

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

DIANA PADOVESE COSTA

**A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO PROCESSO DE MORRER:
EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO**

São Paulo

2019

DIANA PADOVESE COSTA

Trabalho de Graduação
Interdisciplinar apresentado como
requisito para obtenção do título de
Bacharel no Curso de Direito da
Universidade Presbiteriana
Mackenzie.

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR RODRIGO FELBERG

São Paulo

2019

DIANA PADOVESE COSTA

**A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO PROCESSO DE MORRER:
EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO**

Trabalho de Graduação
Interdisciplinar apresentado como
requisito para obtenção do título de
Bacharel no Curso de Direito da
Universidade Presbiteriana
Mackenzie.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Felberg (orientador)
Professor de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof^a. Dra. Lia Felberg
Professora de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof^a. Ms. Márcia Maria de Barros Corrêa
Professora de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Edilson e Darlene, e aos meus irmãos, Dayla e Victor, por todo carinho, amizade, incentivo e inspiração.

Ao meu avô, Nelson Fernandes Costa (*in memorian*) por todos os seus ensinamentos e os bons momentos compartilhados.

E à grande amiga, Tereza Cristina Queiroz Valente (*in memorian*) pelo exemplo de amor, força e amizade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me conceder forças para percorrer os caminhos necessários a conquistar os meus objetivos. Por toda sabedoria, proteção e amor para enfrentar as adversidades da vida.

À toda minha família, por contribuírem com o meu crescimento pessoal e profissional. Em especial aos meus avós, Bráulio, Dircélia e Edith, por serem exemplos de amor, força, vitória e união.

À Prof^a. Dra. Maria Helena Palma de Oliveira, por todo auxílio e conhecimento compartilhado, e que tem a minha admiração.

Ao meu companheiro e amigo, Paulo Vinicius Palma de Oliveira, por todo carinho e incentivo, e que sempre me acompanhou nessa árdua trajetória universitária.

Aos meus amigos de curso, Brenno, Daniel, Gabriela, Isabela e Tássara, pelo convívio ao longo da faculdade, mostrando o real significado de lealdade e amizade.

E a todos os professores que contribuíram para a minha formação e que permitiram a minha evolução pessoal e profissional.

“E que amá-lo de todo o coração, e de todo o entendimento, e de toda a alma, e de todas as forças, e amar o próximo como a si mesmo, é mais do que todos os holocaustos e sacrifícios.”

Marcos 12:33

RESUMO

Este estudo teve como objetivo discutir a complexidade do processo de morrer de doentes terminais ou com doenças incuráveis que envolve questionamentos sobre a prática da eutanásia ou do suicídio assistido na perspectiva da dignidade da pessoa humana. Para tanto, foram apresentados os conceitos de dignidade da pessoa humana, os conceitos de vida e de morte, os conceitos de eutanásia, distanásia e ortotanásia como práticas próprias da racionalidade humana sobre o processo de morrer. Considerou ainda as abordagens pertinentes no ordenamento jurídico brasileiro, na bioética e no biodireito com ênfase no princípio da autonomia. Nessa perspectiva, propôs uma reflexão sobre as práticas sociais que acabam se colocando como saída para a realidade jurídica da proibição da eutanásia. A discussão de relatos divulgados pela mídia mostrou que, face à proibição presente no ordenamento jurídico brasileiro, as pessoas que se encontram em situação limite no enfrentamento da morte por decorrência de doenças terminais ou incuráveis acabam expostas a práticas que encerram em si ilicitudes como homicídio que levou à pena de reclusão, anonimatos e ocorrência de rompimento de relações familiares.

PALAVRAS CHAVES: dignidade humana, autonomia, eutanásia, suicídio assistido.

ABSTRACT

This study aimed to discuss the complexity of the dying process of terminally ill or incurable patients that involves questions about the practice of euthanasia or assisted suicide from the perspective of human dignity. To this end, the concepts of human dignity, the concepts of life and death, the concepts of euthanasia, dysthanasia and orthothanasia were presented as proper practices of human rationality about the process of dying. It also considered the pertinent approaches in the Brazilian legal system, bioethics and bio-rights with emphasis on the principle of autonomy. From this perspective, he proposed a reflection on social practices that end up as a way out of the legal reality of the ban on euthanasia. The discussion of reports released by the media showed that, given the prohibition in the Brazilian legal system, people who are in a limit situation in facing death due to terminal or incurable diseases end up exposed to practices that end in themselves illicitities such as homicide. Led to the penalty of seclusion, anonymity and the occurrence of disruption of family relationships

KEYWORD: human dignity, autonomy, euthanasia, assisted suicide

ABREVIATURAS

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

EUA – Estados Unidos da América

s/d – Sem data

s/p – Sem paginação

STF – Supremo Tribunal Federal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	03
1. A dignidade da pessoa humana e sua aplicabilidade.....	06
1.1. Em âmbito internacional.....	07
1.2. Em âmbito Constitucional.....	09
2. Dignidade humana: a vida e a morte	12
2.1. A vida.....	12
2.2. A morte.....	15
2.2.1. A natureza social da morte.....	17
3. Eutanásia.....	19
3.1. Aspectos conceituais de uma prática polêmica.....	19
3.2. Eutanásia e suicídio assistido e sua prática ao longo da histórica: breve síntese.....	21
3.3. Eutanásia.....	24
3.4. Suicídio assistido.....	25
3.5. Distanásia.....	26
3.6. Ortotanásia.....	28
4. A eutanásia e o suicídio assistido e suas relações com a bioética e o biodireito.....	30
4.1. Bioética.....	30
4.2. Biodireito.....	32
4.3. Princípios da bioética e do biodireito.....	35
5. Eutanásia e suicídio assistido no ordenamento jurídico brasileiro.....	39
5.1. O Código Penal.....	39
5.2. Propostas de legalização para a prática da eutanásia.....	43
5.2.1. Projeto lei nº 125/1996 do Senado Federal.....	43
5.2.2. Projeto lei nº 524/2009 do Senado Federal.....	44
5.2.3. Projeto lei nº 236/2012 do Senado Federal.....	44
5.3. Lei nº 10.241/1999 do estado de São Paulo.....	46
5.4. Resolução do Conselho Federal de Medicina e o Código de Ética Médica.....	47
5.4.1. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.805/2006.....	47
5.4.2. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.931/2009.....	50
5.4.3. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.217/2018.....	52
5.4.4. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.232/2019.....	53

6. Discussão de relatos disponíveis na mídia brasileira.....	55
6.1. Relatos disponíveis na mídia.....	55
6.2. Discussão dos relatos divulgados na mídia.....	64
CONCLUSÃO.....	70
REFERÊNCIAS.....	72

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo trazer para a discussão a complexidade do processo de morrer de doentes terminais ou com doenças incuráveis que envolve questionamentos sobre a prática da eutanásia ou do suicídio assistido na perspectiva da dignidade da pessoa humana. Considera ainda as abordagens pertinentes no ordenamento jurídico brasileiro, na bioética e no biodireito, com ênfase no princípio da autonomia. Nessa perspectiva, propõe uma reflexão sobre as práticas sociais que acabam colocando-se como saída para a realidade jurídica da proibição da eutanásia.

Cabe esclarecer que para este estudo consideram-se doenças incuráveis aquelas que apresentam graves processos que comprometem, de imediato ou gradualmente, as funções vitais, que provocam muito sofrimento e para as quais não há tratamentos para o controle de sua evolução e do sofrimento que acarretam. Desta forma, doenças incuráveis para este estudo, são aquelas que, diante do sofrimento físico e/ou psíquico, trazem uma condição de vida precária, que fere a dignidade humana.

Na atualidade, a discussão sobre a morte e sobre as possibilidades de morrer ganham contornos específicos, nesse sentido Kellehear (2016) afirma que é preciso considerar que os avanços tecnológicos levam as pessoas a viverem além da idade que imaginavam chegar. As pessoas desejam envelhecer e viver muito, mas também desejam viver com saúde e em plena atividade física, o que pode ser incompatível.

De fato, como demonstra Dobrychtov (2017), a evolução da medicina fez avançar a ideia de uma morte natural na velhice. Por isso, as pessoas esperam envelhecer e sonham que chegarão aos oitenta ou noventa anos em pleno vigor.

Contudo, esta realidade torna-se ainda mais fantasiosa no momento em que se imagina uma velhice saudável, atingindo estes noventa anos com saúde de ferro, enquanto a verdade é que, com a velhice, a saúde deteriora-se, assim como o próprio corpo (DOBRYCHTOP, 2017, p. 137).

A temática de estudo apresenta aspectos complexos tanto por envolver a questão da morte que por si tem alimentado historicamente tantas crenças e tabus, quanto por envolver princípios individuais e práticas sociais. Nesse aspecto, é preciso considerar o ser humano

como instância de decisão sobre o processo de morrer e as intrincadas teias das relações sociais que envolvem aspectos religiosos e morais presentes na tecitura das relações familiares.

Uma abordagem dos aspectos religiosos que envolvem o processo de morrer e a própria prática da eutanásia e do suicídio assistido não foi possível, dadas as próprias limitações de um trabalho de conclusão de curso.

Assim, o estudo relativo à dignidade da pessoa humana e o princípio da autonomia, conforme aparece na bioética e no biodireito, serão o aspecto norteador do desenvolvimento e das reflexões sobre a prática da eutanásia e do suicídio assistido.

Destaca-se que a morte não é programável em sua essência. Assim, o controle sobre a morte que em si é um processo natural, na eutanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio assistido coloca-se como racionalidade, como controle, em alguma medida, não natural sobre o morrer. É a racionalidade sobre o processo de morrer que se concretiza por uma determinada forma de gerir a morte: a morte administrada (KELLEHEAR, 2016).

Embora cada procedimento tenha a sua peculiaridade, todos resultam da intervenção humana sobre o processo de morrer, seja para antecipar a morte, prolongar a vida, ou até mesmo controlar e diminuir o sofrimento. São, portanto, práticas sociais surgidas para se ter um domínio sobre o caráter inesperado da morte. Nesse sentido, entende-se a morte com base na sua natureza social, uma vez que a pessoa humana não se encontra desconectada do mundo social.

Embora se faça menção a outras formas de administrar o processo de morrer, o foco principal recai sobre a eutanásia e o suicídio assistido.

Dessa forma, esse estudo ressaltou aspectos necessários para a compreensão da dignidade da pessoa humana ao término da vida, passando por uma breve aplicabilidade no âmbito internacional e no âmbito nacional pelos dispositivos constitucionais. Além disso, abordou a prevalência da dignidade humana no processo de morrer, no que diz respeito a enfermos com doenças terminais ou incuráveis.

Ainda, conceituaram-se os procedimentos racionais, administrativos do processo de morrer, destacando a prática de eutanásia e suicídio assistido, enquadrando-os nos princípios da bioética e do biodireito, destacadamente o princípio da autonomia, sempre observando a (in)existência do respeito à dignidade humana.

A prática da eutanásia e do suicídio assistido também foram abordadas face ao ordenamento jurídico brasileiro e face às Resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Por fim, foram transcritos e discutidos, sob a luz das leituras que orientaram o estudo, alguns relatos de casos enquadráveis à prática da eutanásia e que foram divulgados pela mídia brasileira.

A temática envolvendo a prática da eutanásia e do suicídio assistido tornou-se objeto de estudo graças a sua relevância social, à complexidade de sua abordagem e à constante discussão na área jurídica.

Nessa perspectiva, destaca-se a dignidade da pessoa humana no processo de morrer, tomando-se como partida o respeito que lhe é dado frente ao direito à vida previsto no ordenamento jurídico brasileiro. Essa constatação mostra a relevante importância de aprofundar o estudo da temática na formação profissional em Direito.

1. A dignidade da pessoa humana e sua aplicabilidade

Este capítulo propõe-se a definir o conceito de dignidade da pessoa humana, buscando descrever aspectos relevantes da sua aplicabilidade em âmbito internacional, bem como apresentá-la face os parâmetros constitucionais, dialogando com os especialistas e estudiosos da área.

Já no século XVIII, o filósofo Immanuel Kant (2007), ao procurar definir a dignidade, a coloca no mais alto patamar, dando-lhe valor imensurável, uma vez que, ao diferenciar preço de dignidade, estabelece que alguma coisa que tenha preço pode ser substituída por outra correspondente. No entanto, quando alguma coisa não possui preço em razão de estar acima disto e, portanto, não pode ser substituída por outra, por mais semelhante que seja, então ela tem dignidade.

A dignidade é a importância da vida e da formação do homem em si próprio e não um meio para alguma coisa. Nas palavras de Kant (2007, p. 78):

O homem, e, duma maneira geral, todo o ser racional, existe como fim em si mesmo, não só como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade. Pelo contrário, em todas as suas ações, tanto nas que se dirigem a ele mesmo como nas que se dirigem // a outros seres racionais, ele tem sempre de ser considerado simultaneamente como fim.

Assim, a dignidade é intrínseca ao homem, sendo uma de suas principais características, não tendo como valorar a dignidade de uma vida em relação a outra, já que ambas são dotadas desta dignidade e é por meio dela que se rege a vida humana.

Na perspectiva do Estado é um direito individual, o qual deve ser respeitado, proporcionado e concretizado. Já no campo social, é um dever, na medida em que cada indivíduo deve promover a sua existência em busca de valores espirituais e morais e a autodeterminação com base em sua própria consciência, desde que não viole direitos alheios.

Assim como, também se pode entender que é um dever de tratamento igualitário entre todos, já que deve existir o respeito mútuo.

Sobre a dignidade humana, Sarlet (2012b, p. 62) ensina que:

Assim sendo, temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida.

1.1. Em âmbito internacional

Os Direitos Humanos em âmbito internacional vêm sendo discutidos desde o século XIX.

Em 1863, em Genebra, Suíça, Jean-Henri Dunant (1828-1910) reuniu um grupo de pessoas para “estudar os meios de combater a insuficiência do serviço sanitário nos exércitos em campanha”. Ocasão que foi criada a Cruz Vermelha, como um movimento imparcial para proteger e prevenir a vida humana sem qualquer discriminação e preconceito, diante da necessidade de defender a dignidade da pessoa humana.

Um ano depois, realizou-se a primeira Convenção de Genebra, que tinha como objetivo a proteção de vítimas militares e civis de guerras internas e internacionais. Sua primeira aparição efetiva ocorreu durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918).

Em 1919, criou-se a Liga das Nações com o propósito de negociar um acordo de paz em Versalhes, o qual fracassou com o advento da Segunda Guerra Mundial.

Portanto, vale dizer que, o Direito Internacional dos Direitos Humanos constitui-se de fato após a destruição em massa ocasionada pela Segunda Guerra Mundial (1939-1945), período em que prevaleceu o totalitarismo e que gerou o maior genocídio do século XX.

Diante do contexto de intolerância que rodeava o mundo e, conseqüentemente, a devastação dos Estados e principalmente dos seres humanos, surgiu a necessidade de criar mecanismos que, para além da proteção de nações e da preocupação com os conflitos bélicos, pudessem proteger a vida humana em seu particular.

Assim, surgiram várias convenções humanistas, ganhando destaque a Organização das Nações Unidas – ONU (1945), a qual proclamou, em 10 de dezembro de 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, instituindo pela primeira vez a proteção universal dos direitos humanos e os direitos fundamentais inerentes à dignidade da pessoa humana, e contava em sua fundação com 51 (cinquenta e um) estados-membros.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos vigora até o presente momento, com 193 (cento e noventa e três) estados-membros, sendo que as definições dos direitos humanos fundamentais são consideradas as normas fundamentais de direito internacional público e, portanto, insuscetíveis de desacatamento e/ou violação.

Nesta perspectiva, o respeito à dignidade da pessoa humana deve ser superior à vontade e às decisões dos Estados e, por conseguinte, estes devem priorizar a dignidade humana e tomar medidas que não a violem.

Nesse contexto, a liberdade de atuação de um ente político ou de uma classe, deve encontrar limites no que tange aos direitos inerentes ao homem, respeitando, portanto, primordialmente, a dignidade da pessoa humana. Qualquer ação oposta aos Direitos Humanos deve ser vista como uma conduta ilegítima.

Assim, em âmbito internacional, há a necessidade de responsabilização, fiscalização e controle internacional, para quando uma determinado nação se mostrar ausente na execução desses direitos.

Cumprir esclarecer que não é apenas pela necessidade de uma fundamentação dos Direitos Humanos que houve a sua internacionalização, mas principalmente, pela necessidade de uma proteção universal. Nesse sentido, Bobbio (2004, p. 17) afirma “que o problema grave de nosso tempo, com relação aos direitos do homem, não era mais o de fundamentá-los, e sim o de protegê-los”.

Nessa perspectiva, universalmente, a dignidade da pessoa humana deverá ser priorizada e sua vontade respeitada, desde que não ultrapasse os limites do direito de outrem.

O artigo I da Declaração Universal dos Direitos Humanos dispõe sobre o tema: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”.

O ser humano é a base física de todos os direitos e, antes da politização e normatização dos direitos do homem, estes já existiam só pelo fato natural da existência do ser humano. Assim, além da vida, que é um bem jurídico tutelado, há outros bens inerentes ao ser humano que devem ser protegidos, tais como a dignidade da pessoa humana, a integridade física e moral, a liberdade ideológica, religiosa e política.

Na seara da morte, os sistemas internacionais de proteção dos direitos humanos proíbem o crime (homicídio) contra uma pessoa inocente. Já o direito de morrer é interpretado e regulamentado de diversas formas ao redor do mundo, não sendo um conceito internacionalizado, porque cada Constituição e Código Penal o delimita conforme suas culturas e políticas.

1.2. Em âmbito Constitucional

É com base no princípio da dignidade da pessoa humana que se abordam os temas referentes à vida e à morte. Não há como tratar do ser humano e dos direitos inerentes a ele, sem tomar como premissa a dignidade da pessoa humana.

No Brasil, a dignidade da pessoa humana é marcada com o advento da Constituição Federal de 1988.

Por mais que o país tenha assinado em 1948 a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a real incorporação do Direito Internacional dos Direitos Humanos ocorreu a partir da segunda metade dos anos 1980, com o processo de redemocratização do país. A partir desse momento, o Brasil aderiu a diversos outros tratados, como o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais a Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), ambos de 1992.

A Constituição Federal de 1988 traz em seu artigo 1º, inciso III, a dignidade da pessoa humana como um fundamento do Estado Democrático de Direito:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

III - **a dignidade da pessoa humana**; (BRASIL, 1998, s/p, grifos nossos).

A dignidade da pessoa humana é intrínseca ao homem, assim, mesmo que não existisse a sua positivação, ela estaria presente, diante de sua qualidade supra-constitucional.

Nessa perspectiva, Silva (1988) destaca a importância da Constituição de 1988 ao declarar a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil.

