociais naturalizadas em sujeitos moralmente vulneráveis. Exemplo comum seria a busca entre mulheres por novas tecnologias reprodutivas, a qual muitas vezes retrata não

¹⁸ *Id. Ibid.*

¹⁹ ZANELLA, D. C.; SGANZERLA, A.; PESSINI, L. A Bioética Global de V. R. Potter. **Revista Ambiente e Sociedade**, São Paulo, v. 22, 2019.

²⁰ *Ibidem*

uma vontade livre, mas um desejo de adequação aos papéis sociais demarcados ao gênero feminino. Em razão disso, a bioética feminista defende não princípios éticos universais, mas sim princípios que compensem a vulnerabilidade dos sujeitos²¹.

No início do século XXI dá-se o desenvolvimento da bioética de intervenção no Brasil, uma proposta de libertação consciente das desiguais relações entre países centrais e periféricos. Aborda a dimensão social da saúde, onde estaria a origem dos conflitos em saúde, recorrendo a elementos ideológicos e políticos para a resolução dos problemas bioéticos. Cimentada na filosofia ética da libertação, a bioética de intervenção foi capaz de politizar o debate bioético, romper o paradigma cartesiano de separação mente-corpo e demonstrar a importância de cada sujeito nas relações sociais. Desse modo, segundo Feitosa e Nascimento²², ela vincula os conflitos de saúde aos fundamentos da reforma sanitária.

Recentemente, surge outra proposta epistemológica, a chamada Bioética de proteção, a qual é informada por dois sentidos distintos: em sentido lato busca assegurar a sobrevivência da espécie humana e, dessa forma, pode encampar a Bioética Global; em sentido estrito, busca dar proteção e amparo aos pacientes incapazes de se defenderem sozinhos ou mesmo de conservar sua autonomia frente a razões supervenientes à sua capacidade.²³ Segundo Schramm²⁴, ambos os sentidos possuem função complementar, pois o sentido lato, isoladamente, implicaria em um Estado autoritário, enquanto o sentido estrito demarcaria a formação de um Estado assistencialista.

Dessa forma a Bioética se reinventa, por meio de correntes intelectuais antigas que se reavivam e através de propostas alternativas que ganham cada vez mais peso nos debates. Mesmo que o principialismo tenha adquirido hegemonia no mundo nas primeiras décadas da bioética, suas insuficiências demonstram gradualmente a necessidade de observar outros modelos para que essa disciplina expanda seus horizontes e consolide seu papel diante de diversos problemas ambientais, sociais e biomédicos.

²¹ DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Revista Bioética**, v. 7, n. 2, 2009.

²² FEITOSA, Saulo Ferreira; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 277-284, 2015.

²³ SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.

²⁴ SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.

3 BIOÉTICA PRINCIPALISTA NOS PROCESSOS DE INTERVENÇÃO DA VIDA

3.1 O problema da vulnerabilidade

O termo vulnerabilidade ganhou destaque nos meios acadêmicos e científicos juntamente com outros dois termos: resiliência e adaptação. A relevância dos termos está intimamente relacionada com o esforço de racionalidade para o estudo e compreensão do alcance dos riscos e das incertezas que a sociedade pós-moderna vive, ao produzir práticas que expõem seres vivos a toda sorte de insegurança. O risco passa a estar presente no cotidiano de todos, distribuído indiscriminadamente, e se alastrando sem respeitar fronteiras. É evocada com frequência nos estudos e apontamentos sobre pobreza, exclusão/inclusão, violência, segregação, dependência, vida e morte,²⁵ constituindo termo de largo alcance expressando fenômenos como adoecimento, potencial adoecimento, e o enfrentamento em referência a um único indivíduo ou a grupos de indivíduos.²⁶

No âmbito da bioética, o termo vulnerabilidade surgiu no Relatório Belmont, relacionado de forma particular e em termos relativos, a pessoas e populações que pudessem estar em situação de exposição a danos severos. O Relatório utiliza o termo para aplicá-lo às condições de experimentação humana, enquanto Beauchamp e Childress enfatizam que a vulnerabilidade pode atingir pessoas ou grupos, exigindo sempre ações e práticas para superá-la, reafirmando a noção construída no Relatório. Além disso, no desenvolvimento de seu trabalho sobre os princípios da bioética, os autores passaram a vincular a vulnerabilidade ao princípio da autonomia, reforçando-o, o que foi determinante para o protagonismo do princípio em detrimento dos outros princípios erigidos pela dupla de estudiosos.