Portanto, a dignidade da pessoa humana não é uma criação constitucional, pois ela é um desses conceitos *a priori*, um dado preexistente a toda experiência especulativa, tal como a própria pessoa humana. A Constituição, reconhecendo a sua existência e a sua eminência, transformou-a num valor supremo da ordem jurídica, quando a declara como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil constituída em Estado Democrático de Direito (SILVA, 1988, p. 91).

Para Garcia (2004), a dignidade da pessoa humana passa a constituir-se como crivo de interpretação de todo o ordenamento jurídico brasileiro.

Na Constituição brasileira, como visto, a dignidade da pessoa humana figura entre os princípios fundamentais que estruturam o Estado como tal, portanto, inserindo-se entre os valores superiores que fundamentam o Estado, a dignidade da pessoa representará o crivo pelo qual serão interpretados não somente os direitos fundamentais mas, ao nosso ver, todo o ordenamento jurídico brasileiro, nas suas variadas incidências e considerações (GARCIA, 2004, p. 207).

Logo, a dignidade da pessoa humana encontra-se em patamar superior, mais do que positivada pela Constituição e pelos tratados internacionais, mas sim pelo fato de sua existência estar alinhada com a essência do ser humano, independentemente de sua cor, situação social, crença ou ideologia política.

Por mais difícil que possa ser conceituar a dignidade da pessoa humana, uma vez que não há uma definição única, bem como não há uma delimitação, entende-se que compreende a autonomia do indivíduo, quando a sua vontade é respeitada e todos os seus princípios e valores

estão sendo preservados. Desta forma, mantém íntegros os aspectos físicos e morais do homem.

Destaca-se ainda que dignidade humana é o núcleo de todos os direitos fundamentais, tais como direito à liberdade, à igualdade, à integridade física e moral. E assim, o Estado e a sociedade devem assegurar ao ser humano o mínimo de direitos para que tenha uma vida íntegra, preservando os princípios, como regras preestabelecidas e que orientam a sociedade, e os valores, que dizem respeito às particularidades de cada indivíduo, com base na sua própria consciência, bem como a sua cultura e religião.

2. Dignidade humana: a vida e a morte

Considerando que o conceito de dignidade da pessoa humana no caso deste estudo, é a referência principal para o entendimento da eutanásia e do suicídio assistido, coloca-se como necessário um detalhamento dos conceitos de vida e de morte na perspectiva do direito.

No que se refere à vida e à morte, há um predomínio do direito à vida, tendo em vista que esse se sobressai sobre os demais direitos, isto porque, se não existe o direito à vida, inexistem a possibilidade de articular demais direitos (MEDINA; GAITÁN, 2005).

2.1. A vida

O marco inicial da vida humana possui diversas teorias. Contudo, são duas as correntes mais discutidas: a teoria concepcionista, para a qual o início da vida se dá na fecundação, ou seja, na formação do zigoto e; a teoria do desenvolvimento do sistema nervoso central, para a qual a vida é iniciada a partir do início da atividade cerebral.

A segunda teoria é a mais aceita no ordenamento jurídico brasileiro, isto porque, se é majoritário o entendimento de que a efetiva morte é diagnosticada pela morte encefálica, ou seja, pela ausência de todas as atividades do cérebro, em contrapartida, o começo da vida se dá com o início da atividade cerebral.

Essa tese foi defendida pelo Supremo Tribunal Federal na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3.510/2008 e na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54/2012.

A ADI nº 3.510/2008 tinha como base julgar se a pesquisa em célula-tronco violaria ou não o direito à vida e a dignidade da pessoa humana. Assim, se o início da vida humana se desse a partir da fecundação, a pesquisa com células tronco embrionárias deveria ser proibida. Contudo, a decisão do STF foi pela liberação das pesquisas.

Já a ADPF nº 54/2012 tinha como objetivo o julgamento do aborto de anencéfalo. Apesar do aborto ser prática ilegal no Código Penal brasileiro, possui suas exceções. Assim, pelo julgamento da ADPF citada, quando diz respeito a um feto anencéfalo, ou seja, quando não possui cérebro, torna-se uma causa excludente de ilicitude. Portanto, tem-se como entendimento majoritário das doutrinas e jurisprudências que o princípio da vida humana é expressa-se pelo impulso elétrico no sistema nervoso do embrião, isto é, pela atividade cerebral.

Independentemente da teoria que se adote como princípio para início da vida humana, o direito à vida sempre será o mais importante direito fundamental, isto porque, sem ele, não há como considerar os demais direitos.

No tocante ao direito à vida, primeiramente vem à dignidade humana, vez que nada importará proteger o direito à vida, se esta não for digna, respeitada e íntegra, física e mentalmente.

Com base nesse entendimento, todo o homem tem direito à vida, ou seja, o direito de viver, e não apenas isso, tem o direito de uma vida plena e digna, respeito aos seus valores e necessidades. Assim, o direito à vida possui uma íntima ligação com a dignidade. Isto significa que o direito à vida não é apenas o direito de sobreviver, mas de viver dignamente (CABRERA, 2010, p. 20).

Proteger somente a vida do ser humano só pelo fato de mantê-lo vivo, sem priorizar suas necessidade e vontades e/ou sem tratá-lo com a dignidade que lhe é intrínseca, é meramente um tratamento superficial, pensando apenas no conceito e não na função existencial. Desse modo, mais significativa do que a vida, são as condições de vida do ser humano.

José Afonso da Silva define e descreve os direitos fundamentais pela historicidade, inalienabilidade, imprescritibilidade e irrenunciabilidade.

(1) Historicidade. São históricos como qualquer direito. Nasceram, modificam-se e desaparecem. Eles apareceram com a revolução burguesa e evoluem, ampliam-se, com o correr dos tempos. Sua historicidade rechaça toda fundamentação baseada no direito natural, na essência do homem ou na natureza das coisas;

(2) Inalienabilidade. São direitos intransferíveis, inegociáveis, porque não são de conteúdo econômico-patrimonial. Se a ordem constitucional os confere a todos, deles não se pode desfazer, porque são indisponíveis;

(3) Imprescritibilidade: O exercício de boa parte dos direitos fundamentais ocorre só no fato de existirem reconhecidos no ordenamento jurídico. Em relação a eles não se verificam requisitos que importem em sua prescrição. Vale dizer, nunca deixam de ser exigíveis. Pois prescrição é um instituto jurídico que somente atinge, coarctando, a exigibilidade dos direitos de caráter patrimonial, não a exigibilidade de direitos personalíssimos, ainda que não individualistas, como é o caso. Se são sempre exercíveis e exercidos, não há intercorrência temporal de não exercício que fundamente a perda da exigibilidade pela prescrição;

(4) Irrenunciabilidade: Não se renunciam os direitos fundamentais. Alguns deles podem até não ser exercidos, pode-se deixar de exercê-lo, mas não se admite sejam renunciados (SILVA, 2013, p. 183).

E nesse seguimento, Ingo Wolfgang Sarlet (2012a), com base na perspectiva constitucional, destaca que a dignidade é elemento integrante e natural passiva de ser reconhecida, respeitada e protegida, não sendo possível, criá-la, retirá-la já que é inerente a cada ser humano.

[...] a dignidade, **como qualidade intrínseca da pessoa humana, é algo que simplesmente existe, sendo irrenunciável e inalienável, na medida em que constitui elemento que qualifica o ser humano como tal e dele não pode ser destacado**, de tal sorte que não se pode cogitar na possibilidade de determinada pessoa ser titular de uma pretensão a que lhe seja concedida a dignidade. Esta, portanto, como elemento integrante e irrenunciável da natureza da pessoa humana, é algo que se reconhece, respeita e protege, mas não que possa ser criado ou lhe possa ser retirado, já que existe em cada ser humano como algo que lhe é inerente (SARLET, 2012a, 77, grifos nossos).

Conclui-se que a dignidade, assim como os direitos fundamentais, não pode ser renunciada, vendida ou cedida. Entretanto, é difícil contextualizar a relativização da dignidade, enquanto os demais direitos sempre precisam ser sopesados.

A dignidade da pessoa humana somente se relativiza nas relações interindividuais, pois a dignidade de um se contrapõe a de outrem, já que possuem o mesmo valor. Nunca sendo um mais dotado de dignidade do que aquele com quem se debate.

Há que se considerar ainda que, como fundamento da República Democrática brasileira pode-se entender que a dignidade possui caráter absoluto, pois consiste em um valor central daquele que é vulnerável frente ao Estado, sendo que de forma alguma pode haver a

sua diminuição, não se constituindo como questionável. É por esta razão, que a dignidade precede e constitui qualquer outro direito fundamental.

Sendo um valor absoluto e o núcleo dos demais direitos, é em torno do entendimento da dignidade que os demais direitos se fundamentam. Desse modo, deve ser utilizada como base para sustentar e valorar os direitos inerentes às pessoas.

Para se aplicar um direito é necessária a sua ponderação. Assim, se a dignidade está em patamar superior aos demais, pode-se afirmar que o direito à vida não é absoluto, uma vez que necessita ser analisado a cada caso concreto, admitindo-se a sua relativização (desde que respeitada a dignidade).

Ao se considerar esse ângulo do entendimento, é preciso trazer para discussão as possibilidades das práticas de eutanásia, suicídio assistido ou, tão somente da ortotanásia, conceitos que serão abordados na sequência deste estudo.

No campo penal, a vida é o primeiro bem jurídico protegido, precisando somente estar vivo fisicamente para existir a proteção jurídica. Contudo, estar vivo presencialmente não basta, conforme explicitado por Paganelli (1997, s/p):

O direito à vida diz respeito à própria existência do indivíduo, enquanto o de integridade corporal, ou simplesmente, de integridade física, consiste na incolumidade física da pessoa e em sua saúde. O direito à integridade corporal se situa logo atrás do direito à vida.

Assim, mais do que uma proteção física, a vida deve ser protegida em sua plenitude. E, portanto, a dignidade humana consiste no maior alcance da saúde na área física, mental e social.

2.2. A morte

A grande polêmica concerne à dignidade da pessoa humana ao término da vida. Afinal, o que é a morte?

O conceito de morte, adotado pela Resolução nº 1.480/1997 do Conselho Federal de Medicina, institucionalizado na Lei nº 9.434/1997 e atualizado pela Resolução nº 2.173/2017,

é a morte encefálica, a qual consiste na perda de todas as funções neurológicas do cérebro, sendo um quadro humanamente irreversível. Nesse sentido, “quando houver a cessação irreversível das funções do encéfalo, há que se considerar morta uma pessoa” (SÁ; NAVES, 2015, p. 374).

Assim, adotado o entendimento de que o ser humano é considerado morto quando ocorre a sua morte cerebral, surge o compromisso de verificar a dignidade da pessoa humana no processo de morrer.

O avanço da tecnologia tem permitido o prolongamento da vida e a diminuição da dor de pacientes com doenças incuráveis. Ocorre que, tais procedimentos podem significar a diminuição da qualidade de vida. Isto porque, diminuir a dor não significa necessariamente minorar o sofrimento. Além da busca pela melhora do sofrimento físico em pacientes terminais, é necessário preservar a sua sanidade mental. Tratamentos invasivos e sem grandes chances de êxito, apenas dedicados à dor física, podem gerar mais sofrimento ao paciente.

E nesse aspecto, é o próprio paciente quem deve decidir sobre aceitar ou não determinado tratamento, de acordo com a sua própria convicção. E na sua impossibilidade, de seus familiares ou representante legal.

Na realidade, a dignidade humana é respeitada a partir do momento em que o paciente tem a livre escolha, sem intervenção de terceiros e quando essa escolha é respeitada. Assim sendo, a dignidade da pessoa humana também é o fundamento da morte, pois qualquer tratamento contra a vontade do paciente viola a sua dignidade.

No entanto, é permitido no ordenamento jurídico brasileiro, bem como é mais fácil do ponto de vista religioso, político e social aceitar que o paciente em estado terminal ou incurável não quer ser tratado, e tão somente deve-se respeitar o curso natural da morte, com a promoção de cuidados paliativos, procedimento conhecido como ortotanásia.

Já o tratamento exagerado, e inútil, que prolongue a vida do paciente, conhecido como distanásia, não é uma conduta tipificada no ordenamento jurídico brasileiro, apesar do inciso III do artigo 5º da Constituição Federal afirmar que “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (BRASIL, 1998, s/p).

No contexto da realidade brasileira, o grande embate gira em torno de procedimentos que antecipem a morte, como a eutanásia e o suicídio assistido.

2.2.1. A natureza social da morte

Vida e morte raramente foram vistas como conceitos opostos ou absolutos na perspectiva da história sociológica, “conceitos de ‘morrer’ e ‘viver’ têm mudado de lugar várias vezes na história humana” (VEATCH, 2005, 360-362).

É possível considerar o nascimento e a morte como processos individuais de um ser humano desconectado de um meio social? A afirmação de Lachs (1988) traz para a discussão as relações sociais que envolvem a decisão de morrer.

Quando nós perdemos inalteravelmente a habilidade de querer e de fazer, de pensar e de esperar, de sentir e de amar, nós paramos nossa existência como seres humanos. O único caminho humano então é declarar-nos mortos e nos tratar como tal... uma vez que a pessoa humana se foi, no corpo vacilante não há ninguém (LACHS, 1988, 250-251).

Kellehear (2018) considera que esse tipo de afirmação representa um elogio ao indivíduo desconectado socialmente. Nessa perspectiva, os “seres humanos não são seres recíprocos, nem pessoas que compartilham uma vontade e identidade comum com família e amigos”. Na expectativa da morte os seres humanos agem juntos, estão sujeitos aos sentimentos e amor recíprocos. Ou seja, há uma conexão entre os sentimentos de quem morre como os sentimentos dos demais que o cercam. Isso porque, as pessoas são seres sociais.

Kellehear (2018), citando Jones (1998) considera que tanto o nascimento cerebral quanto a morte cerebral são biológicos parcialmente, uma vez que as características do nascimento, bem as da morte resultam de valores sociais, religiosos e éticos.

A relação social acompanha todos os momentos do processo de nascer e do processo de morrer. Conforme salienta Kellehear (2018, s/p):

E mesmo que a morte seja declarada e concordada por todos – digamos, com rigor mortis observado amplamente ou até com processo de putrefação posterior -, raramente termina a relação social. Em outras palavras, não é somente o morrer que é uma relação social, mas também a morte.

Veatch (2005) destaca que a morte não mata a identidade, pois incita mudanças morais legais e financeiras. Em adição, Kellehear (2018) afirma que “compromissos sociais e apegos emocionais raramente evaporam na morte. Em vez disso, como a miríade de literatura antropológica e social sobre morte e morrer habilmente demonstra, relações continuam a evoluir no ponto da morte”. E complementa: “relações evoluem em práticas memoriais na casa, em vigílias na beira de estradas no local da morte, ou até mesmo em visitas tradicionais ao túmulo, onde o “falar” com os mortos é historicamente e sociologicamente difundido.

Kellehear (2018) conclui que esse contexto humano que envolve a morte e o morrer representa relações sociais contínuas. Para ele, a morte surge como determinação de funções morais e sociais específicas e particulares que envolvem o declínio corporal próprio do processo de morrer.

O mesmo autor ainda enfatiza que “a morte não é decidida por apelos a biologia, mas por uma mistura social de consenso médico, legal e familiar. Na mesma perspectiva, Kellehear (2018) mostra a complexidade do entendimento da morte no contexto contemporâneo.

Um escopo amplo para a determinação da morte é crucial para o campo porque o problema da morte não é somente um problema técnico do cérebro e de seus funcionamentos, mas também diz respeito a como experiências da mortalidade são mediadas por entendimentos sociais de morte e do morrer. Como em todas as tentativas sociológicas para lidar com verdades humanas (...), incluindo a morte, trata-se de entender a morte e o morrer no lugar onde biologia e biografia se encontram, em suas interseções com sociedade e história. (KELLEHEAR, 2018, s/p).

Há que se destacar que existe uma complexidade de fatores que envolvem a definição da morte e que, de qualquer forma, não podem ficar de fora desse entendimento as questões culturais que envolvem todo o processo.

3. Eutanásia

Uma vez explicitados os aspectos fundamentais que envolvem o entendimento da vida e, principalmente, da morte, cabe avançar para uma explanação mais específica sobre o processo de morrer, no caso, pela conceituação de práticas sociais como eutanásia, e suas sub tipologias, de suicídio assistido, como também da distanásia e da ortotanásia.

3.1. Aspectos conceituais de uma prática polêmica

A palavra eutanásia originou-se do grego e, de acordo com a sua etimologia, *eu* (bem) *thanatos* (morte), significa morte boa, sem sofrimento.

É a antecipação da morte indolor por intermédio de terceiro, que tem como objetivo dirimir o sofrimento de paciente que se encontra em estado terminal ou situação irrecuperável.

Felix et al (2013, p. 2735) detalha todo o processo que define a prática de eutanásia.

Na doutrina, não é pacífico o seu conceito, podendo ser encontrado quem defenda que somente seja praticada por um médico, e aqueles que defendem que pode ser provocada por um profissional da saúde, e ainda aqueles que entendem que pode ser praticado por um terceiro qualquer, visando extinguir o sofrimento e a dor da doença ou situação incurável. Do mesmo modo, pode-se encontrar aqueles que defendem e os que abominam a prática.

A começar por Platão, que desde a Grécia antiga, defendia a vida digna, e que ninguém teria a obrigação de viver doente. Nessa concepção, “não há diferença entre os homens (cidadãos) no que se refere à opção por deixar de existir, caso a vida não exiba um mínimo de qualidade - ou sentido - necessária à condição de homem e cidadão” (BATISTA; SCHRAMM, 2004, s/p).

Citando “A República” de Platão (s/d, p. 137):

Sócrates — Por consequência, estabelecerás em nossa cidade médicos e juízes tais como os descrevemos, para tratarem os cidadãos que são bem constituídos de corpo e alma; quanto aos outros, deixaremos morrer os que têm o corpo enfermo; os que têm a alma perversa por natureza incorrigível serão condenados à morte.

Diniz (2014, p. 493-494) mostra o pensamento de Platão na defesa da autodeterminação do ser humano e na responsabilidade do mesmo pela qualidade de vida.

Platão, em seus *Diálogos*, lembra a respeito a afirmação de Sócrates de que “o que vale não é o viver, mas o viver bem”. O princípio da qualidade de vida é usado para defender a eutanásia, por considerar que uma vida sem qualidade não vale a pena ser vivida. O processo de secularização conduziu a dessacralização da vida, delegando o governo da vida à autodeterminação do ser humano, responsabilizando-o pela qualidade da vida, ou seja, pela busca de condições de uma vida mais digna, desfraldando a bandeira de que só vale viver uma vida de qualidade, justificando, assim, a eutanásia”.