O termo ganha destaque dentro da bioética e passa a compor diversos documentos internacionais, tais como as Diretrizes éticas internacionais para pesquisas relacionadas à saúde envolvendo seres humanos, a Declaração de Helsinque e a Declaração Universal do Genoma Humano e Direitos Humanos. Pode-se perceber que o termo vulnerabilidade alcança espaço internacional de forma mais ampla do que previa o Relatório Belmont e os autores americanos Beauchamp e

²⁵ JR, Eduardo Marandola; HOGAN, Daniel Joseph. As dimensões da Vulnerabilidade. **São Paulo em Perspectiva**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 11, 2006.

²⁶ BERTOLOZZI, Maria Rita et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 43, n. SPE2, p. 1326–1330, 2009.

Childress, ganhando outros espaços além da experimentação humana, e atribuindo maiores poderes às pessoas vulneráveis.²⁷

3.2 Bioética principialista e o aborto

A temática do aborto instiga uma profunda polarização na sociedade entre os que defendem o direito à vida de forma ampla e os que lutam pela autonomia da mulher sobre seu próprio corpo. Ao se analisar as questões referentes ao aborto, notar-se-á a alarmante vulnerabilidade na qual se encontram as mulheres ainda no século XXI.

O Código Penal brasileiro contempla duas hipóteses de permissão do aborto. A primeira delas é o aborto terapêutico (art. 128, I), isto é, aquele onde a gestante corre risco de vida em carregar a gravidez e dar à luz a criança. Nessas situações, tendo em vista as chances de sobrevivência da mãe e do feto, a orientação deixada pelo Direito pátrio é salvar a primeira. A segunda hipótese (art. 128, II) é o chamado "aborto sentimental", aplicável quando a gestação se dá pela prática de estupro. O sofrimento psíquico e emocional da gestante, a dupla afronta à liberdade feminina, primeiro no estupro e depois na gestação forçada, e a sensação de invisibilidade que essas chagas podem causar, enfim, todas essas injustiças servem como justificativas seguras para a permissão estatal ao aborto em caso de estupro.

Há ainda outro assunto muito sensível dentro da discussão sobre aborto: a anencefalia, isto é, a condição do feto com má formação cerebral e que, em razão disso, possui expectativa de vida quase nula. O Direito brasileiro permaneceu intransigente durante longo tempo, negando a incontáveis mulheres a possibilidade de encurtar sua dor. Essa situação só mudou quando foi julgada pelo STF a ADPF nº 54/2012. Um mês depois desse julgamento, o Conselho Federal de Medicina expediu a Resolução nº 1.989/2012, regulamento que versa sobre a antecipação terapêutica de parto, ao encontro da ADPF nº 54. Utilizando de suas atribuições, o CFM declarou a permissão do aborto de anencéfalos sem haver requisição judicial, de forma que a gestante precisará meramente pedir ao médico o procedimento e

²⁷ NEVES, Maria Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, [s. l.], v. 2, n. no 2, p. 157–172, 2006.

uma ata será lavrada sobre seu consentimento.²⁸

É notável a vulnerabilidade das mulheres gestantes de fetos anencéfalos e das que engravidam em resultado de violência sexual. A consciência de que seu filho não possuirá cérebro, e que por isso sua expectativa de vida será praticamente nula, configura uma situação extremamente dolorosa à mulher. Nesse contexto, não há como exigir plena autonomia dessas gestantes como quer a bioética principialista, pois encontram-se vulneráveis tanto emocionalmente quanto fisicamente, o que as impossibilita de tomar decisões próprias e acertadas. A preponderância da autonomia pura e simples é um impeditivo à proteção dos vulneráveis na medida em que não investiga, por exemplo, vontades coagidas.