Francis Bacon, político, cientista e filósofo inglês, também defendia a eutanásia quando praticada por “ação médica que pudesse auxiliar o enfermo a morrer de maneira mais fácil e tranquila” (ZATERKA, 2015, p. 512).

Enrico Morselli, médico italiano, defendeu a prática de eutanásia nos seguintes termos:

A eutanásia, propriamente dita, e que eu a chamarei morte misericordiosa ou piedosa, é a que alguém dá a outra pessoa que sofre de enfermidade incurável ou muito dolorosa, para livrá-la das agonias muito prolongadas ou dolorosas (MORSELLI, 2008, p. 10, tradução nossa).

Nelson Hungria, penalista brasileiro, posicionou-se contra a eutanásia, afirmando que um médico que se omite a fazer um tratamento, ou adianta a morte do paciente, além de criminoso, é um profissional indigno e egoísta. Assim, tanto a eutanásia, que seria a prática de uma conduta, quanto a ortotanásia, que seria a omissão, na visão do penalista são práticas de homicídio.

Em 2018 foi realizado um trabalho para o Congresso Internacional de Direito da Saúde, definindo:

Inevitavelmente, quando se pensa em antecipação da morte por intermédio de ação humana, visando interromper o sofrimento de enfermo em estado terminal, lembra-se do termo eutanásia como sinônimo de toda e qualquer espécie de morte piedosa, inclusive daquela pessoa que ainda tem perspectiva de vida. Todavia, é necessário assinalar que esta terminologia (eutanásia) deve ser aplicada apenas à “ação médica intencional de apressar ou provocar a morte – com exclusiva finalidade benevolente – de pessoa que se encontre em situação considerada irreversível e incurável, consoante padrões médicos vigentes”, como pontuam Luís Roberto Barroso e Letícia de Campos Velho Martel (2010. p. 238-239), sendo primordial o domínio da

técnica médica para atingir o resultado almejado (BORGES; BASTOS; SOUZA, 2018, p. 145).

A breve explanação mostra que prevalece o entendimento da eutanásia como um ato de piedade e se conceitua como a antecipação da morte, sem dor, praticada por um terceiro, objetivando mitigar o sofrimento de uma doença incurável e/ou dolorosa, visando garantir a dignidade da pessoa humana ao término da vida.

No entanto, é uma prática ilegal e eticamente inadequada no ordenamento jurídico brasileiro.

3.2. Eutanásia e suicídio assistido e sua prática ao longo da história: breve síntese

O termo eutanásia está presente nas mais antigas civilizações do mundo e em todas as épocas tiveram defensores extremados. Espartanos, gregos, romanos, egípcios etc., causavam a morte dos idosos, deficientes físicos, mentais e portadores de doenças incuráveis.

Na Índia antiga, os portadores de doenças incuráveis tinham as bocas e narinas vedadas com lama sagrada e eram lançados no Ganges.

Em Esparta, aquele que não servisse mais para guerrear, como os recém-nascidos e anciãos deformados eram lançados do alto do Monte Taijeto.

Já em Atenas, “o Senado ordenava a eliminação de anciãos doentes, ministrando-lhes veneno em banquetes especiais” (DINIZ, 2014, p. 494).

Na Idade Média, existia o que hoje denomina-se suicídio assistido. Eram entregues “aos guerreiros feridos um punhal afiadíssimo, denominando misericórdia, que lhes servia para evitar o sofrimento prolongado da morte e para não caírem nas mãos do inimigo” (SÁ; NAVES, 2015, p. 375).

Platão, Sócrates e Epicuro, na Grécia antiga, defendiam a morte para aqueles que possuíam doenças dolorosas e incuráveis. Em compensação, Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates não concordavam com tal prática. Conforme defendido por Hipócrates: “eu não

darei qualquer droga fatal a uma pessoa, se me for solicitado, nem sugerirei o uso de qualquer uma deste tipo” (GOLDIM, 2000, s/p).

Já em Roma, conforme a Lei das Doze Tábuas, era permitido tirar a vida de um recém-nascido que possuísse alguma deformidade, bem como lançar ao mar os deficientes.

No século XVII, o médico e filósofo Francis Bacon, defendia que as funções da medicina não eram apenas curar ou diminuir a dor e o sofrimento de um paciente, mas, na impossibilidade destes, deveria alcançar uma morte tranquila. Entendimento mais próximo do que se conhece hoje como eutanásia.

A partir do século XX, conceitos e casos práticos de eutanásia surgiram mais publicamente, bem como, a tentativa de uma normatização.

Em 1931, o médico inglês Killick Millard propôs a criação de uma lei para legalização da eutanásia voluntária, todavia o projeto foi rejeitado pela Câmara dos Lordes em 1936.

Em 1934, o Código Penal uruguaio, com o chamado “homicídio piedoso”, possibilitou a prática de eutanásia. Não era uma previsão expressamente legal da eutanásia, no entanto, possibilitou aos juízes analisarem o caso concreto daquele que tira a vida de outrem em estado terminal.

Com advento da Segunda Guerra Mundial, em 1939, foi oficializado na Alemanha nazista o chamado “Aktion T4”, que consistia na permissão da esterilização de pessoas com deficiências consideradas genéticas, como doenças físicas, mentais, cegos, surdos, alcoólatras etc. Além disso, tornou-se comum a prática de eutanásia, eliminando as pessoas consideradas indesejáveis dentro da perspectiva desumana da purificação da raça ariana.

Nesse caso, cabe destacar que a prática da eutanásia não ocorria na perspectiva das discussões que acontecem nos dias de hoje, e sim, como uma prática distorcida, isto porque, não se pensava no bem do paciente e na boa morte, mas na extinção de pessoas com alguma deformidade física ou psíquica, ou ainda, tão somente por questões políticas e de intolerância social da época.

Conforme Goldim (2000), em 1956, a Igreja Católica assumiu posição contrária à eutanásia. Entretanto, um ano depois, o papa Pio XII se manifestou a favor, desde que o motivo principal para utilização de medicamentos fosse o fim do sofrimento do paciente, mesmo que o resultado possa ser a morte, ou seja, o princípio do duplo efeito. Em 1991, a Igreja Católica reafirmou sua posição adversa à prática de eutanásia.

Em 1968, a Associação Mundial de Medicina se posicionou contrária à prática da eutanásia.

Na Holanda, em 1973, a médica Geertruida Postma aplicou morfina levando a própria mão à morte. O seu julgamento iniciou as discussões da eutanásia. Assim, em 1990, o médico tornou-se isento de penalidades em relação a essa prática e, em 2002, as práticas de eutanásia e de suicídio assistido foram legalizadas.

Ainda em relação a Holanda, convém destacar que essa legalização não corresponde a uma liberação para a prática de eutanásia, conforme esclarece Felix et al (2013, p. 2739).

Na Holanda, o fato de a eutanásia já estar legalizada não significa que está totalmente liberada. Ao contrário, em primeiro lugar, a eutanásia limita-se a um ato médico; em segundo, o ato é submetido a sete condições, entre elas: a doença deve ser incurável e causar sofrimento ao paciente; o pedido do candidato à eutanásia deve ser voluntário e refletido, no qual cada caso deve ser analisado particularmente e preencher os requisitos da lei.

O Vaticano publicou a Declaração sobre a Eutanásia em 1980, propondo a interrupção de tratamentos inúteis e o duplo efeito, o qual se refere à morte apenas em decorrência do tratamento para aliviar a dor e o sofrimento

Em 1997 restou decidido na Colômbia que aquele que praticasse o homicídio piedoso ficaria isento de responsabilidade penal. Mas somente em 2015 a eutanásia foi regulamentada.

No mesmo ano, 1997, foi permitido o suicídio assistido em Oregon, EUA. Como a competência para decidir sobre a eutanásia fica a critério de cada país dos Estados Unidos da América, após Oregon, outros estados permitiram o suicídio assistido, como Washington e Montana em 2009, Vermont em 2013 e Califórnia em 2015.

Em 2002, a Bélgica legalizou a prática de eutanásia.

Já Luxemburgo legalizou a eutanásia e o suicídio assistido em 2009.

Em 2015, o Canadá legalizou a prática da eutanásia e suicídio assistido, sendo regulamentada e entrando em vigor em 2016.

Em 2017, Victoria, país australiano, aprovou uma lei que permite o suicídio assistido, entrando em vigor em junho de 2019.

Por fim, cabe destacar a Suíça, que permite o suicídio assistido desde 1942 e, atualmente, tem sido palco desta prática. Assim, a assistência ao suicídio de um paciente com doença terminal ou incurável não é criminalizada, desde que realizada por alguém sem interesse direto na morte. Contudo, a eutanásia ainda é ilegal no país.

Com o intuito de ajudar doentes terminais ou incuráveis que não possuem mais perspectiva de vida e que entendem não possuir a valorização da sua dignidade humana, foram criadas organizações suíças que, após o preenchimento de uma série de requisitos, auxiliam o suicídio. Nesse contexto as clínicas afirmam não possuírem fins lucrativos, mas geralmente são cobradas taxas para que a organização possa se manter, e assim custear o preparo, a assistência, os médicos e, até mesmo, o pós-morte, como a funerária. Assim como, existe a possibilidade de pessoas tornarem-se membros para ajustar nos custos.

Além de suíços, algumas organizações têm recebido estrangeiros, o que dá significado ao termo utilizado ao mencionar a Suíça: “turismo do suicídio”.

3.3. Eutanásia

Conforme ensinado pelos professores Carlos Fernando Francisconi e José Roberto Goldim (2003), é possível classificar a eutanásia com base em alguns critérios como tipo de ação ou quanto ao consentimento.

Quanto ao tipo de ação, a eutanásia pode ser ativa, passiva e de duplo efeito.

A eutanásia ativa é a ação praticada por terceiro, podendo ou não ser médico, que visa à antecipação da morte de um paciente doente terminal e/ou incurável, sem sofrimento.

Para Dadalto (s/d, s/p), a eutanásia passiva caracteriza-se pela omissão de um terceiro, a pedido do paciente com uma doença incurável ou terminal, com o único propósito de abreviar a vida. Assim, há três requisitos: omissão, pedido expresso do paciente e o diagnóstico médico de doença incurável ou estado terminal.

Assim, é a omissão de terceiro, que pode ou não ser um profissional da saúde, com a intenção de causar a morte direta e imediatamente, a pedido do paciente.

A eutanásia passiva consiste na omissão de um terceiro, que não inicia uma ação ou interrompe um tratamento, com o objetivo direto e imediato de dirimir o sofrimento e provocar a morte do paciente, antecipando-a.

Já a eutanásia de duplo efeito é quando a morte é consequência indireta das ações do médico, isto porque, o objetivo primordial é aliviar a dor e o sofrimento.

Quanto ao consentimento do paciente, a eutanásia pode ser voluntária, involuntária e não-voluntária. A voluntária é aquela que atende a vontade do paciente, necessita de seu consentimento; por outro lado, a eutanásia involuntária, diz respeito àquela praticada contra a vontade do paciente. Destaca-se ainda, a eutanásia não-voluntária é aquela praticada sem a manifestação de vontade do paciente.

3.4. Suicídio assistido

Enquanto a eutanásia é a prática de uma conduta (comissiva ou omissiva) de um terceiro, que não necessariamente precisa ser médico, o suicídio assistido é praticado pelo próprio paciente, que apenas será assistido por outrem.

Essa prática consiste na abreviação da morte quando o paciente de doença terminal ou incurável tira a sua própria vida com a orientação e/ou ajuda material, ou até mesmo sob a instigação de terceiro. Diniz (2006, p. 1743) esclarece:

A diferença entre a eutanásia ativa e o suicídio assistido é que, neste último, a pessoa doente é apenas assistida para a morte, mas todos os atos que acelerarão esse desfecho são por ela realizados. Como há casos de pessoas que solicitam o suicídio assistido, mas que não possuem independência

locomotora suficiente sequer para levar um copo à boca, foram desenvolvidos mecanismos para garantir que apertando um botão de uma máquina, por exemplo, seja acionado um dispositivo para injetar o medicamento. Aqueles que defendem o suicídio assistido argumentam que esta é uma maneira de não envolver os profissionais de saúde no ato da eutanásia, uma vez que é a própria pessoa quem toma a decisão e realiza as medidas necessárias para garantir sua morte. O auxílio que porventura necessite pode ser garantido por qualquer pessoa de seu círculo de relações afetivas ou sociais.

Resta clara nesta conduta, a manifestação de vontade do paciente, visto que o procedimento que levará à morte somente pode ser realizado por ele mesmo. O terceiro tem apenas o papel de auxiliar e fornecer os meios para a prática da conduta.

3.5. Distanásia

O termo distanásia também se origina do grego, *dis* significa afastamento e *thanatos*, morte.

Assim, compreende o prolongamento artificial da vida humana por meio de tratamentos extraordinários postergando a morte. O propósito é o maior “afastamento” da morte.

A distanásia tem como único objetivo o prolongamento da vida, sem garantir a diminuição do sofrimento, mantendo o paciente em excessivo tratamento médico. Ou seja, não visa garantir a dignidade da pessoa humana, mas tão somente o direito à vida.

Também conhecida como a obstinação terapêutica, uma vez que se utiliza de métodos e tratamentos médicos injustificáveis e inúteis que podem provocar sofrimento ao paciente e a seus parentes, considerando que o quadro do paciente é irreversível e não trará nenhum benefício.

Conforme conceituado por Martin em “Iniciação à Bioética” (1998, p. 187): “A distanásia, que também é caracterizada como encarniçamento terapêutico ou obstinação ou futilidade terapêutica, é uma postura ligada especialmente aos paradigmas tecnocientífico e comercial-empresarial da medicina”.

A prática da distanásia avança em decorrência da alta tecnologia empregada na medicina contemporânea, Maluf (2013, p. 437) esclarece:

Também conhecida por obstinação terapêutica, decorre do desenvolvimento das ciências médicas, da tecnologia sofisticada, que faz prolongar a vida indefinidamente, aumentando a dor do paciente e de seus amigos e familiares, desconsiderando, outrossim, o natural processo de morte do paciente.

Maluf (2013) mostra que a distanásia representa o ponto oposto da eutanásia. A primeira defende todas as formas de prolongamento da vida humana, ainda que a cura não seja uma possibilidade e o sofrimento se torne demasiadamente penoso, enquanto a segunda pressupõe a possibilidade de abreviação do sofrimento pela morte.

Felix et al. (2013, p. 2742) alertam para o fato da prática recorrente da distanásia, apontando que o conceito caminha lado a lado com conceito de eutanásia.

Destaca-se que, embora menos propalada que a eutanásia, a distanásia é, ainda que inconscientemente, mais praticada²¹. Nesse ponto, assinala-se que, na iminência da morte, inicia-se uma nova etapa na vida do paciente, em que o ato de curar deve ser substituído pelo cuidar, que, no entanto, não pode ser encarado como prêmio de consolação, quando não existem mais possibilidades terapêuticas. Logo, ao discutir sobre a distanásia, a temática da eutanásia entra em questão, indicando que os dois conceitos caminham lado a lado.

Nesse perspectiva, cumpre ressaltar que ambos os procedimentos não encaram a morte no seu processo natural, contudo, enquanto na eutanásia destina-se para o bem estar do indivíduo e a sua qualidade de vida, buscando o término da vida sem sofrimento e, portanto, resguardando a dignidade, desde que respeitada a sua autonomia, na distanásia o paciente em estado terminal ou doença incurável e dolorida encontra-se em segundo plano, pois o primordial é a quantidade de vida e, portanto, o prolongamento da vida ou mais precisamente, do processo de morrer.

Felix et al. (2013) apontam a necessidade de enfrentamento da questão da distanásia que tem levado a convivência com situações contraditórias e também a necessidade de um equilíbrio entre o prolongamento da vida e a certeza de não estar matando o paciente.

O não enfrentamento da questão da distanásia faz com que convivamos com situações, no mínimo, contraditórias, em que se investe pesadamente em situações de pacientes terminais cujas perspectivas reais de recuperação são

nulas. Assim, nasce uma sabedoria a partir da reflexão, da aceitação e da assimilação do cuidado da vida humana no sofrimento do adeus final. Entre dois limites opostos, de um lado, a convicção profunda de não matar, de outro, a ideia de não alongar ou adiar pura e simplesmente a morte (FELIX et al., 2013, p. 2743).

Nesse sentido, as autoras alertam para a dificuldade de que, muitas vezes, os profissionais de saúde enfrentam para lidarem com o reconhecimento da morte como uma etapa da existência humana. Chamam a atenção para que os mesmos recebam formação para lidar com a questão, principalmente em relação as questões de bioética que envolvem o entendimento do processo de morrer face às possibilidades que a tecnologia e a ciência oferecem para o prolongamento da vida do paciente.

3.6. Ortotanásia

Do ponto de vista etimológico ortotanásia vem do grego, *orthos* (correto) e *thanatos* (morte). Assim, seria morte correta. Significa não prolongar artificialmente o processo de morte, deixando prevalecer o processo natural. Essa prática é considerada como boa morte no sentido de que não permite que a vida seja prolongada de modo a prolongar o sofrimento da pessoa. Nesse sentido, Felix et al (2013, p. 2743) detalham:

A ortotanásia é caracterizada como boa morte, a arte do bem morrer, de se respeitar o bem-estar global dos indivíduos, a fim de garantir a dignidade no viver e no morrer. Essa prática permite aos doentes e seus familiares defrontarem a morte como algo natural, um *continuum* da vida²⁸. Seguindo essa concepção, a ortotanásia é o procedimento pelo qual o médico suspende o tratamento, ou só realiza terapêuticas paliativas, para evitar mais dores e sofrimentos para o paciente terminal, que já não tem mais chances de cura, desde que essa seja sua vontade ou de seu representante legal. Outro estudo²⁷ complementa que o médico não interfere no momento do desfecho letal nem para antecipá-lo nem para adiá-lo.

Sá e Naves (2015, p. 377) esclarece a ideia de omissão que está subjacente ao conceito de ortotanásia.

A intenção de realizar a eutanásia também pode gerar uma omissão, ou seja, a não-realização de ação que teria indicação terapêutica naquela circunstância. A eutanásia passiva ou ortotanásia do grego *orthos*, normal, correto e *thanatos*, morte, pode consistir tanto na não iniciação de um tratamento como na suspensão do mesmo. Também pode ser caracterizada

pelo não tratamento de uma enfermidade ou complicação intercorrente, e a morte ocorrerá a seu tempo, sem o prolongamento desnecessário da vida.

Dadalto (s/d, s/p) do ponto de vista da área da saúde define “A ortotanásia consiste na limitação de uso de recursos médicos, farmacêuticos e tecnológicos em pacientes com diagnóstico de terminalidade e/ou incurabilidade.”

Ou seja, o objetivo não é a antecipação da morte do paciente, como na eutanásia, mas tão somente compreender o processo natural da doença e que o prolongamento artificial da vida biológica não traz benefícios, como na prática de distanásia. Considera-se apropriada a utilização de medidas que visem aliviar o sofrimento sem, contudo, intervir no curso natural da morte. É o direito de morrer com dignidade.

Cabe ainda destacar a insegurança jurídica que permeia a prática da ortotanásia. Nesse sentido, Felix et al (2013, p. 2743) apontam que:

É oportuno destacar que a aplicabilidade da ortotanásia é permitida em diversos países, e no Brasil, implicitamente, é tutelada através de princípios jurídicos, consubstanciados em princípios éticos e morais. Entretanto, em virtude da insegurança jurídica propiciada pela ausência de legislação específica, conduz à permanência da prática distanásica.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar a necessidade de legislação específica que permita que a prática de ortotanásia seja amparada seguramente. A falta dessa legislação leva a elevada prática da distanásia.

Nos países que, explicitamente, tutelam o direito à ortotanásia, ela é praticada com extrema segurança jurídica, obedecendo a etapas de protocolos elaborados minuciosamente, com vistas a garantir, efetivamente, o elemento volitivo do paciente e o afastamento da responsabilidade de qualquer natureza para o profissional médico e a instituição de saúde que participem do processo. Dentre os protocolos elaborados e validados para a liberação da prática da ortotanásia, destacam-se o Consentimento Informado e o Testamento Vital, que, devido às suas exigências, são considerados documentos seguros e válidos. Para se conceder a ortotanásia por meio desses instrumentos, é necessário que o paciente manifeste sua vontade que, preferencialmente, tem que ser efetuada antes que ele perca sua capacidade civil (FELIX et al, 2013).

4. A eutanásia e o suicídio assistido e suas relações com a bioética e o biodireito

No que diz respeito à vida e à morte, e, portanto, à eutanásia, é preciso compreender algumas definições, como bioética e biodireito, para posteriormente poder relacionar à dignidade da pessoa humana ao término da vida, aos princípios e valores atingidos, bem como, à jurisdição sobre o tema.

4.1. Bioética

O termo bioética é um neologismo criado a partir das palavras grego *bio* (vida) e *ethos* (ética, comportamento) e, por lógica, é a ética da vida.

Conforme ressaltam Sá e Naves (2015), na Grécia antiga, Hipócrates já se preocupava com os aspectos éticos nas práticas biológicas.

Já Garcia (2010 apud SÁ; NAVES, 2015, p. 4) “afirma que a Bioética surgiu por absoluta necessidade, a partir dos anos 1950, consequência da revolução científica e técnica ocorrida nas ciências biológicas e médicas”. É importante, nesse sentido, salientar que foram elementos da prática social, decorrentes de avanços tecnológicos ou da necessidade de desenvolvimento de pesquisas que levaram ao surgimento da bioética, o que destaca o caráter social da mesma.

Lolas (2001 apud SÁ; NAVES, 2015) afirma que no século XX diversas situações exigiram a análise da ética em tratamentos e experimentos médicos, resultando na Bioética. E assim destacou: em 1961 a criação de um aparelho que era capaz de realizar as funções renais; em 1966, o professor de anestesia de Harvard, Henry Beecher, demonstrou que 12% dos artigos científicos publicados em uma famosa revista eram resultados de pesquisas que utilizavam métodos contrários à ética; em 1967, ocorreu o primeiro transplante de coração e, para tanto, foi necessário remover o coração funcionando de uma pessoa com morte encefálica e; de 1932 a 1972 em Tuskegee, Alabama/EUA, enganaram pessoas negras sobre a

ilusão que estavam recebendo tratamento para sífilis, contudo, tratava-se de uma pesquisa sobre a evolução natural da sífilis.

Contudo, o termo bioética foi de fato utilizado pela primeira vez com o significado da “ciência da sobrevivência”, pelo oncologista e biólogo norte-americano Van Rensselder Potter, em 1971, com a publicação de sua obra *Bioethics: bridge to the future* (DINIZ, 2014).

Conforme Diniz (2014, p. 34):

A Encyclopedia of bioethics definiu, em 1978, a bioética como sendo “o estudo sistemático da conduta humana no campo da ciência da vida e da saúde, enquanto examinada à luz dos valores e princípios morais”. Na segunda edição, em 1995, deixando de fazer referência aos “valores e princípios morais”, passou a considerá-la como “estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar”. Com isso adaptou-se o pluralismo ético atual na área da bioética.

Essa definição destaca a bioética como área de estudo interdisciplinar no que diz respeito à vida e a suas abrangências, cujo objetivo é discutir questões que não possuem um consenso moral, social nem cultural.

Segundo Pessini e Barchifontaine (1994 apud MALUF, 2013, p. 7) “a bioética estuda a moralidade da conduta humana no campo das ciências, estabelecendo padrões de conduta socialmente adequados”.

A bioética seria a explicação da ética quando inserida na evolução da ciência, mais precisamente, no campo da saúde. E ao tratar-se da vida e de sua terminalidade, preocupa-se com o avanço da ciência e da medicina e com as questões éticas que podem ser abordadas na eutanásia, suicídio assistido e distanásia.

Villas-Bôas (2005 apud SANTORO, 2011, p. 97):

A bioética nasceu para discutir as questões muitas vezes inéditas decorrentes do avanço técnico-científico, que demandaram uma postura renovada no que se refere aos limites entre direitos e deveres na abordagem do ser humano, ainda mais, quando este se encontrar doente e vulnerável.

Diante do progresso da tecnologia sobre a humanidade, foi necessária a criação da ética no avanço técnico-científico, para que pudesse ser respeitada a dignidade humana.

Assim, a bioética estabelece um limite para as ações médicas na vida humana. E, neste ângulo, o avanço da ciência não deverá ultrapassar os ideais e vontades do indivíduo, isto é, a dignidade da pessoa humana.

Como esclarecido acima, a bioética é um estudo interdisciplinar (antropológico, filosófico, teológico, médico, psicológico, jurídico, político etc.) para solucionar os embates trazidos pelo avanço da tecnologia em conjunto com a medicina em relação à vida humana, como a eutanásia e suas derivações, sob os reflexos da moralidade. E “consistiria ainda no estudo da moralidade da conduta humana na área das ciências da vida, procurando averiguar o que seria lícito ou científica e tecnicamente possível” (DINIZ, 2014, p. 36).

Diniz (2014, p. 37) ainda esclarece que:

A bioética deverá ser um estudo deontológico, que **proporcione diretrizes morais para o agir humano diante dos dilemas levantados pela biomedicina, que giram em torno dos direitos entre a vida e a morte**, da liberdade da mãe, do futuro ser gerado artificialmente, da possibilidade de doar ou de **dispor do próprio corpo**, da investigação científica e da **necessidade de preservação de direitos das pessoas envolvidas** e das gerações futuras. (Grifos nossos).

Desta forma, na perspectiva da bioética, o homem é o ponto central tendo fim em si mesmo e não poderá se submeter a procedimentos invasivos que ofendam a sua dignidade. O homem não é um mecanismo para as práticas científicas e, ainda que se submeta a determinados procedimentos, estes precisam ser voltados para o seu interesse e bem-estar.

Depreende-se assim que a bioética tem como objetivo analisar as implicações morais que resultam da relação do paciente e as inovações tecno-científicas. Conforme Sá e Naves (2015, p. 15) “a Bioética, como forma de conhecimento aberto, permite investigação ampla, tendo sempre em consideração os valores éticos e os fins da sociedade”.

4.2. Biodireito

Maluf (2013) define o biodireito como um novo ramo do estudo jurídico que promove o encontro da bioética e o direito. Descreve biodireito:

É o ramo do Direito Público que se associa à bioética, estudando as relações jurídicas entre o direito e os avanços tecnológicos conectados à medicina e a à biotecnologia; peculiaridades relacionadas ao corpo, à dignidade da pessoa humana (MALUF, 2013, p. 16).

Diante da possibilidade de desrespeito à bioética e descumprimento de seus princípios, é necessária a intervenção do Direito, com a responsabilidade de fiscalização, punição e solução de casos concretos. No entanto, é preciso considerar que o Direito é um campo que regulamenta somente determinadas hipóteses, sendo, no restante dos casos, utilizadas analogicamente e a critério de cada julgador.

A título de exemplo, o direito penal, que regulamenta o homicídio não apresenta nada a respeito da eutanásia e do suicídio assistido. Nesses casos, a norma é utilizada por analogia, todavia, isso não é o suficiente.

A sociedade moderna tem se deparado com casos concretos que não podem ser julgados com base em leis preexistentes, analogias e/ou por mera convicção do julgador. São embates que, fora do contexto da (i)licitude, esbarram em questões éticas envolvendo a dignidade da pessoa humana. E, por conseguinte, cada caso concreto necessita de uma análise única, que seja fundamentada em princípios.

Nesse seguimento, Sá e Naves (2015, p. 18-19) expõem:

Acreditamos que os problemas são muitos e, em face da complexidade das questões, não podem ser resolvidos pelo Direito Comum, figurando-se o **Biodireito como mecanismo de resposta**. Ora, os problemas atinentes a esse ramo do Direito têm uma força descodificadora própria, porquanto demandam instrumental próprio já que nas questões discutidas coexistem o público e o privado, o penal e o civil. E mais. **Temas sob análise do Biodireito revestem-se de valores morais e religiosos, não se podendo olvidar a necessidade do diálogo entre Direito e outras áreas do conhecimento, que deve ser percorrido sob a luz da transdisciplinaridade.** (Grifos nossos).

Sá e Naves (2015) argumentam que os temas do Biodireito envolvem forte polêmica e que, portanto, devem ser discutidos com a sociedade civil antes de serem regulamentados pelo Direito.

Os temas que envolvem o microssistema do Biodireito são por demais polêmicos, não sendo desejável que o Direito regule todas as condutas de forma absoluta, pois isso exclui a construção de uma autonomia privada que,

paradoxalmente, o Direito pretende construir. De mais a mais, discussões como as que envolvem o Biodireito devem ser levadas ao âmbito da sociedade civil, no intuito de auferirmos soluções legítimas. Assim, o caso concreto deve ser resolvido à luz da principiologia, buscando-se a decisão correta para o caso (SÁ; NAVES, 2015, p. 20).

Maluf (2013, p. 17) expressa sua preocupação com a complexidade que envolve a ação do Direito face às questões da bioética: “Compreende portanto o caminhar sobre o tênue limite entre o respeito às liberdades individuais e a coibição dos abusos contra o indivíduo ou contra a espécie humana [...]”.

Assim, questões envolvendo a dignidade da pessoa humana ao término da vida, a (in)existente liberdade de morrer e os princípios possuem conteúdos impossíveis de serem alcançados somente pelo Direito, uma vez que não estão traçados/alinhados dentro de um código, bem como não podem ser estabelecidos apenas pela bioética, pois deve haver limites para os avanços da biomedicina.

Conclui-se, portanto, a indispensabilidade do biodireito. Nesse sentido e apontando a reciprocidade entre as áreas do conhecimento Gracia (1989 apud MALUF, 2013, p. 17), esclarece:

Biodireito é a regulamentação jurídica da problemática da bioética, no sentido em que formula as relações peculiares entre ética e direito que se inter-relacionam reciprocamente: ética como instancia prática do direito e direito como expressão positiva da ética. (Grifos nossos).

Na mesma linha, Sá e Naves (2015), destacam a complementaridade entre Bioética e Biodireito em que tanto a norma do direito quanto da bioética submetem-se à força da realidade.

Assim, embora guardem diferenças, Bioética e Biodireito seguem juntos. O Direito não se limita ao discurso legal. A força da norma é uma força da realidade. E esse pressuposto também se encontra na bioética, pelo efeito *juridicizante* que já expomos. E a função maior de ambos é a proteção dos direitos fundamentais, ainda que utilizem técnicas distintas de abordagem, que ao final, sem sombra de dúvidas, se complementam socialmente (SÁ; NAVES, 2015, p. 16).

Na perspectiva de Diniz (2014, p. 44), há uma relação evidente entre a bioética e o biodireito com os direitos humanos.

Com o reconhecimento do respeito à dignidade humana, a bioética e o biodireito passam a ter um sentido humanista, estabelecendo um vínculo com a justiça. Os direitos humanos, decorrentes da condição humana e das necessidades fundamentais de toda pessoa humana, referem-se à preservação da integridade e da dignidade dos seres humanos e à plena realização de sua personalidade.

Em continuidade, esclarece: “Assim sendo, intervenções científicas sobre a pessoa humana que possam atingir sua vida e sua integridade físico-mental deverão subordinar-se a preceitos éticos e não poderão contrariar os direitos humanos” (DINIZ, 2014, p. 44). Isso porque ao mesmo tempo que as práticas médicas podem trazer evidentes benefícios aos seres humanos, podem também trazer em si riscos potenciais graves, decorrências perigosas e imprevisíveis, o que exige dos profissionais de saúde severa atenção para não transpor os limites éticos de respeito à pessoa humana e a sua dignidade. Concluindo o raciocínio, Diniz (2014, p. 44) afirma que “se em algum lugar houver qualquer ato que não assegure a dignidade humana, ele deverá ser repudiado por contrariar as exigências ético-jurídicas dos direitos humanos”.

4.3. Princípios da bioética e do biodireito

Os princípios são regras gerais, reflexos de ações humanas que necessitam de um “ponto de partida”, de parâmetros e de soluções.

Diante dos avanços tecnológicos na área da saúde, os princípios são primordiais para que estes avanços não acabem sendo usados de forma que prejudique o paciente. Assim, os princípios servem de diretrizes.

Neste aspecto, importantes são os princípios que se dedicam-se a preservar a dignidade da pessoa humana ao término da vida. “A bioética deverá ter tais princípios como parâmetros de suas investigações e diretrizes” (DINIZ, 2014, p. 40).

Os princípios abaixo elencados representam os pilares da proteção à dignidade humana. E, conseqüentemente, a afronta retrata o seu desrespeito. Esse desrespeito não pode ocorrer uma vez que fere a dignidade que é intrínseca e absoluta ao homem.

Os princípios podem ser sopesados, a dignidade humana não. Assim, são ponderados a cada caso concreto, para que a dignidade seja mantida em sua totalidade. Seguem as descrições e reflexões sobre os três princípios da bioética que orientam o biodireito.

1) Princípio da autonomia. Diz respeito à vontade do paciente, a sua autodeterminação. É a liberdade de cada indivíduo para tomar suas decisões conforme sua própria consciência, baseado nos seus valores e crenças.

Sendo assim, nas lições de Sá e Naves (2015, p. 36):

O princípio da autonomia pode ser entendido como o reconhecimento de que a pessoa possui capacidade para se autogovernar, assim, de modo livre e sem influências externas, preceitua-se o respeito pela **capacidade de decisão e a ação do ser humano**. (Grifos nossos).

Em continuidade, explicitam com objetividade a relação médico paciente, pautada pelo princípio da autonomia do paciente.

A relação médico-paciente sofre substancial transformação com a consideração desse princípio. A relação de autoridade perde espaço para a consideração do **paciente como sujeito participe do processo de tratamento**. Para tanto, o processo de intervenção deve ser transparente, permitindo que o paciente tenha o máximo de informações antes de decidir. Daí a **exigência do consentimento informado**. (Sá; Naves, 2015, p. 36, grifos nossos).

Maluf (2013) destaca que este princípio funciona como garantia para que o paciente possa agir com conhecimento de causa, ou seja, com as informações necessárias sobre seu estado de saúde e para que possa decidir sem coação ou influência externa, na medida em que:

Valoriza a vontade do paciente, ou de seus representantes, levando em conta, em certa medida, seus valores morais e religiosos. **Reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida (corpo e mente) e o respeito à sua intimidade, restringindo com isso a intromissão alheia no mundo daquele que está sendo submetido a um tratamento** (MALUF, 2013, p. 11, grifos nossos).

Há que se destacar que esse aspecto do princípio da autonomia traz como decorrência a exigência do consentimento livre e informado.

Nota-se que este princípio nunca poderia ser considerado absoluto, isto porque, quando o paciente está inconsciente, são seus familiares ou representantes que decidem. E esta decisão não necessariamente é a vontade do paciente.

2) Princípio da beneficência e/ou não maleficência. Tem como finalidade o bem-estar do paciente e, portanto, “não causar dano e maximizar os benefícios, minimizando os possíveis riscos” (MALUF, 2013, p. 11), isto porque beneficência vem do latim *bonum facere*, literalmente, “fazer o bem”.

Qualquer ação médica que cause prejuízo ao paciente não deve ser empregada. Nesse sentido é “uma ação feita em benefício alheio que obedece ao dever moral de agir em benefício dos outros” (MALUF, 2013, p. 11). E ainda, “o princípio da beneficência impõe ao profissional da saúde ou ao biólogo o dever de dirigir esforços no sentido de beneficiar o ser pesquisado” (SÁ; NAVES, 2015, p. 35).

Parte-se do pressuposto fundamental de que o ser humano não pode ser estudado como um mero objeto de pesquisa. O ser humano tem um fim em si mesmo, por isso, não pode ser submetido a procedimentos que provoquem dor, que sejam extenuantes em nome da melhoria da qualidade de vida.

Há quem entenda que o princípio da não maleficência seja distinto da beneficência, defendendo que uma é a obrigação de favorecer o paciente e a outra, por sua vez, é a obrigação de não causar dano ao paciente. Conceito defendido por Gracia (2010 apud SÁ; NAVES, 2015, p. 36):

[...] que favorecer e não prejudicar são duas obrigações morais distintas. Uma é a obrigação de favorecer, outra a de não prejudicar. O modo de articular as duas tem variado ao longo da história. A tese mais tradicional foi a de que a obrigação imperativa do médico é favorecer, e o não prejudicar é uma obrigação subsidiária quando o favorecer não é possível. Modernamente, a tese é mais precisamente o contrário: **a obrigação primária é não prejudicar, e nunca se faz o favorecer sem o consentimento do paciente.** (Grifos nossos).

Sejam princípios diferenciados ou não, a ação do médico em meio a tantas tecnologias deve consistir em proteger o bem do paciente, reprimindo todo o mal. E se o dano for maior que o benefício, preza-se pela inércia.

3) Princípio da justiça. É o princípio da imparcialidade na distribuição de riscos e benefícios nas práticas médicas.

Preserva-se a igualdade, na medida em que os iguais devem ter tratamentos iguais e os diferentes, recebem tratamentos diferentes na medida de suas desigualdades. Só dessa forma é possível chegar ao que é justo.

Assim, definiu Diniz (2014, p. 40): “Esse princípio, expressão da justiça distributiva, exige uma relação equânime nos benefícios, riscos e encargos, proporcionados pelos serviços de saúde ao paciente.”