Enquanto numerosas correntes intelectuais buscam remediar essa supremacia da autonomia de forma que as decisões no seio biomédico sejam realmente mais benéficas, justas e autônomas, o Estado brasileiro aparenta tomar rumo contrário a esses valores: em 27 de agosto de 2020, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 2.282²⁹, por meio da qual é estabelecido que o procedimento de justificação e autorização de abortamento legal passará por um longo processo burocrático. Essa Portaria torna obrigatória a notificação à autoridade policial pelo médico, profissional de saúde ou dirigentes do estabelecimento de saúde sobre sinais ou confirmação do crime de estupro, além da preservação de possíveis provas materiais do abuso sexual com o fim de serem entregues à equipe de investigação policial. Especialmente cruel é o dever do médico em notificar a mulher da possibilidade de visualizar a imagem do feto.³⁰ Isto revela o intuito de convencer a mulher, em situação de grande vulnerabilidade, a prosseguir uma gestação que foi fruto de violência extremamente dolorosa.

Uma consideração importante acerca da Portaria 2.282 é a ausência de menção a qualquer outro profissional, tais como psicólogos e assistentes sociais, que seriam fundamentais para prestar o devido apoio à gestante. A norma prevê

²⁸ BRASIL. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.989/2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 14 de Maio de 2012.

²⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2282, de 27 de agosto de 2020**. Brasília, 2020.

³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.282, *in verbis*: Art. 8º Na segunda fase procedimental, descrita no art. 4º desta Portaria, a equipe médica deverá informar acerca da possibilidade de visualização do feto ou embrião por meio de ultrassonografia, caso a gestante deseje, e essa deverá proferir expressamente sua concordância, de forma documentada.

demasiado empoderamento ao médico, dotando-o de toda responsabilidade e autoridade. Ilustrando como a nova legislação mostra-se regressiva em relação aos direitos das mulheres garantidos em normas anteriores, tem-se a Norma Técnica sobre Atenção Humanizada ao Abortamento de 2011. Essa normativa³¹ intencionava humanizar o tratamento dado ao abortamento, preconizando pela ausência de prejulgamentos, “pelo tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolubilidade de assistência à saúde”, entre outras disposições de acolhimento e orientação.

Observa-se que a Bioética principialista não se coaduna inteiramente com as condutas médicas atuais em relação à mulher, pois os princípios da autonomia e da justiça parecem não encontrar força diante da situação vulnerável de tais mulheres, majorada pela aguda disparidade de gênero que assola a sociedade brasileira. O principialismo mostra-se insuficiente, por si só, em face à desigualdade que assola as mulheres, pois seu caráter formal e ocidental parece agir como uma barreira diante das complexidades sociais ao redor do mundo. A Bioética, em suas vertentes atuais mais contestadoras, deve se esforçar para descortinar o estereótipo patriarcal que subjuga o corpo feminino aos mandos do homem e à reprodução. Dessa forma, poder-se-á discutir o aborto e seus complexos desdobramentos, ponderando-os científica, social e humanamente.

3.3 Bioética principialista: eutanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio assistido

Enquanto a temática do aborto lida com as intervenções sobre a vida intrauterina, há outras formas de intervir sobre a vida em um momento posterior, como é o caso da eutanásia, da distanásia, da ortotanásia e do suicídio assistido.

A eutanásia consiste na prática médica de causar a morte de um paciente em estado grave e sem perspectiva de melhora, o que suscita acalorados debates e aparta visões de mundo. A eutanásia visa evitar que o paciente sem perspectiva de melhora seja submetido a uma série de tratamentos que não reverterão o seu quadro clínico ou cujos possíveis benefícios são muito menores que os inconvenientes provocados. É punida criminalmente no Brasil como um homicídio,

³¹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011, p. 23.

conforme o Código Penal vigente. O artigo 121 do Código Penal tipifica o homicídio em geral e seu §1º disciplina o “homicídio privilegiado”, que consiste no assassinato promovido por significativo valor moral e que em virtude disso recebe pena reduzida.