Este princípio visa potencializar os benefícios e reduzir os custos, tanto financeiros, mas também sociais, emocionais e físicos. Justo, portanto, é “a intervenção médica que leva em conta os valores do paciente, bem como sua capacidade de deliberação e unidade psicofísica” (SÁ e NAVES, 2015, p. 37).

5. Eutanásia e suicídio assistido no ordenamento jurídico brasileiro

O presente capítulo aborda a eutanásia, bem como o suicídio assistido face ao ordenamento jurídico brasileiro. Além disso, faz uma breve exposição de elementos de resoluções do Conselho Federal de Medicina, porque considera a existência de relações, às vezes conflituosas, entre as decisões regulatórias da entidade profissional com o sistema jurídico.

5.1. O Código Penal

A eutanásia e o suicídio assistido ainda são vistos com restrições pela sociedade brasileira. Essas restrições ocorrem por variadas motivações, mas, sem dúvida, atrelam-se a valores sociais da cultura brasileira, ressaltando-se a religião. A restrição principal diz respeito a legislação que não autoriza tais práticas.

No Brasil, essas práticas são consideradas ilícitas, puníveis analogamente a um homicídio em concordância com o Código Penal brasileiro. Na verdade, não há nenhuma legislação expressa que regulamente, de fato, a eutanásia e o suicídio assistido. Em relação ao homicídio, o Código Penal traz em seu artigo 121, § 1º (BRASIL, 1940, s/p):

Art. 121. Matar alguém: Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

§ 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Assim, diante da lacuna da legislação brasileira, a eutanásia (ativa) enquadra-se no parágrafo supracitado e é tipificada como homicídio privilegiado, isto é, o cometimento do crime é visto como decorrência de relevante valor social ou moral e por isso traz a possibilidade de minorar a punição. Ressalta-se, no entanto, a dificuldade em presumir o que seria “relevante valor moral ou social”.

Ainda que o valor social seja entendimento como o interesse coletivo e o valor moral, aquele intrínseco ao ser humano, que estabelece a sua motivação individual, como piedade e compaixão, é praticamente impossível estabelecê-los com exatidão em um caso concreto, isso porque, como poderia uma terceira pessoa analisar o caso e dar certeza da motivação para a prática de tal tipo de homicídio, com características de eutanásia?

Por mais que a eutanásia, por todos os ângulos, seja uma prática ilícita que resulta em pena de reclusão ainda há espaço para a ocorrência de insegurança jurídica, pois o que é moral para um pode não ser para outrem. Assim, por mais que se tenha um conhecimento do que é valor social e moral, o julgamento ficaria, mesmo que minimamente, a critério subjetivo dos julgadores.

Mesmo com essa incoerência e com a indefinição de valores, é majoritário o entendimento doutrinário de que a eutanásia é causa de diminuição de pena prevista, mesmo que por analogia, no § 1º do artigo 121, do Código Penal.

A eutanásia, nas suas diversas formas, vem sendo tratada pelo Direito Penal pátrio como homicídio, ainda que privilegiado. Do conteúdo da regra do artigo 121, § 1º, do Código Penal, depreende-se que o ato de tirar a vida de outrem que se encontre em grande sofrimento pode ser considerado motivo de relevante valor moral e, por isso, o agente que pratica o delito terá sua pena reduzida de um sexto a um terço (SÁ; NAVES, 2015, p. 388).

Assim, para ser considerado um homicídio privilegiado, a prática da eutanásia deverá ser comprovada mediante o valor social e/ou moral que envolveu a prática.

Já a eutanásia passiva, como definida anteriormente, é a omissão de um terceiro que não inicia ou que interrompe um tratamento, causando a aceleração da morte do paciente. Desse modo, por similaridade, pode ser tipificada no parágrafo único do artigo 135 do Código Penal (BRASIL, 1940, s/p):

Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Parágrafo único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e **triplicada, se resulta a morte.**

Condicionamento de atendimento médico-hospitalar emergencial (Incluído pela Lei nº 12.653, de 2012). (Grifos nossos).

Evidentemente que não corresponde plenamente à eutanásia passiva, porém é o artigo que mais se assemelha à prática, sendo utilizado por analogia.

Cabe ainda destacar a eutanásia de duplo efeito que decorre da ação do médico para dirimir o sofrimento do paciente com doença terminal ou incurável e que, como ato secundário, ocasiona a morte do paciente. Esta conduta não está tipificada no ordenamento jurídico, isto porque a morte é apenas uma consequência.

A ação do médico é baseada no princípio da beneficência, que visa potencializar o bem-estar do paciente e não tem a intenção de matar, contudo, a morte pode ser um resultado imprevisível.

No mesmo sentido de ilegalidade da prática de eutanásia, encontra-se no ordenamento jurídico brasileiro o suicídio assistido. Artigo 122 do Código Penal (BRASIL, 1940, s/p):

Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Parágrafo único - A pena é duplicada:

I - se o crime é praticado por motivo egoístico;

II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.

O auxílio à prática de suicídio é modalidade penal e, desta forma, o suicídio assistido à pacientes com doenças terminais ou incuráveis, enquadra-se no mesmo dispositivo.

Assim, como visto, a eutanásia não aparece expressa no Código Penal, diferentemente do suicídio assistido.

Conforme exposto no caput do artigo supracitado, o suicídio assistido pode ser moral, quando o agente induz ou instiga a vítima e/ou material, que é a prestação de auxílio material, capaz de fazer com que a vítima concretize o crime.

Há um embate no inciso II do artigo 122, do Código Penal, no que se refere a “capacidade de resistência”.

Descreve um indivíduo com capacidade de resistência como aquele que possui a consciência funcionando perfeitamente. No entanto, quando esta é diminuída, a pena do agente ajudante do suicídio é duplicada.

Mas como saber a capacidade de resistência do paciente com doença terminal ou incurável que cometeu o suicídio assistido? É inegável que uma doença possa diminuir o discernimento do paciente, mas não é certeza. E se de fato diminuir a capacidade de resistência, até que ponto foi essa minoração? A vítima não tinha nenhum entendimento do que estava fazendo?

São assuntos impossíveis de serem alcançados somente pela área do Direito, pois referem-se à subjetividade do paciente, e não apenas a um sujeito que do ponto de vista social é dotado de direitos e deveres. Assim, não existem regras pré-estabelecidas, já que o que está em jogo é o discernimento individual. O alcance desse discernimento pode ser aferido por profissionais de saúde, como médicos e psicólogos, mas não julgadores.

Logo, a duplicação da pena no suicídio assistido, do mesmo modo que a diminuição da pena na eutanásia, é subjetiva, pois não há atestado de exatidão da diminuição da capacidade de resistência do indivíduo.

No que diz respeito ao agente que pratica as condutas de suicídio assistido, inexistente exigência na legislação brasileira de que sejam cometidas por médicos e, portanto, podem ser praticadas por qualquer sujeito.

Confirmando essa análise sobre a eutanásia e do suicídio assistido no Código Penal, Sá e Naves (2015, p. 388) destacam:

Vê-se que referido parágrafo não determina quem seja o agente, donde a conclusão de que qualquer pessoa que realizar o ato, desde que compelida por motivo de relevante valor moral, terá se valido da eutanásia. Portanto, não há, no Direito brasileiro, a exigência de que a eutanásia seja praticada por médico, como, tecnicamente, é entendida.

O suicídio assistido decorre da ação do próprio paciente, que pode ter sido orientado, auxiliado ou, apenas, observado por terceiro. Tecnicamente, a

orientação e o auxílio devem ser prestados por médico. Contudo, também, não há, no Código Penal, qualquer determinação nesse sentido.

Conclui-se, portanto, que o ordenamento jurídico brasileiro vigente no presente momento, dispõe sobre a indisponibilidade da vida, mas não sobre o processo de morrer.

Entende-se que a vida é o direito fundamental mais importante, pois sem ele, não há motivação para a existência e respeito dos demais direitos. Contudo, o código não expressa diretamente a preocupação com a dignidade no processo de morrer.

O Código Penal traz a vida como o principal bem jurídico e, conseqüentemente, indisponível. Assim, ele considera que qualquer prática que atente contra a vida, independentemente do seu valor moral ou social, bem como o respeito ou não à dignidade da pessoa humana, não serão sopesados, mas tão somente, vistos como crime. Assim, a terminalidade da vida não é o que mais interessa ao ordenamento jurídico brasileiro, mas sim o direito à vida.

5.2. Propostas de legalização para a prática da eutanásia

5.2.1. Projeto lei nº 125/1996 do Senado Federal

O senador Gilvam Borges elaborou o projeto de lei nº 125 de 1996 com o intuito de legitimar a eutanásia no Brasil. O projeto tramitou no Congresso Nacional, contudo, nunca houve votação.

A proposta visava à permissão da eutanásia, requisitada pelo próprio paciente, ou na impossibilidade deste, pelos seus familiares, desde que cinco médicos atestassem o sofrimento físico ou psíquico do paciente.

5.2.2. Projeto lei nº 524/2009 do Senado Federal

O projeto de lei nº 524 foi apresentado ao Senado Federal em 2009, pelo Senador Gerson Camata e dispunha sobre os direitos do indivíduo com doença terminal. Cabe destacar que a tramitação se encontra encerrada.

A proposta era a regularização da ortotanásia e os cuidados paliativos, priorizando a autonomia de vontade do paciente com doença terminal ou incurável e na impossibilidade deste, de seus familiares ou representante legal.

Ainda, o projeto previa que, na impossibilidade de manifestação de vontade do paciente, do familiar ou do representante legal, o médico poderia suspender tratamentos desproporcionais somente com a finalidade de prolongamento artificial da vida, desde que o paciente não tivesse anteriormente se posicionado contra a suspensão de tratamento.

5.2.3. Projeto lei nº 236/2012 do Senado Federal

O projeto de lei nº 236 apresentado ao Senado Federal em 2012, pelo Senador José Sarney, tem como relator atual o Senador Rodrigo Pacheco e encontra-se em tramitação.

O projeto tem como objetivo a modificação do Código Penal de 1940. Uma de suas abordagens é a inovação legislativa quanto ao tema da eutanásia (SÁ, NAVES, 2015, p. 390):

Artigo 122. Matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave:

Pena – prisão, de dois a quatro anos.

§ 1º O juiz deixará de aplicar a pena avaliando as circunstâncias do caso, bem como a relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima.

Exclusão da ilicitude:

§ 2º Não há crime quando o agente deixa de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível, e desde que essa circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão.

Nota-se, no entanto, pontos que precisam de destaque. Um deles refere-se à legislação expressa sobre a prática de eutanásia somente em pacientes com sofrimento físico, nada dispondo sobre o sofrimento psíquico. Logo, permanecem lacunas sobre o tema.

O artigo cita a prática em paciente em estado terminal com sofrimento físico em razão de doença grave, contudo, não dispõe se deve ser praticada somente por médicos.

Evidencia também a manifestação de vontade e discernimento do paciente, bem como o sofrimento físico insuportável. Nessa proposta, são necessários dois laudos médicos: uma para atestar o sofrimento físico; outro para determinar se o paciente é imputável.

Logo, é incoerente dispor que qualquer agente possa praticar o ato, se são necessários procedimentos médicos para sua efetiva finalização.

Outra lacuna existente no projeto decorre do fato de nada dispor sobre paciente que está impossibilitado de manifestar a sua vontade.

O § 1º trata do perdão judicial. Sobre esse aspecto Sá e Naves (2015, p. 390), expõem:

O ato constitui crime, mas é possível o perdão judicial. Ora, quem praticará a eutanásia (pensemos nos médicos que detém as informações necessárias), sabendo que a atitude só não culminará na pena de prisão caso o juiz entenda que as circunstâncias do fato permitiam a realização do ato?

Assim, por esse projeto de Lei, o perdão somente é concedido se o juiz entender justo, diante da análise das circunstâncias do caso e da relação do agente com a vítima. Logo, seria inviável a prática por médicos, ante a insegurança jurídica.

Cabe destacar que o perdão judicial não torna a prática de eutanásia lícita. O ato continua ilegal, contudo, não é punível.

O § 2º dispõe sobre a exclusão de ilicitude na prática de ortotanásia. Destaca-se que o procedimento apenas pode ser realizado por, no mínimo, dois médicos, e com o consentimento do paciente, ou na impossibilidade deste, dos seus familiares.

Conclui-se, portanto, que as propostas de normatização da eutanásia são muito superficiais. Independentemente de favorável ou não ao procedimento, a legislação brasileira não trata do assunto e os projetos de lei existentes são incompletos.

5.3. Lei nº 10.241/1999 do estado de São Paulo

O Deputado Roberto Gouveia em 1997 divulgou um projeto de lei nº 546, que em 1999, com algumas ressalvas, deu origem à Lei nº 10.241 aprovada pela Assembleia Legislativa do estado de São Paulo.

A lei possui como finalidade a preservação da dignidade da pessoa humana, prevista na Constituição Federal e proíbe a prática de distanásia no referido estado, conforme dispõe o artigo 2º: “São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida;”.

Dossi (2017, p. 67) em seu mestrado disserta que o referido artigo possui dois ideais, um de interesse individual e outro de interesse coletivo:

O referido dispositivo legal possui dois ideais. O primeiro seria o interesse do paciente em não prolongar o seu sofrimento, e deixar que sua vida se finde naturalmente. Por sua vez, o Estado deixa de empenhar esforços para a manutenção da vida do paciente e, por conseguinte, tal medida lhe proporciona benéficos reflexos financeiros, uma vez que deixa de custear medicamentos, aparelhos e profissionais para que mantenham o paciente vivo.

A lei estadual é uma forma de conter a ocorrência frequente da distanásia, podendo também entender como a promoção da ortotanásia, vez que seguirá o curso natural da morte do paciente.

Na sequência, vieram as Resoluções do Conselho Federal de Medicina autorizando a ortotanásia e, expressamente, proibindo a eutanásia, conforme será exposto na sequência.

5.4. Resolução do Conselho Federal de Medicina e o Código de Ética Médica

5.4.1. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.805/2006

O Conselho Federal de Medicina regulamentou em 2006 a suspensão de tratamentos que prolonguem a vida de um paciente com doença terminal.

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal (BRASIL, 2006, p. 1).

A resolução foi baseada no princípio da dignidade da pessoa humana, disposta no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal; no artigo 5º, inciso III da Constituição Federal, o qual expõe que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”; bem como na relação médico-paciente, que tem como primordial, o cuidado pelo bem-estar do paciente portador de uma doença em fase terminal, sempre do ponto de vista da ética médica.

Esta resolução trouxe dois artigos referentes à ortotanásia:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social, espiritual, inclusive assegurando a ele o direito da alta hospitalar (BRASIL, 2006, p. 1-2).

Esta resolução foi criticada na época pelos juristas, que entendiam que o procedimento expresso na Resolução nº 1.805/2006 necessitava de normatização e os médicos não tinham competência para tal. Nos dizeres de Sá e Naves (2015, p. 395):

A formalização dessa prática causou furiosa indignação por parte de juristas, ao equivocado fundamento de que haveria necessidade de legislação para legitimar a prática médica. Argumentavam que a regulamentação fora produzida por uma “corporação”, sem competência para tanto.

Assim, o Ministério Público do Distrito Federal propôs uma ação civil pública com a intenção de suspender a resolução e, em 2007, o juiz da 14ª Vara da Justiça Federal do Distrito Federal deferiu a suspensão por antecipação de tutela, “por entender tratar-se tal prática de homicídio por omissão e não exercício regular da Medicina” (SÁ; NAVES, 2015, p. 395).

Contudo, o Procurador Geral do Ministério Público Federal emitiu parecer contrário à decisão dada pelo Juiz da 14ª Vara da Justiça Federal do Distrito Federal, requerendo a revogação da tutela antecipada, pois a Resolução refere-se à ortotanásia, e não à eutanásia e o Conselho Federal de Medicina tem competência para essa legislação.

Por fim, a decisão foi reformada, pois não afronta o ordenamento jurídico brasileiro. Mas, apenas, reconhece a autonomia do paciente, sendo que o médico somente tem a obrigação de diagnosticar.

A “Exposição de Motivos” trazida na Resolução destaca a necessidade de preocupação e respeito com a autonomia do paciente, bem como a busca pelo seu bem-estar, e não somente pela cura. Assim, na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.805/2006 (BRASIL, 2006, p. 4-6), destacam-se:

A terminalidade da vida é uma condição diagnosticada pelo médico diante de um enfermo com uma doença grave e incurável; portanto, entende-se que existe uma doença em fase terminal e não um doente terminal. Nesse caso, a prioridade passa a ser a pessoa doente e não mais o tratamento da doença.

As evidências parecem demonstrar que esquecemos o ensinamento clássico que reconhece como função do médico “curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre.” Deixamos de cuidar da pessoa doente e nos empenhamos em tratar a doença da pessoa desconhecendo que nossa missão primordial deve ser a busca do bem-estar físico e emocional do

enfermo, já que todo ser humano sempre será uma complexa realidade biopsicossocial e espiritual.

A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduz à obstinação diagnóstica e terapêutica.

[...]

Inevitavelmente, cada vida humana chega ao seu final. Assegurar que esta passagem ocorra de forma digna, com cuidados e buscando-se o menor sofrimento possível é missão daqueles que assistem aos enfermos portadores de doenças em fase terminal. Um grave dilema ético que se apresenta hoje para os profissionais de saúde se refere a quando não utilizar toda tecnologia disponível.

[...]

Ressalta-se que as escolas médicas moldam profissionais com esmerada preparação técnica e nenhuma ênfase humanística.

[...]

Diante dessas afirmações, torna-se importante que a sociedade tome conhecimento que certas decisões terapêuticas poderão somente prolongar o sofrimento do ser humano até o momento de sua morte, sendo imprescindível que médicos, enfermos e familiares, que possuem diferentes interpretações e percepções morais de uma mesma situação, venham a debater sobre a terminalidade humana e sobre o processo do morrer.

A Resolução não se preocupou somente em normatizar uma prática frequente nas UTI's do país, mas também em demonstrar as suas vantagens, vez que o prolongamento artificial de uma vida, sem qualquer expectativa e benefício, só traz mais sofrimento, tanto físico quanto emocional, bem como demonstra a necessidade de preservar o princípio da autonomia do paciente e o respeito à dignidade humana ao término da vida.

Sobre o assunto, Sá e Naves (2015) entendem que ao médico resta o dever de diagnosticar a enfermidade e informar a possibilidade de cura. Já a decisão sobre o tratamento, é somente do paciente, que possui autonomia garantida constitucionalmente, sob pena de imposições invasivas.

Assim, a escolha pela morte natural deve visar tratamentos que alcancem somente a diminuição do sofrimento, e não o processo de morrer. Nesse sentido, a Resolução traz no parágrafo 2º, o que é denominado atualmente como, medicina paliativa. E a explica na “exposição de motivos”:

Torna-se importante que o médico reconheça a importância da necessidade da mudança do enfoque terapêutico diante de um enfermo portador de doença em fase terminal, para os quais a Organização Mundial da Saúde preconiza que sejam adotados os cuidados paliativos. Entende-se por Cuidados Paliativos, “Uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida. A atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual.” (BRASIL, 2006, p. 6).

A medicina paliativa é a prática médica em paciente em estado terminal que visa preservar a autonomia do paciente sobre a escolha de tratamentos e procedimentos invasivos, tendo como finalidade a diminuição do sofrimento na perspectiva do respeito à dignidade da pessoa humana ao término da vida.

Ao fornecer cuidados paliativos, os profissionais da área da saúde buscam a aceitação da morte como um procedimento natural e a valorização a vida pelo paciente, propiciando ações que realcem o indivíduo como ser humano dentro do contexto de sociedade, ou seja, reencontros, reconciliações e reflexos que enaltecem o ser humano.

Desta forma, destaca-se que o objetivo dessa resolução foi normatizar uma prática já utilizada nos hospitais e que nunca foi objeto de ilegitimidade, dando ênfase e regulamentação ao tratamento médico paliativo em respeito à dignidade humana.

5.4.2. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.931/2009

Em 24 de setembro de 2009 foi publicada a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.931, aprovando o então Código de Ética Médica.

Ao longo do código, verifica-se a necessidade do respeito à dignidade da pessoa humana, bem como a sua autonomia, e os cuidados médicos ao paciente com doença terminal, bem como, evidencia a ilegalidade da eutanásia.

Sá e Naves (2015) destacam os principais capítulos e artigos do código no que diz respeito ao processo de morrer.

O capítulo I (Princípios Fundamentais) trata dos princípios fundamentais, e com relação a terminalidade da vida e a situações irreversíveis, preconiza o tratamento paliativo, substituindo e abolindo procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários.

O capítulo IV (Direitos Humanos) refere-se à relação médico-paciente de modo horizontal, e não mais vertical, quando o médico decidia pelo paciente, com isso, sustenta-se a autodeterminação do paciente.

O artigo 41, caput, do capítulo V (Relação com pacientes e familiares) dispõe expressamente sobre a proibição médica de prática de eutanásia. Assim, é vedado ao médico “abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.” (BRASIL, 2009b, p. 41).

O parágrafo único deste artigo descreve os cuidados paliativos, os quais devem observar a autonomia expressa do paciente em estado terminal ou com doença incurável, ou na impossibilidade, a vontade expressa do seu representante legal.

Já o artigo 31, presente também no capítulo V, mostra que é vedado ao médico “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte” (BRASIL, 2009b, p. 40).

Sobre a última frase contida no artigo, qual seja, “salvo em caso de iminente risco de morte”, Sá e Naves (2015, p. 397) trazem uma indagação:

Ora, aqui exaltamos uma dúvida: será que houve mesmo um avanço das disposições do Código de Ética Médica em relação ao anterior, a fim de garantir verdadeiramente a autonomia do paciente na decisão de questões que envolvam sua vida? O Código de Ética, ao autorizar o médico a desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal em caso de risco iminente de morte viola o direito à liberdade individual, garantido constitucionalmente.

Averigua-se, portanto, uma contradição nos dispositivos do Código de Ética Médica, pois, ao mesmo tempo em que persiste no respeito à autonomia do paciente ou de seu representante legal, sendo vedado ao médico medidas desnecessárias e irreversíveis, bem como pela preservação do livre arbítrio do paciente sobre sua vida e bem-estar, também

permite ao médico executar práticas diagnósticas ou terapêuticas, invadindo a liberdade do indivíduo, quando em iminência de morte.

Sá e Naves (2015) chamam a atenção para a violação ao direito de liberdade individual e, portanto, desrespeita-se a sua dignidade humana.

5.4.3. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.217/2018

Publicada em 01 de novembro de 2018 a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.217, aprovando o novo Código de Ética Médica.

Este Código, assim como o anterior, atribui importância para a dignidade da pessoa humana e o princípio da autonomia na relação médico-paciente. Assim, ressalta a necessidade do consentimento do paciente com doença terminal ou incurável sobre os tratamentos a serem realizados.

Quanto ao tema deste trabalho, o atual Código de Ética Médica não trouxe tantas alterações relevantes daquelas já trazidas no Código de 2009.

No entanto, há de se destacar a nova disposição do artigo 41, parágrafo único da resolução nº 2.217/2018 (BRASIL, 2018, p. 30):

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Destaca-se que o caput do artigo supracitado permanece igual, sendo, portanto, vetada a prática de eutanásia.

Todavia, a novidade é trazida no parágrafo único, priorizando a autonomia privada do paciente quanto à tratamentos inúteis, bem como enfatizando os cuidados paliativos, para que assim, a sua dignidade humana ao término da vida continue sendo respeitada. Ou seja,

autoriza-se a prática de ortotanásia, não configurando uma infração ética, desde que a dignidade da pessoa humana seja respeitada, inclusive, no processo de morte.

5.4.4. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.232/2019

Publicada em 16 de setembro de 2019 a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.232.

Em uma tentativa de priorizar a dignidade da pessoa humana e a sua autonomia de vontade no que diz respeito a relação médico-paciente, essa resolução dispõe sobre a recusa terapêutica do paciente maior e consciente.

Verifica-se que tal tratamento não perdura para pacientes menores ou com falta de discernimento.

Nesses termos, a Resolução (BRASIL, 2019, p. 1-2) dispõe:

Art. 1º A recusa terapêutica é, nos termos da legislação vigente e na forma desta Resolução, um direito do paciente a ser respeitado pelo médico, desde que esse o informe dos riscos e das consequências previsíveis de sua decisão.

Art. 2º É assegurado ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, o direito de recusa à terapêutica proposta em tratamento eletivo, de acordo com a legislação vigente.

Parágrafo único. O médico, diante da recusa terapêutica do paciente, pode propor outro tratamento quando disponível.

Art. 3º Em situações de risco relevante à saúde, o médico não deve aceitar a recusa terapêutica de paciente menor de idade ou de adulto que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais, independentemente de estarem representados ou assistidos por terceiros.

Mauro Ribeiro, até então o primeiro vice-presidente do Conselho Federal de Medicina afirmou para o Portal Médico (2019, s/p):

Esta Resolução regulamenta relevante conquista da sociedade brasileira, materializada na Constituição Federal, nas leis em geral e no Código de Ética Médica. O Conselho Federal de Medicina, ao aprová-la, cumpre, mais uma vez, o seu compromisso com o respeito à dignidade da pessoa humana, atendendo a uma antiga demanda de médicos e de pacientes.

Não tipifica infração ética de qualquer natureza, inclusive omissiva, o acolhimento, pelo médico, da recusa terapêutica prestada na forma prevista nesta Resolução, tampouco caracteriza a omissão de socorro prevista no Código Penal. O contrário: o tratamento forçado poderia caracterizar crime.

Nota-se assim, a preocupação com o princípio da autonomia para que não exista nenhum tratamento invasivo sem o aceite do paciente. E nesse sentido, tem-se que o paciente, inclusive no seu processo de morrer, tem a liberdade de escolha, mas tão somente quanto a realização ou não do tratamento.

6. Discussão de relatos disponíveis na mídia brasileira

Nesse tópico, busca-se fazer uma reflexão sobre as práticas sociais que acabam se colocando como saída para as pessoas e famílias devido ao fato de a eutanásia ser proibida pelo ordenamento jurídico brasileiro. Para tanto, apresentam-se três relatos de casos divulgados pelas mídias e que em seguida são discutidos com base na perspectiva da dignidade da pessoa humana e no princípio da autonomia na perspectiva da bioética e o do biodireito.

Há que se destacar que foram tomadas apenas como referência as informações disponibilizadas nos relatos. Destacaram-se na discussão elementos como o sujeito no enfrentamento da morte, a família, a solução encontrada e as consequências.

6.1. Relatos disponíveis na mídia

Primeiramente, passa-se a transcrição de cada um dos relatos.

Relato 1

Composto por cinco publicações, sendo duas divulgadas no jornal O Globo Brasil nas datas de 22/10/2011 e 28/10/2011 e três divulgadas no G1, duas na data de 27/10/2015 e a última na data de 28/10/2015.

Jornal O Globo Brasil, 22/10/2011:

Tetraplégico é assassinado dentro de casa durante assalto

EPTV, , e

22/10/2011 - 00:00 / Atualizado em 03/11/2011 - 12:16

SÃO PAULO - Um deficiente físico foi assassinado com dois tiros durante um assalto a residência em Rio Claro, a 174 km da capital paulista. Segundo a polícia, um homem encapuzado invadiu a residência pela porta dos fundos e roubou R\$ 800. Sem dizer nada, o assaltante disparou dois tiros contra a vítima, atingindo o ombro e o pescoço do rapaz de 28 anos.

Geraldo Rodrigues de Oliveira era tetraplégico e estava deitado na cama quando levou os tiros. O suspeito fugiu sem ser identificado. De janeiro a agosto de 2011, Rio Claro já registrou um latrocínio e 23 homicídios, segundo Dados da Secretaria de Estado da Segurança Pública.

Jornal O Globo Brasil, 28/10/2011:

Homem atende pedido e mata irmão tetraplégico em simulação de assalto

O Globo com EPTV, , e

28/10/2011 - 00:00 / Atualizado em 03/11/2011 - 11:5

SÃO PAULO - A condição de tetraplégico motivou um homem de 28 anos a encomendar a própria morte no sábado, no Jardim Novo I, em Rio Claro, 174 Km de SP. Geraldo Rodrigues de Oliveira e o irmão Roberto Rodrigues de Oliveira, 22 anos, simularam um assalto no qual Geraldo acabou morto.

Nesta terça-feira, a Polícia Civil fez a reconstituição do crime. De acordo com as investigações, Geraldo sofreu um acidente há dois anos e meio. Sem poder se movimentar e vivendo em uma cama, ele já havia pedido inclusive para que a esposa o matasse, o que foi negado.

Como não conseguia cometer suicídio, ele propôs ao irmão a simulação de um latrocínio, o roubo seguido de morte. Roberto aceitou e planejou o crime com a vítima.

Em depoimento, um sobrinho da vítima, que morava com o tio deficiente, disse que Roberto invadiu a casa encapuzado e atirou contra Geraldo, que foi atingido no ombro e no pescoço. Ele ainda levou R\$ 800 para que a polícia acreditasse em assalto.

Roberto foi detido nesta terça-feira e teve a prisão temporária decretada. Ele responderá por homicídio doloso, quando há intenção de matar.

- Ele pode ser condenado a uma pena de até 20 anos, embora se tenha um homicídio privilegiado, para atenuar o sofrimento do irmão - disse o delegado seccional Roberto José Daher.

Jornal G1, 27/10/2015:

27/10/2015 10h43 - Atualizado em 27/10/2015 11h04

Acusado de matar irmão tetraplégico após pedido da vítima vai a julgamento

Geraldo Rodrigues de Oliveira foi morto a tiros em Rio Claro (SP) em 2011. 'Ele já foi perdoado pela família', diz advogado que espera pela absolvição.

Fabio Rodrigues

Do G1 São Carlos e Araraquara

Acusado de matar o irmão tetraplégico após uma simulação de assalto em 2011, Roberto Rodrigues de Oliveira será julgado nesta terça-feira (27) em Rio Claro (SP). Geraldo Rodrigues de Oliveira, na época com 28 anos, foi morto a tiros. O irmão foi detido, mas teve a prisão revogada. Desde então responde em liberdade por homicídio doloso, quando há a intenção de matar. Se condenado, pode pegar de 6 a 20 anos de detenção.

Segundo o advogado de defesa, Edmundo Canavezzi, disse acreditar que a sentença seja favorável ao réu. “Eu espero pelo perdão judicial e que ele seja absolvido da conduta pela qual ele tomou. Roberto já foi perdoado pela família, que faz questão que ele seja absolvido. Esse é peso que ele vai carregar pelo resto da vida”, disse o defensor ao **G1**.

O homicídio aconteceu em outubro de 2011 no bairro Jardim Novo 1. Em depoimento, um sobrinho adolescente que morava com a vítima, disse que Roberto invadiu a casa encapuzado e atirou contra Geraldo, que foi atingido no ombro e no pescoço. Ele ainda levou R\$ 800 para que a polícia acreditasse em assalto. Três dias após o crime, o suspeito foi detido.

Sequência de tragédias

O advogado avalia o caso como uma sequência de tragédias. Geraldo era casado e tinha um filho paraplégico, situação que ele não aceitava. Quando a criança tinha 8 anos, o pai sofreu um grave acidente que o deixou tetraplégico, em 2009. No mesmo ano, outro irmão dele morreu em um acidente. “Ele não se conformava e entendia que ele era quem deveria ter morrido, então começou a pensar seriamente em se matar”, contou o advogado.

Geraldo pediu para a mulher sair de casa e quando ela se foi com o filho ele passou a ser cuidado por Roberto. A partir daí a vítima passou a exigir que o irmão o matasse. Roberto, por sua vez, não suportava ver o irmão naquela situação. Ele tinha problemas físicos graves, sentia dor ao passar a sonda para poder urinar e também estava deprimido, prisioneiro do próprio corpo.

“Geraldo, Roberto e o sobrinho planejaram a morte. É uma situação bastante intensa em que você tem fundamentalmente um indivíduo muito pressionado e coagido pelas circunstâncias, que não tinha outra alternativa senão cumprir como designo do irmão”, disse o advogado.

Após o crime, a polícia pediu a prisão temporária de Roberto. Pouco tempo depois ele foi solto para responder pelo crime em liberdade. Caso seja condenado, pode pegar até 20 anos. A medida é agravada por duas circunstâncias: primeiro porque era irmão da vítima e segundo porque a vítima era enferma.

“Aí se vê uma ironia da Legislação: a mesma motivação que ele tinha para fazer o que fez, ou seja, ele amava o irmão e não suportava ver ele naquela situação de enfermidade, são as mesmas circunstâncias que agravam a pena dele”, disse o advogado.

Jornal G1, 27/10/2015:

27/10/2015 12h47 - Atualizado em 27/10/2015 16h00

Júri absolve homem que matou irmão tetraplégico a tiros a pedido da vítima

Homicídio planejado aconteceu em Rio Claro (SP) em outubro de 2011. Geraldo Rodrigues de Oliveira pediu ao irmão para simular um assalto.

Fabio Rodrigues

Do G1 São Carlos e Araraquara

O júri popular de **Rio Claro** (SP) absolveu Roberto Rodrigues de Oliveira nesta terça-feira (27), acusado de matar o irmão tetraplégico a tiros em 2011. A vítima, inconformada com a sua condição, pediu para morrer em uma simulação de assalto. O irmão foi detido três dias após o crime, mas logo foi solto e desde então respondia em liberdade por homicídio doloso, quando há a intenção de matar.

O advogado de defesa, Edmundo Canavezzi, disse que já esperava pela sentença favorável. “Roberto foi perdoado pela família e esse peso ele vai carregar pelo resto da vida. Os jurados acolheram a minha tese de que não se poderia esperar dele outra atitude senão àquela a qual ele adotou”, disse o defensor.

O julgamento começou por volta das 9h30. Sete jurados participaram do júri. “Não dá para saber se a decisão foi unânime porque pela atual legislação processual penal quando se atinge o número de quatro votos o juiz encerra a votação”, explicou Canavezzi.

O homicídio aconteceu em outubro de 2011 no bairro Jardim Novo 1. Durante as investigações, a polícia descobriu que Geraldo pediu a Roberto que planejasse um meio de matá-lo, simulando um assalto. Um sobrinho adolescente que morava com a vítima seria a única testemunha.

Após o crime, o sobrinho relatou em depoimento que Roberto invadiu a casa encapuzado e atirou contra Geraldo, que foi atingido no ombro e no pescoço. Ele ainda roubou R\$ 800 para que a polícia acreditasse em assalto. Em meio às investigações, o jovem mudou a versão e relatou que tudo tinha sido combinado entre eles.

Sequência de tragédias

O advogado avaliou o caso como uma sequência de tragédias. Geraldo era casado e tinha um filho paraplégico, situação que ele não aceitava. Quando a criança tinha 8 anos, o pai sofreu um grave acidente que o deixou tetraplégico, em 2009. No mesmo ano, outro irmão dele morreu em um acidente. “Ele não se conformava e entendia que ele era quem deveria ter morrido, então começou a pensar seriamente em se matar”, contou o advogado.

Geraldo pediu para a mulher sair de casa e quando ela se foi com o filho ele passou a ser cuidado por Roberto. A partir daí a vítima passou a exigir que o

irmão o matasse. Roberto, por sua vez, não suportava ver o irmão naquela situação. Ele tinha problemas físicos graves, sentia dor ao passar a sonda para poder urinar e também estava deprimido, prisioneiro do próprio corpo.

“Geraldo, Roberto e o sobrinho planejaram a morte. É uma situação bastante intensa em que você tem fundamentalmente um indivíduo muito pressionado e coagido pelas circunstâncias, que não tinha outra alternativa senão cumprir como designo do irmão”, disse o advogado.

Após o crime, a polícia pediu a prisão temporária de Roberto. Pouco tempo depois ele foi solto para responder pelo crime em liberdade.

Jornal G1, 28/10/2015:

28/10/2015 12h01 - Atualizado em 13/11/2015 18h10

'Foi uma decisão difícil', diz homem que matou irmão tetraplégico a tiros

Roberto Rodrigues de Oliveira foi absolvido pelo júri de Rio Claro (SP). Homicídio planejado aconteceu em 2011 após simulação de um assalto.

Fabio Rodrigues

Do G1 São Carlos e Araraquara

“Foi uma decisão difícil. O julgamento deu certo, mas a dor continua”. É assim que Roberto Rodrigues de Oliveira diz se sentir **após ser absolvido** na terça-feira (27) em Rio Claro (SP) por matar o irmão tetraplégico a tiros em 2011. A vítima pediu para morrer em uma simulação de assalto por estar inconformada com a situação pela qual passava e Roberto aceitou o pedido.

Nesta quarta-feira (28), Ele conversou rapidamente com o **G1** por telefone, mas não quis dar detalhes sobre o caso. “Não quero falar mais sobre isso, é algo que quero deixar para trás porque ainda mexe muito com o meu emocional”, afirmou.

Roberto disse que foi perdoado pela família, mas sofre com o que teve que fazer. “Falar sobre isso é o mesmo que presenciar a cena, é lembrar tudo. Quero continuar minha vida, seguir em frente, poder criar minha filha e tentar deixar isso para trás. Infelizmente não vai ser fácil”, declarou ele, que é casado e pai de uma menina de 5 meses.