A distanásia consiste na prática de estender indefinidamente a vida de um paciente, independentemente do sofrimento que isso lhe provocará. Nessa situação, o objetivo central do tratamento médico é combater “a morte como grande e último inimigo”³². Assim a distanásia resulta na continuidade dos procedimentos que conservam artificialmente a vida de um paciente terminal.

O suicídio assistido é o ato por meio do qual o próprio paciente provoca voluntariamente seu óbito, mas com a assistência, orientação ou observação de um terceiro. Nesses casos, a morte do paciente não é consequência dos atos desse terceiro, mas sim do próprio paciente com seu auxílio. Encontra-se tipificado no art. 122 do Código Penal de 1942, onde o terceiro que observa, auxilia ou orienta alguém a cometer suicídio recebe uma penalização conforme as consequências da tentativa de suicídio. Além disso, essa assistência ou orientação só poderia ser oferecida, tecnicamente, por médico, mas não há no texto legal qualquer menção ao tipo do agente.³³

Na ortotanásia são reduzidos ou suspensos os tratamentos a um paciente em estado grave ou terminal, mas essa medida apenas afasta seu sofrimento e seu eventual óbito decorre unicamente da própria doença.³⁴ Nesse ínterim, a ortotanásia objetiva a interrupção de procedimentos que violem a dignidade humana dos pacientes e, através dessa interrupção, permite que a morte alcance o paciente em seu tempo natural. Encontrava-se regulada, no Brasil, pelo antigo Código de Ética Médica (Resolução nº 1.931/2009 do Conselho Federal de Medicina) até abril de 2019, quando entrou em vigência um novo código (Resolução nº 2.217/2018 do Conselho Federal de Medicina), o qual reproduz a regra de seu antecessor, onde é reconhecida a autonomia do paciente em relação ao seu médico.³⁵

³² NAVES, B. T. O., SÁ, M. F. F. **Bioética e Biodireito**. 4. ed. Belo Horizonte: Editora Del Rey, 2018, p. 374.

³³ *Ibidem*

³⁴ VILAR, H. C. E. C.; IMAMURA, N. R.; VASCONCELOS, T. J. Q. Impacto da Resolução CFM 1.805/06 sobre os médicos que lidam com a morte. **Rev. Bioética**, p. 501-21. 2011.

³⁵ Resolução nº 2.217/2018 do Conselho Federal de Medicina, *in verbis*: 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

A mais importante mudança acarretada pelo novo Código fica clara em seu artigo XXII, onde são estabelecidas orientações para que, em situações terminais ou de irreversibilidade, devam evitar-se os tratamentos desnecessários e serem cedidos todos os cuidados paliativos. Evidencia-se assim, por parte da nova norma, um enfoque maior no cuidado com os pacientes e com o alívio de seus sofrimentos quando a recuperação da doença não é mais viável: nisso configura-se a ortotanásia.³⁶

Em outra controvérsia, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução nº 1.805/2006, que permite o médico, perante pacientes em condições graves ou incuráveis, limitar ou mesmo suspender tratamentos que lhe prolonguem a vida, conforme a vontade do paciente ou de seu representante. Extremamente polêmica, a Resolução foi alvo de uma decisão liminar em 2007 e a discussão perdurou até 2010, quando foi posto um ponto final na querela e a norma técnica foi validada pela Justiça.³⁷ No entanto, mesmo antes da publicação da Resolução 1.805 muitos médicos já haviam recorrido habitualmente à ortotanásia. Essa situação pode ser associada tanto aos ideais de uma boa prática médica quanto aos numerosos documentos prévios, como a Cartilha dos Direitos dos Pacientes e o Estatuto do Idoso. O principal papel da Resolução de 2006, entre a classe médica, foi educativo, conscientizando-os sobre questões bioéticas próximas à morte e orientando-os nos valores humanitários que devem reger a práxis médica.³⁸

Quanto às diretivas antecipadas de vontade, elas requerem uma manifestação de vontade para conterem validade, as quais podem ocorrer de forma escrita, oral ou digital, de modo tácito ou explícito, pessoalmente ou por representação. As diretivas antecipadas de vontade são gênero do qual se destacam duas espécies: primeiro, a declaração prévia de vontade, onde o paciente manifesta-se quanto a tratamentos e cuidados que prefere ou recusa; segundo, o mandato duradouro, no qual o manifestante nomeia um ou mais representantes para que assistam os profissionais de saúde em decisões acerca de sua situação médica.³⁹

diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

³⁶ Ibidem

³⁷ VILAR, H. C. E. C; IMAMURA, N. R; VASCONCELOS, T. J. Q. Impacto da Resolução CFM 1.805/06 sobre os médicos que lidam com a morte. **Rev. bioét.** p. 501-21. 2011.

³⁸ Idem.

³⁹ Ibidem.

Além das diretivas antecipadas de vontade e da nomeação de um procurador legal há a opção do Planejamento Antecipado de Cuidado (em inglês *Advanced Care Planning* ou “ACP”), a qual desloca o centro da discussão para metas mais gerais de cuidado. A abordagem sobre o tipo de tratamento ou de suporte à vida que o paciente deseja, antes mesmo do prognóstico ou da enumeração de certos objetivos de cuidado, retira a necessidade de reflexões morais e dificulta a oferta de cuidados médicos adequados.⁴⁰ No ACP os indivíduos delineiam desejos gerais quanto à qualidade de vida atual e que desejam possuir com base em condições médicas previsíveis, assim como em prós e contras de cada tratamento. Os valores expressos no ACP são transmitidos pelo indivíduo aos membros da família ou potenciais representantes legais, assim como à equipe de saúde responsável.

De origem estadunidense, o instituto das diretivas antecipadas de vontade encontrou seu marco inicial de regulamentação na Resolução nº 1995/2012. Como afirmam Mabtum e Marchetto⁴¹, “a doutrina sobre o tema ainda é incipiente, [...] e as propostas legislativas ainda esbarram na burocracia da política e adormecem nos gabinetes dos legisladores”, o que dificulta avanços nacionais mais profundos no tema. Com a Resolução CFM nº 1.995/2012 foram regulamentados diversos componentes na temática da eutanásia, entre eles o estabelecimento de diretrizes ético-morais em relação às diretivas antecipadas de vontade. No conteúdo do documento predominam, mais do que regras, critérios morais para o desempenho profissional na área da saúde.

Progresso considerável é visível no Enunciado nº 37 da I Jornada do Direito de Saúde, onde maior segurança jurídica é garantida às DAV ao serem exigidas duas testemunhas na elaboração do instrumento quando este carregar teor privado. No entanto, o enunciado é carregado de equívocos conceituais, como delimitar o alcance do instituto aos tratamentos médicos quando estes, na verdade, englobam até mesmo os cuidados médicos recebidos.⁴²

O conceito de eutanásia abarca diferentes espécies e carrega elevado grau de complexidade moral, ao ponto de, no Brasil, determinadas categorias (a ortotanásia) serem permitidas por normas administrativas enquanto outras (a

⁴⁰ *Id. Ibid.*

⁴¹ MABTUM, M. M; MARCHETTO, P. B. **O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade** [recurso eletrônico]. 1 ed, São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

⁴² *Ibidem*

distanásia e a eutanásia propriamente dita) são criminalizadas pelo atual Código Penal, vigente desde 1940. Esse quadro demonstra não só os avanços da discussão bioética no campo médico, cada vez mais alicerçado nos princípios da autonomia e da beneficência, como também a grave omissão legislativa em relação a essas temáticas.