Hoje com 26 anos, Roberto disse que é católico e que acredita no perdão de Deus. “Eu acho que ele me perdoou, sim”, afirmou ele, que atualmente trabalha como tapeceiro.

O caso

O homicídio aconteceu em outubro de 2011 no bairro Jardim Novo 1. Geraldo Rodrigues de Oliveira, na época com 28 anos, foi morto a tiros dentro de casa. Durante as investigações, a polícia descobriu que ele pediu a Roberto que

planejasse um meio de matá-lo, simulando um assalto. Um sobrinho adolescente que morava com a vítima seria a única testemunha.

Após o crime, o sobrinho relatou em depoimento que Roberto invadiu a casa encapuzado e atirou contra Geraldo, que foi atingido no ombro e no pescoço. Ele ainda roubou R\$ 800 para que a polícia acreditasse em assalto. Em meio às investigações, o jovem mudou a versão e relatou que tudo tinha sido combinado entre eles.

Roberto foi detido três dias após o crime, mas logo foi solto e desde então respondia em liberdade por homicídio doloso, quando há a intenção de matar. Na terça-feira, o júri popular decidiu pela absolvição.

Sequência de tragédias

O advogado de defesa, Edmundo Canavezzi, avaliou o caso como uma sequência de tragédias. Geraldo era casado e tinha um filho paraplégico, situação que ele não aceitava. Quando a criança tinha 8 anos, o pai sofreu um grave acidente que o deixou tetraplégico, em 2009. No mesmo ano, outro irmão dele morreu em um acidente.

“Ele não se conformava e entendia que ele era quem deveria ter morrido, então começou a pensar seriamente em se matar”, contou o advogado.

Geraldo pediu para a mulher sair de casa e quando ela se foi com o filho ele passou a ser cuidado por Roberto. A partir daí a vítima passou a exigir que o irmão o matasse. Roberto, por sua vez, não suportava ver o irmão naquela situação. Ele tinha problemas físicos graves, sentia dor ao passar a sonda para poder urinar e também estava deprimido, prisioneiro do próprio corpo.

“Geraldo, Roberto e o sobrinho planejaram a morte. É uma situação bastante intensa em que você tem fundamentalmente um indivíduo muito pressionado e coagido pelas circunstâncias, que não tinha outra alternativa senão cumprir como designo do irmão”, disse o advogado.

Após o crime, a polícia pediu a prisão temporária de Roberto. Pouco tempo depois ele foi solto para responder pelo crime em liberdade. Antes de o início do julgamento, o advogado de defesa disse que já esperava pela sentença favorável.

“Roberto foi perdoado pela família e esse peso ele vai carregar pelo resto da vida. Os jurados acolheram a minha tese de que não se poderia esperar dele outra atitude senão àquela a qual ele adotou”, disse o defensor.

Relato 2

Divulgado em uma mídia informal “ROGSIL’S BLOG” em 21/04/2006:

O DIREITO DE MORRER (PARTE 1)

21/04/2006 por roger silva, publicado em artigo

A gaúcha Eulália era uma senhora ativa que não parava em casa. Aos 63 anos, perdeu o marido. Dali em diante, sua vida mudou. Era vista pedindo a Deus que a levasse logo. Foi acometida de uma osteoporose e ficava cada vez mais tempo na cama, definhando, gemendo de dor. Com os anos, perdeu a lucidez e passou a confundir até os rostos mais familiares. Teve que começar a usar fraldas. E chorava com a humilhação de depender dos parentes para tudo. Matriarca de uma família de médicos, dona Eulália foi bem assistida. Aos 75 anos, seu quarto se transformou em um leito de hospital. Ela passou a se alimentar por sonda, a receber soro. Até que entrou em coma, vítima de mau funcionamento dos órgãos e da alimentação insuficiente.

Um dia, um dos médicos da família observou seus reflexos e concluiu que, embora o coração continuasse batendo firme e a respiração não desse sinais de fraqueza, dona Eulália jamais se recuperaria do coma. A profissão lhe dava acesso a medicamentos controlados e ele conseguiu morfina. Um dos parentes aplicou a injeção no braço da doente. A respiração dela foi ficando cada vez mais espaçada. Quinze minutos depois, dona Eulália inspirou suavemente. Nunca mais soltaria o ar.

Essa história é verdadeira, exceto pelo nome da paciente. Aconteceu em 1995. Se tivéssemos publicado o nome real de dona Eulália, os parentes dela poderiam ser processados por homicídio. A pena acabaria atenuada pelo fato de o crime ter sido cometido “por relevante valor social ou moral”, como prevê o Código Penal. Mesmo assim, o médico que aplicou a injeção arriscaria passar de quatro a 17 anos na cadeia. Além disso, seria julgado pelo conselho de medicina local, que certamente cassaria sua licença e o proibiria de exercer a profissão. (No atestado de óbito de dona Eulália lê-se “morte natural”.)

Ninguém sabe dizer se casos como esse são uma raridade no Brasil ou se são, por aqui, tão comuns quanto na Holanda – onde pelo menos 3,5% das mortes anuais são apressadas por um médico. Lá, na terra dos moinhos e dos tamancos, a Câmara Alta (que equivale ao nosso Senado) prepara-se para votar, uma lei que vai legalizar a eutanásia morte provocada pelo médico, com o consentimento do paciente, quando o sofrimento físico ou psíquico é incurável e insuportável e o suicídio assistido morte nas mesmas circunstâncias, só que provocada pelo próprio paciente.

“A aprovação é quase certa, já que 92% da população é a favor da legalização da eutanásia”, diz o professor de medicina social Gerrit van der Wal, da Universidade Livre de Amsterdã. A Câmara Baixa daquele país (equivalente à nossa Câmara dos Deputados), já tinha votado a favor da nova lei. Mas, mesmo antes, eutanásia e suicídio assistido eram tolerados na Holanda. É que, em 1993, entrou em vigor uma lei que garantia que nenhum médico seria processado por realizar a eutanásia desde que seguisse algumas regras e que comunicasse tudo à Justiça. Em 1995, uma enorme pesquisa foi feita na Holanda. Os médicos tinham a garantia de que não seriam processados se falassem a verdade. O resultado: de um total anual de 140 000 óbitos, 3 600 tinham ocorrido por meio de eutanásia autorizada pelo doente, 400 por suicídio assistido e 900 por eutanásia não-consentida (sem a concordância explícita do paciente, por ele estar em coma irreversível, por

exemplo, como aconteceu com dona Eulália algo que a nova lei holandesa não prevê e que provavelmente continuará proibido naquele país).

Enquanto isso, por aqui, ninguém toca no assunto. Nem nos corredores dos hospitais, nem nas salas dos tribunais nem nos laboratórios das universidades. Raramente se discute a eutanásia no Congresso ou nas páginas dos jornais. É como se essa questão, que desafia a ética e a medicina, não existisse. Só que ela existe. Como em qualquer lugar, no Brasil tem gente que acha que tem o direito de escolher como e quando quer morrer. E como em qualquer outro país, aqui se pratica a eutanásia. Em que medida, não é possível dizer. É que não há dados. Eis o grande problema causado pelo silêncio que se faz a respeito no país: a falta de informação. Como resultado, as opiniões sobre o tema, quando há, são poucas e pouco informadas.

Uma sondagem na internet aponta um empate técnico no cenário brasileiro: 50,4% dos 14 915 internautas que responderam à enquete se puseram contra a legalização da eutanásia e 49,6%, a favor. No Canadá, 76% da opinião pública é a favor. Na Austrália, 81%. Nos Estados Unidos, 57%.

Mais números relevantes: de acordo com uma grande pesquisa realizada em 1997 por várias universidades americanas em hospitais daquele país, 40% das pessoas morrem sentindo dores insuportáveis; 80% enfrentam fadiga extrema; e 63% passam por grande sofrimento físico e psíquico ao deixar a vida. Não há razões para crer que a situação seja diferente no Brasil, onde, pelo menos nas grandes cidades, se pratica o mesmo tipo de medicina e as causas de morte são semelhantes. Ou seja: a morte tem sido, na maioria dos casos, uma experiência dramática e dolorosa. Daí a importância de discutir a eutanásia: será que você tem o direito de morrer de outro jeito?

Um dos motivos pelos quais não se fala muito a respeito, especialmente no ambiente médico, apesar de o tema interessar a todo mundo, é o dinheiro. Queiramos ou não, morrer custa caro. Definhar num hospital, sai, em média, 2 000 reais ao dia seis vezes mais se for numa UTI. (Nos Estados Unidos, 75% das mortes ocorrem em hospitais e um em cada três pacientes terminais passam pelo menos 10 dias em UTIs.) Nos seus últimos seis meses, segundo Daniel Deheinzeln, diretor clínico do Hospital do Câncer, em São Paulo, o paciente torra, em média, com médicos, remédios e hospitais, mais do que gastou com saúde em toda a sua vida. Nos Estados Unidos, segundo pesquisa recente da Time/CNN, nada menos do que um terço das pessoas leva a família à falência ao morrer.

“O fato, inegável, é que os recursos para a saúde são finitos e temos que decidir como gastá-los da melhor maneira possível”, diz Daniel. “Ignorar essa discussão é hipocrisia.” Ele se refere àqueles casos em que se sabe que o tratamento não vai resolver nada e em que ele é levado adiante mesmo assim. “Às vezes, isso é feito para o médico poder dizer à família que tentou de tudo. Às vezes, é para cobrar mais”, diz Daniel. “Antes de discutir a legalização da eutanásia, temos que ter a coragem de estabelecer critérios claros para interromper tratamentos que não estão funcionando ou para não começar novos.”

Na Inglaterra, essa discussão está pegando fogo. O governo acaba de resolver que não pagará mais hemodiálise para pessoas acima de 65 anos. Os britânicos sabem que, com isso, muita gente vai morrer. Mas decidiram que o dinheiro, um recurso sempre limitado, seria mais útil se investido, por exemplo, numa campanha antifumo, que tende a salvar um número bem maior de vidas. “Não estou dizendo que os ingleses estejam certos”, diz Daniel. “Mas não adianta fugir da discussão, como se houvesse leitos, médicos e equipamento para todo mundo.”

Relato 3

Composto por uma publicação no Jornal G1 em 28/02/2017:

28/02/2017 15h44 - Atualizado em 28/02/2017 15h44

Morre em SP jovem alvo de debate sobre eutanásia no Brasil em 2005

Aos 4 anos, Jheck Brenner recebeu diagnóstico de síndrome degenerativa. Na época, pai manifestou intenção de recorrer à Justiça; mãe foi contrária.

Thaisa Figueiredo

Do G1 Ribeirão e Franca

Morreu na madrugada desta segunda-feira (27) em **Franca** (SP) o jovem Jheck Brenner Oliveira, aos 16 anos. A história dele ficou conhecida em 2005 em todo o Brasil quando o pai manifestou a intenção de ir à Justiça para pedir a eutanásia do filho -- prática proibida no país --, diagnosticado com uma doença degenerativa.

Jheck foi enterrado na tarde desta segunda-feira no Cemitério Santo Agostinho, em Franca.

Segundo o empresário Jhony Brenner Oliveira, irmão de Jheck, ele estava internado no Hospital São Joaquim, onde passou grande parte da vida em tratamento. A causa da morte não foi informada.

Debate

Aos 4 anos, Jheck foi diagnosticado com síndrome metabólica degenerativa, uma doença rara que ataca as células e causa a paralisia do corpo levando à morte. O menino passou a respirar com a ajuda de aparelhos e a receber alimentação por sonda, dependendo dos equipamentos para sobreviver. De acordo com o irmão, a vida do jovem se dividia entre jornadas de internação no Hospital São Joaquim e a casa da mãe.

Em agosto de 2005, meses após tomar conhecimento do quadro irreversível do filho, o pai Jeson Oliveira declarou que iria à Justiça para pedir a eutanásia do filho, argumentando que a doença traria muito sofrimento ao menino. O caso

gerou uma grande discussão na época, principalmente porque a mãe de Jheck, Rosimara Santos, foi contrária a ideia.

Com o auxílio de um advogado, Oliveira chegou a pedir laudos médicos de especialistas de diferentes centros médicos do país para embasar o argumento da defesa na ação que seria movida, mas desistiu da briga na Justiça. Na época, ele chegou a comentar as críticas que havia recebido.

“Como eu estou entrando com uma ação que é inédita no Brasil, as pessoas estão me massacrando, me criticando. Então isso ataca meu psicológico, estou abaladíssimo”, disse Jeson antes da desistência.

Dedicação

Jeson e Rosimara se separaram em 2005. De acordo com Jhony, que é irmão de Jheck por parte de pai, Rosimara dedicou a vida a cuidar do filho e está muito abalada com a morte.

"A mãe teve uma dedicação maravilhosa para com o filho. Ela sempre cuidou dele com o maior amor, com o maior carinho, fervor", diz.

Onze anos depois, o empresário afirma que a família superou a polêmica sobre o assunto e conta que o pai fazia visitas constantes a Jheck. "Caso ele quisesse mesmo esse pedido de eutanásia, ele não estaria visitando o Jheck nos últimos anos. Ele tem muito amor pelo Jeck", diz Jhony.

6.2. Discussão dos relatos divulgados na mídia

O relato 1 traz como sujeito Geraldo Rodrigues de Oliveira, que após sofrer um acidente tornou-se tetraplégico, condição que não aceitava e por isso desejava morrer. Geraldo planejou a própria morte como solução.

A esposa não concordou com o pedido do marido para que o matasse e até mesmo mudou-se de residência com filho, que era paraplégico. Geraldo, então, passou a viver com o irmão, Roberto Rodrigues de Oliveira, que aceitou as suas súplicas para ser morto.

Como solução, os irmãos simularam um latrocínio que serviria para dissimular o crime de eutanásia.

Roberto, o irmão foi pego e julgado pela prática de crime de homicídio doloso, sendo absolvido pelo júri popular.

De qualquer forma, vale destacar os danos familiares trazidos pelo ato praticado em família, destacando a ruptura familiar marcada pela separação do casal e as consequências psicológicas que deverão acompanhar o irmão mais novo por ter tirado a vida do irmão tetraplégico.

A discussão é respaldada pela dignidade da pessoa humana de Geraldo, isto porque, nunca aceitou a condição limitante da vida do filho e, conseqüentemente, a sua própria condição de tetraplégico. Ainda, conforme informado pela mídia, Geraldo sofria de depressão, além dos problemas físicos. Geraldo tinha clareza para o fato de não ter mais qualidade de vida, tanto física quanto psíquica e que, portanto, não havia mais dignidade.

Como visto durante todo o estudo, a dignidade humana é respeitada quando o indivíduo tem o livre arbítrio. É o que se verifica neste relato, vez que prevaleceu o princípio da autonomia sobre os demais, principalmente, o direito à vida, já que a vontade de Geraldo predominou na decisão.

Geraldo, ante a sua debilidade física, dependia de terceiro para a execução do ato. Assim, desconsiderou o ponto de vista familiar e a culpa que sobejaria ao irmão, bem como a lei. Isto é, ignorou o valor social da morte, tanto no campo familiar, pois sua atitude poderia ser considerada egoísta, como no campo do ordenamento jurídico, já que a sua pretensão era a prática de um ato ilícito, não tendo sido a lei considerada.

Ocorre que, em qualquer perspectiva, tanto a tentativa de ocultação da eutanásia, a simulação do latrocínio quanto o crime de fato considerado, homicídio doloso, são delitos puníveis no ordenamento jurídico brasileiro.

Posto isto, verifica-se que, independentemente do ponto de vista que se adote sobre a prática de eutanásia, a ausência de normatização traz malefícios. Pois, o indivíduo com doença terminal ou incurável que deseja colocar fim a sua vida, poderá acabar tomando medidas, independentes da lei, do valor social, moral e familiar. Nesse caso, Geraldo agiu como se estivesse desconectado do mundo social mais amplo. De qualquer forma, essas alternativas de burla ao ordenamento jurídico tornam o êxito do procedimento arriscado.

Graças a suas próprias iniciativas, sua dignidade foi respeitada e sua autonomia preservada, já que Geraldo não queria continuar vivendo sob aquelas condições. Por outro lado, é difícil afirmar que a dignidade humana de Geraldo foi respeitada no processo de morrer, uma vez que precisou pedir ao irmão para matá-lo com um tiro, e sabe-se que esta forma de morrer está longe de ser considerada digna, assim como é impossível imaginar a dor sentida por Geraldo a ponto de chegar a pedir para seu irmão tirar a sua vida.

Ainda tem-se que Roberto sempre carregará a culpa, mesmo que tenha consciência que realizou a vontade do irmão. Pela extrema relevância do ocorrido em sua vida, Roberto carregará essa memória traumática por toda sua vida.

Assim, em consequência da ausência de legislação sobre o tema, não há como se falar em dignidade da pessoa humana ao término da vida para indivíduos com doenças terminais ou incuráveis que não possuem mais a ânsia de permanecerem vivos, pois para eles a vida se tornou apenas uma questão de quantidade, e não mais de qualidade.

Para Geraldo, suas possibilidades seriam continuar “vivendo” contra sua própria vontade e adicionando mais sofrimento a esse processo de viver, ou buscar formas de burlar a lei e que acabaram por trazer consequências de mais sofrimento para os familiares e para os envolvidos emocionalmente com o sujeito.

O relato 2 traz um caso em que não se revela quais são os sujeitos envolvidos, foi publicado em um blog informal, desta forma, impossível atestar a sua veracidade, embora o senso comum aponte que a prática relatada deve ter uma incidência bem elevada nos meios sociais e familiares brasileiros. Nesse estudo, o relato ajuda na discussão do ocorrido sob o enfoque da eutanásia.

O sujeito no enfrentamento da morte é a senhora Eulália, que após perder o marido, foi diagnosticada com osteoporose, ficando cada vez mais na cama com dores e definhando. Sentia-se muito humilhada devido a estas condições e pedia a própria morte. Posteriormente, perdeu a lucidez e começou a usar fraldas. Passou a ser alimentada por sonda e receber soro, até que entrou em coma, devido ao mau funcionamento dos órgãos e da alimentação insuficiente.

A sua família de médicos cuidada e a apoiava. Mas após tomarem ciência da irreversibilidade do coma e da irreversibilidade do caso, a solução foi a aplicação de morfina, que antecipou a morte de Eulália.

Nota-se que a autonomia não se estabeleceu no processo de morrer, contudo, esta sempre pediu a morte. Assim, pode-se considerar que o respeito à dignidade e à preservação da autonomia foram a motivação para a decisão da família no ato de antecipação da morte da dona Eulália. O caso também evidencia o princípio da beneficência, uma vez que a finalidade era o bem-estar da Eulália.

Sem dúvida que poderiam ser apontadas outras motivações familiares de menor caráter humanitário, mas considerando as informações contidas no próprio relato dando conta do empenho familiar para cuidar da matriarca, buscando dar a ela conforto, deduz-se que a antecipação da morte teve também a mesma motivação.