CONCLUSÃO

Os avanços na área biomédica durante o último século trouxeram grandes novidades e expectativas, mas também inauguraram numerosos dilemas morais quanto à aplicação dessas tecnologias sobre a vida humana. Como tentativa de resolver tal problemática, ou ao menos nortear o debate sobre ela, surgiu a corrente de pensamento principialista, sistema teórico desenvolvido nos Estados Unidos e que logo se tornou o paradigma predominante na bioética - ao ponto de ambos serem tratados comumente como sinônimos - por sua capacidade inicial de dialogar com diferentes posições morais.

Todavia, o principialismo acabou por dar enfoque desproporcional ao princípio da autonomia em detrimento de outros princípios bioéticos, que acabaram por ficar em segundo plano. Assim, ele visa priorizar a possibilidade de cada indivíduo decidir autonomamente sobre sua vida, resultando em uma entronização do individualismo, de nota liberal. Desse modo, o principialismo acaba sendo alvo de críticas, uma delas, por exemplo, é a de sua insuficiência para lidar com a vulnerabilidade explícita das populações de diversos países da América Latina e de outros países onde a desigualdade é latente, pois o foco exacerbado na autonomia do paciente impede que as mazelas sociais sejam devidamente consideradas nos procedimentos médicos. Além disso, um indivíduo que está submetido a tratamentos agressivos encontra-se extremamente fragilizado, de modo que sua autonomia pode ser comprometida, beirando à desumanidade exigir-lhe uma decisão racional acerca de sua vida.

O estudo sobre a vulnerabilidade do indivíduo é fundamental para romper com o idealismo principialista que resplandece o individualismo através do princípio da autonomia. O termo de consentimento livre e esclarecido e as diretivas antecipadas de vontade, por exemplo, são procedimentos que emanam da

exacerbação do princípio da autonomia, devendo ser repensados diante do cenário de extrema vulnerabilidade enfrentado no Brasil. Muitas classes sociais no Brasil ainda sofrem com a marginalização, o preconceito e a falta de recursos necessários para compreender em minúcias os procedimentos relativos à sua própria vida e a de seus familiares. As mulheres, historicamente, encontram-se mais suscetíveis a situações de vulnerabilidade, em especial nos casos de aborto e da maternidade, momentos em que sua vontade estará fortemente afetada pelas emoções, influenciando, portanto, em sua autonomia.

Diante disso, é fundamental que exista um devido amparo a tais pessoas que se encontram em uma situação tão delicada. O apoio de uma equipe multidisciplinar preparada para atender pessoas em situações como essas é um requisito inafastável que garante o correto atendimento e acompanhamento dos pacientes, garantindo que suas necessidades específicas não sejam negligenciadas.

Tendo em vista tais situações tão complexas, é de fundamental importância que o princípio da dignidade humana esteja à frente de todos os procedimentos e estudos na área biomédica, de modo que indivíduos em situação de vulnerabilidade possam ter a sua dignidade garantida e resguardada. Ademais, é este mesmo princípio que deve nortear a evolução do Biodireito, disciplina jurídica que visa normatizar os primados da Bioética.

No Brasil, ocorre uma omissão legislativa, pois os temas pertinentes ao Biodireito são em grande parte analisados e normatizados pelo Conselho Federal de Medicina, que tem uma formação atual conservadora. Em um Estado Democrático de Direito, tais discussões, que versam sobre temas deveras importantes, como a intervenção sobre a vida, a eutanásia, o aborto, dentre outros, deveriam estar na pauta do Poder Legislativo, transitando pela Câmara e pelo Senado, onde deve haver um debate amplo e democrático na sociedade brasileira.

Contudo, além do caráter conservador do CFM, que não atende às questões da sociedade diversa em que vivemos, ele vem exercitando sua competência normativa sobre temas de grande relevância e conflito da sociedade brasileira, que dizem respeito a uma gama de grupos sociais. Logo, não há de fato uma normatização plenamente democrática dos procedimentos médicos, mas deliberações advindas de uma Autarquia Federal, sem a devida participação dos diferentes grupos sociais diretamente interessados em tais decisões. É difícil compreender os motivos da omissão por parte do Poder Legislativo, podendo-se

presumir que possivelmente estes advêm de questões políticas e ideológicas. Nesse ínterim, o Poder Judiciário cumpriu seu papel constitucional ao julgar diversos casos acerca de tal temática, porém tais decisões carecem de confirmação legislativa. O Brasil vai de encontro às discussões internacionais, pois em outros países os processos de intervenção sobre a vida são bastante debatidos em âmbito legislativo, o que demonstra o atraso do Brasil em relação a demandas tão basilares e urgentes do ser humano.

Em suma, a presente discussão encontra-se repleta de desafios, haja vista que, ao final, o resultado não será satisfatório, porém, aplicando-se os primados bioéticos, espera-se ser o mais correto. Sabe-se, portanto, que no contexto brasileiro ainda é preciso percorrer um longo caminho para que o Biodireito, em alinhamento com os estudos da Bioética, possa prover soluções menos dolorosas possíveis para os indivíduos e suas famílias.

REFERÊNCIAS

ANDORNO, R. The dual role of human dignity in bioethics. **Medicine, health care and philosophy**, v. 16, n. 4, p. 967-973, 2011.

BARROSO, L. R. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. 1ª Reimpressão, Belo Horizonte: Editora Fórum, 2013.

BERTOLOZZI, Maria Rita et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 43, n. SPE2, p. 1326–1330, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.989/2012**. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 14 de Maio de 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1989>. Acesso em: 5 de Mai. 2020.

DEJEANNE, Solange. Os fundamentos da bioética e a teoria principialista. **Thaumazein: Revista Online de Filosofia**, v. 4, n. 7, p. 32-45, 2011.

DINIZ, Debora; ALMEIDA, Marcos de. Bioética e aborto. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, p. 125-37, 1998.

DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Revista Bioética**, v. 7, n. 2, 2009.

FEITOSA, Saulo Ferreira; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 277-284, 2015.

FULGÊNCIO, C. A. **A Bioética de intervenção e a justiça social**. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Bioética, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética**, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/97/102. Acesso em: 10 nov. 2020.

JR, Eduardo Marandola; HOGAN, Daniel Joseph. As dimensões da Vulnerabilidade. **São Paulo em Perspectiva**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 11, 2006.

LOPES, José Agostinho. Bioética: uma breve história: de Nuremberg (1947) a Belmont (1979). **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 262-273, 2014.

LUMERTZ, Eduardo Só Dos Santos; MACHADO, Gyovanni Bortolini. Bioética e biodireito. **Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul**, v. 1, n. 81, p. 107-126, 2016.

MABTUM, M. M; MARCHETTO, P. B. **O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade** [recurso eletrônico]. 1 ed, São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

NAVES, B. T. O., SÁ, M. F. F. **Bioética e Biodireito**. 4. ed. Belo Horizonte: Editora Del Rey, 2018.

NEVES, Maria Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, [s. l.], v. 2, n. no 2, p. 157–172, 2006.

RIVABEM, F. S. Biodireito: uma disciplina autônoma? **Rev. Bioética Curitiba**. 25 (2): 282-9, 2017.

ROCHA, R. **Fundamentos do Biodireito**. Salvador: Editora Juspodivm, 2018, 224 pág.

SARMENTO, D. **Dignidade da pessoa humana: conteúdo, trajetórias e metodologia**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2016.

SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.

SCHRAMM, Fermin Roland; PALÁCIOS, Marisa; REGO, Sergio. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, n. 2, p. 361-370, 2008.

VILAR, H. C. E. C; IMAMURA, N. R; VASCONCELOS, T. J. Q. Impacto da Resolução CFM 1.805/06 sobre os médicos que lidam com a morte. **Rev. bioét.** p. 501-21. 2011.

ZANELLA, D. C.; SGANZERLA, A.; PESSINI, L. A Bioética Global de V. R. Potter. **Revista Ambiente e Sociedade**, São Paulo, v. 22, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/asoc/a/4fprx7pMp9jskL9xMYSsWbd/abstract/?lang=pt>.
Acesso em: 15 jan. 2021.