Neste relato, a família decidiu pela abreviação de vida provavelmente na tentativa de preservar a dignidade humana de Eulália. Logo, devido à falta de lucidez, prevaleceu a consideração da natureza social da morte na decisão dos familiares em executar o plano de eutanásia.

De qualquer forma, houve a abreviação da vida, resultando em morte, prática ilícita no ordenamento jurídico brasileiro e no Código de Ética Médica, tanto é que a verdadeira identidade dos autores do caso não foi divulgada.

Todavia, salienta-se que, por meio de relatos informais, sabe-se que é comum nos hospitais brasileiros a aplicação de morfina em pacientes que estão com os órgãos parando. Esse procedimento é realizado como uma forma de antecipação da morte, ficando difícil apontar que o mesmo resulte de um ato ilícito.

É importante fazer um paralelo entre o relato 1 e o relato 2, tomando como consideração a forma de execução do ato. A execução no caso da Eulália foi menos dolorosa, tanto para ela quanto, provavelmente, para seus familiares, já que pertencia a uma família de médicos que tinham conhecimento do assunto e que dispunham dos equipamentos necessários

para que a morte fosse tranquila, aplicando-se apenas morfina, ficando evidente a prática de eutanásia, mesmo que essa não seja regulamentada pelo ordenamento jurídico brasileiro.

Já no relato 1, inexistem equipamentos apropriados para se evitar o sofrimento, ao contrário, é utilizada uma arma de fogo que deve ter provocado dor ao morrer. Salienta que faltou clareza no conhecimento da prática de eutanásia e, assim a execução foi sofrida para ambos os irmãos, bem como o caso tratou de homicídio doloso, e por mais que a intenção tenha sido a abreviação do sofrimento pela antecipação da morte, não ficou evidente o não sofrimento. Nesse aspecto, a prática realizada acabou inclusive fugindo do conceito de distância.

O relato 3 refere-se a um caso de eutanásia não concluído, refere-se assim à prática da eutanásia como objetivo não alcançado.

O sujeito é Jheck Brenner Oliveira, menor de idade, que aos 4 (quatro) anos foi diagnosticado com síndrome metabólica degenerativa, doença irreversível que ataca as células do corpo causando paralisia. A doença avançou e Jheck começou a respirar com a ajuda de aparelhos e alimentar-se por sonda.

Nesse contexto, o pai procurou um advogado com a pretensão de entrar na justiça para pedir a autorização da eutanásia para o filho. Já a mãe, ao que tudo indica, aceitava as condições e cuidou do filho até a morte; além disso, era totalmente contrária a ideia de eutanásia. O desencontro nesse objetivo pode ter sido elemento que levou à separação do casal.

O presente relato não traz uma solução, já que diante das críticas sociais, o pai desistiu de procurar a justiça. E Jheck somente faleceu em 2017.

O relato dá indicações de que a motivação do pai na busca da eutanásia representava sua luta para preservar a dignidade do filho. Contudo, não há como afirmar com exatidão, já que inexistem informações sobre a (não) aceitação da doença e a real vontade do filho.

O sujeito não tem autonomia, vez que é menor de idade. E assim, não há conflito entre o valor social da família e o caráter de autonomia.

Esse caso deixa bastante evidente a natureza social da morte, pois embora fosse vontade do pai, embora o filho não tivesse autonomia diante da lei para decidir sobre si, a vontade do pai não avançou justamente pelos limites impostos não só pela proibição existente no ordenamento jurídico, mas evidentemente pela pressão social que gerou críticas a sua intenção, bem como pela relatada negativa da mãe em concordar com a antecipação da morte do filho. Prevaleceu a natureza social da morte.

A ausência de ordenamento jurídico impediu a realização da eutanásia, mas também criou alguma forma de sofrimento ao gerar situações de conflito social entre o pai e a família, o que não impediu que o filho continuasse sendo cuidado pela mãe e acompanhado até o final da vida pelo pai.

CONCLUSÃO

Este estudo trouxe para discussão a complexidade do processo de morrer de doentes terminais ou com doenças incuráveis sob o enfoque da prática de eutanásia e de suicídio assistido, considerando a dignidade da pessoa humana como um direito fundamental.

Mostrou que, em relação ao ordenamento jurídico brasileiro, a prática desses dois modos de antecipação, ou de administração da morte é considerada ilícita.

A abordagem da bioética e do biodireito tornam-se essenciais tendo em vista o avanço tecnológico no campo das ciências, no caso específico, da ciência médica, para que assim, nenhum procedimento invasivo desrespeite a dignidade do homem e seu livre arbítrio. Mas na impossibilidade de evitá-lo, o Direito deve ser o responsável pela fiscalização, punição e solução.

Os relatos disponibilizados pela mídia e discutidos trouxeram para a reflexão as variadas possibilidades encontradas na prática social que representam alternativas que buscam escapar do rigor da lei. Destaca-se que, no entanto, essas alternativas acabaram por trazer consequências de sofrimento familiar e até mesmo pessoal. A discussão dos relatos levou a constatação de que a proibição na legislação brasileira não impede a ocorrência da intervenção humana no processo de morrer, contudo, dificulta o caminho e o torna, na maioria das vezes, mais doloroso.

Cabe salientar que o estudo permitiu ressaltar que a dignidade humana é intrínseca a todo indivíduo e por isso, está em patamar superior aos demais direitos, inclusive o direito à vida, que não é absoluto. Desta forma, deve prevalecer a dignidade e assim, o indivíduo deve ter liberdade de escolher aquilo que melhor lhe aprouver nos momentos que antecedem a morte.

Isto é, no processo de morrer, ao menos quando encontrado em iminência de morrer ou sob excessivo sofrimento e dor, deveria ser, em todo plano, de direito e decisão do próprio indivíduo. Se não ofende o direito de outrem, a decisão é única e exclusiva dele. Mais do que a proteção da vida, são as proteções às condições de vida. E se o doente terminal ou com

doença incurável não entende mais ter qualidade de vida, é hipocrisia obrigá-lo a ter quantidade de vida.

Sem dúvida que outros elementos também entram nessa decisão, afinal o indivíduo não é um ser desconectado do mundo social. Esse aspecto traz contornos específicos ao processo de morrer, seja em relação à prática da eutanásia ou do suicídio assistido, uma vez que a própria decisão é carregada de valores afetivos, religiosos e também jurídicos.

No entanto, a falta de regulamentação do ordenamento jurídico, a ilicitude, mesmo que por analogia no que diz respeito à eutanásia e ao suicídio assistido, não permite o livre arbítrio de enfermos com doenças terminais ou incuráveis.

A análise dos relatos publicados na mídia pôde mostrar que, apesar da ilicitude da prática da eutanásia, as pessoas buscam e muitas vezes, com alto custo emocional e de sofrimento, encontram “caminhos” para resolver os problemas que as afligem.

O Código Penal, que traz minimamente a ideia de eutanásia e suicídio assistido, é da década de 1940. Se naquele tempo não conseguia atender a complexidade das problemáticas da sociedade, hoje, revela-se incompatível com essa demanda, considerando que o processo social é marcado pelo individualismo e alimentado por tecnologias que acirram o próprio individualismo tornando cada pessoa protagonista de luta por direitos.

Destaca-se a importância do aprofundamento nessa temática, pois resta evidente que o Direito não consegue abranger todas as vicissitudes da vida humana, por isso deve, da forma mais próxima e eficaz possível, caminhar conforme as demandas sociais. Sem dúvida que essa possibilidade decorre de mecanismos legislativos o que representa uma outra abordagem.

Conclui-se assim que o ordenamento jurídico não acompanha a demanda de uma sociedade extremamente complexa em que as individualidades se manifestam mais intensamente e por isso tornam-se mais exigentes em relação ao atendimento de suas necessidades.

REFERÊNCIAS

ACUSADO de matar irmão tetraplégico após pedido da vítima vai a julgamento. **G1, São Carlos e Araraquara, 27 de outubro de 2015**. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2015/10/acusado-de-matar-irmao-tetraplegico-apos-pedido-da-vitima-vai-julgamento-rio-claro.html>. Acesso em: 17 ago. 2019.

BATISTA, R. S.; SCHRAMM, F. R. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(3):855-865, mai-jun, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300023. Acesso em 10 out. 2019.

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 1. ed. 7ª Tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/297730/mod_resource/content/0/norberto-bobbio-a-era-dos-direitos.pdf. Acesso em: 15 ago. 2019

BORGES, S. A. R. P.; BASTOS, A. T.; SOUZA, L. P. de. **Eutanásia no Projeto de Código Penal: Reflexões sobre o direito à vida e a autonomia da vontade na perspectiva constitucional**. In: Anais. Congresso Internacional de direito da saúde, 2018, v. 7, n 3, p. 140-164. Santos. Unisanta Law And Social Science, 2018.

BRASIL. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3.510 de 2008**. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, [2008]. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=611723>. Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 de 2012**. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, [2012]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 de ago. 2019.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Institui o Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [1940]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 09 de out. 2019

BRASIL. **Projeto de Lei do Senado nº 125, 05 de junho de 1996**. Autoriza a prática à morte sem dor nos casos em que especifica e da outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, [1996]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/27928>. Acesso em: 09 out. 2019.

BRASIL. **Projeto de Lei do Senado nº 524, 26 de novembro de 2009**. Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença. Brasília, DF: Senado Federal, [2009a]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3402704&ts=1571776223238&disposition=inline>. Acesso em: 09 out. 2019.

BRASIL. **Projeto de Lei do Senado nº 236, 10 de julho de 2012**. Anteprojeto de Código Penal. Brasília, DF: Senado Federal, [2012]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3515262&ts=1572470009377&disposition=inline>. Acesso em: 09 out. 2019.

BRASIL. **Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.805, de 09 de novembro de 2006**. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou seu representante legal. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, [2006]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 22 out. 2019

BRASIL. **Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.931, de 17 de setembro de 2009**. Institui o Código de Ética Médica. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, [2009b]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 22 out. 2019

BRASIL. **Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Institui o Código de Ética Médica. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, [2018]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 22 out. 2019

BRASIL. **Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.232, de 17 de julho de 2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, [2019]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>. Acesso em: 22 out. 2019

BRITÂNICO comete suicídio assistido em clínica na Suíça e reacende debate sobre morte digna. **O Globo Sociedade, 26 de maio de 2015**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/britanico-comete-suicidio-assistido-em-clinica-na-suica-reacende-debate-sobre-morte-digna-16262924>. Acesso em: 17 ago. 2019.

CABRERA, H. A. **Eutanásia: direito de morrer dignamente**. 2010. Dissertação (Mestrado em Direitos Fundamentais) – Centro Universitário FIEO, Osasco, 2010. Disponível em: http://www.unifio.br/files/Heidy_de_Avila_Cabrera.pdf. Acesso em: 30 set. 2019.

CASTRO, M. P. R. et al. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Rev. Bioét. [online]**. vol.24, n.2, pp.355-367, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/1983-8034-bioet-24-2-0355.pdf>. Acesso em: 30 set. 2019.

CFM fixa norma ética para recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. **Portal Médico 2010**. Brasília, DF, 17 set. 2019. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28439:2019-09-17-18-32-10&catid=3. Acesso em: 14 out. 2019.

CONTI, M. C. S. **Biodireito: A norma da vida**. 1. ed. Rio de Janeiro, Forense, 2004.

COSTA, R. M.; GIOLO JÚNIOR. C. Teorias jurídicas acerca do início da vida humana. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca**. v. 10, n. 2 (2015). Disponível em: <https://www.revista.direitofranca.br/index.php/refdf/article/view/291/266>. Acesso em: 15 ago. 2019.

DADALTO, L. Entendendo melhor a Dignitas. **Testamento Vital**. Disponível em: <https://testamentovital.com.br/blog/entendendo-melhor-a-dignitas/>. Acesso em: 15 out. 2019.

DADALTO, L. Eutanásia passiva x ortotanásia. **Testamento Vital**. Disponível em: <https://testamentovital.com.br/blog/eutanasia-passiva-x-ortotanasia/>. Acesso em: 15 out. 2019.

DINIZ, D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8. Rio de Janeiro, ago. 2006, p. 1741-1748. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/23.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.

DINIZ, M. H. **O estado atual do biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

DOBRYCHTOP, G. I. **Morte: o preço da vida**. As representações de morte e pós-modernismo em Sandman, de Neil Gaiman (1988 – 1998). 2017. Dissertação (Mestrado em História) -Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2017. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/49565/R%20-%20D%20-%20GUILHERME%20IEGER%20DOBRYCHTOP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 ago. 2019.

DOSSI, A. A. **Eutanásia e seus aspectos gerais e legais perante a lei brasileira**. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito Penal) – Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2017. Disponível em: https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/docs/10102017_165528_alessandrodearaujodossi_ok.pdf. Acesso em: 15 ago. 2019

FELIX, Z. C. et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**. 2013, v. 18, n. 9, p. 2733-2746. Versão online. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>. Acesso em: 18 ago. 2019.

FERREIRA, C. P. D. **Fim da vida: problemas jurídicos e bioéticos**. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídico-Forenses) - Universidade de Coimbra, Coimbra, 2019. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/86611/1/TESE.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

‘FOI uma decisão difícil’, diz homem que matou irmão tetraplégico a tiros. **G1**, São Carlos e Araraquara, 28 de outubro de 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2015/10/foi-uma-decisao-dificil-diz-homem-que-matou-irmao-tetraplegico-tiros-rio-claro.html>. Acesso em: 17 ago. 2019.

FRANCISCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. Tipos de Eutanásia. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/eutantip.htm>. Acesso em: 14 out. 2019.

GARCIA, M. **Limites da ciência: a dignidade da pessoa humana** - A ética da responsabilidade. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2004.

GOLDIM, J. R. **Breve histórico da eutanásia**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/euthist.htm>. Acesso em: 14 out. 2019.

GOZZO, D.; LIGIERA, W. R. **Bioética e Direitos Fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2012.

HOMEM atende pedido e mata irmão tetraplégico em simulação de assalto. **O Globo Brasil, São Paulo, 28 de outubro de 2011**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/homem-atende-pedido-mata-irmao-tetraplegico-em-simulacao-de-assalto-3079701>. Acesso em: 17 ago. 2019

JÚRI absolve homem que matou irmão tetraplégico a tiros a pedido da vítima. **G1, São Carlos e Araraquara, 27 de outubro de 2015**. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2015/10/juri-absolve-homem-que-matou-irmao-tetraplegico-tiros-pedido-da-vitima-rio-claro.html>. Acesso em: 17 ago. 2019.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Trad. Paulo Quintela. Edições 70: Lisboa, 2007. Disponível em:

https://ufpr.cleveron.com.br/arquivos/ET_434/kant_metafisica_costumes.pdf. Acesso em: 23 out. de 2019.

KELLEHEAR, A. Morrer como uma relação social: uma revisão sociológica dos debates sobre determinação da morte (Parte 2). Trad. Lucas Faial Soneghet. 2018. Disponível em: <https://blogdosociofilo.com/2018/09/06/morrer-como-uma-relacao-social-uma-revisao-sociologica-dos-debates-sobre-determinacao-da-morte-parte-2-por-allan-kellehear/>. Acesso em: 23 out. 2019.

KELLEHEAR, A. Uma história social do morrer. 1. Ed. Trad. Luiz Antônio Oliveira de Araújo. São Paulo: Editora Unesp, 2016.

LACHS, J. **The element of choice in criteria of death.** In Zaner R. M. (eds.), *Death: beyond whole-brain criteria.* Philosophy and Medicine, v. 31 p. 233-251. Springer, Dordrecht. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-009-2707-0_13. Acesso em: 14 out. 2019.

LIMA, C. V. T. C. Ortotanásia e cuidados paliativos: instrumentos de preservação da dignidade humana. **Revista do Médico Residente, Brasília**, v. 12 n. 3 e 4, p. 134-136, set./out. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/mhele/Downloads/96-398-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

MALUF, A. C. R. F. D. **Curso de bioética e biodireito.** 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MARTIN, L. M. **Eutanásia e distanásia.** In: *Iniciação à bioética.* Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1988, pp. 302, ISBN 85-87077-02-3. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/indice.htm. Acesso em: 05 out. 2019

MEDINA, A. F. GAITÁN, P. A. S. La Defensa de la vida humana en Colombia: una visión laica, jurídica y cultural. **Revista Persona y Bioética.** v. 8, n. 1, p. 43-71. Universidad de La Sabana: Colombia, 2005. Disponível em: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/905/224>. Acesso em: 14 set. 2019.

MIGLIORE, A. D. B., et al. **Dignidade da Vida Humana**. São Paulo: LTr Editora, 2010.

MINARDI, F. F. Direitos fundamentais, dignidade da pessoa humana e a aplicação da teoria da eficácia horizontal. **Revista Direitos Fundamentais e Democracia, Curitiba, v. 4, 2008**. Disponível em: <http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/219>. Acesso em: 14 set. 2019.

MORSELLI, Enrico. **L'uccisione pietosa**. (1923) Torino Fratelli Bocca, Editori. La edizione elettronica del: 4 novembre 2008. Disponível em: <http://www.sips.it/wp-content/uploads/2017/09/Enrico-Morselli-Luccisione-pietosa.pdf>. Acesso em: 05 out. 2019.

NÓBREGA FILHO, F. S. F. N. **Eutanásia e dignidade da pessoa humana: uma abordagem jurídico-penal**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) - Universidade Federal da Paraíba. Paraíba, 2010. Disponível em: <http://www.ccj.ufpb.br/pos/contents/pdf/bibliovirtual/dissertacoes-2008/eutanasia-e-dignidade-da-pessoa-humana-uma-abordagem-juridico-penal.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

PAGANELLI, W. A eutanásia. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 2, n. 21, 19 nov. 1997. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/1861>. Acesso em: 05 out. 2019.

PLATÃO. **A República. Livro III**. Disponível em: http://www.eniopadilha.com.br/documentos/Platao_A_Republica.pdf. Acesso em: 13 set. 2019.

RABELO, C. G.; CASTELLI, T. Direito de morrer com dignidade: proteção à luz do direito internacional e nacional. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos, Bauru, v. 4, n. 2, p. 161-182, jul/dez 2016(7)**. Disponível em: <file:///C:/Users/mhele/Downloads/395-1020-1-PB.pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.

SÁ, M. F. F. **Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

SÁ, M. F. F.; NAVES, B. T. O. **Manual de Biodireito**. 3ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

SANTORO, L. F. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 1. ed. Curitiba: Juruá Editora, 2011.

SANTOS, M. C. C. L. **Biodireito: ciência da vida, os novos desafios**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

SÃO PAULO. **Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999**. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado. São Paulo: Assembleia Legislativa do estado de São Paulo, [1999]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10241-17.03.1999.html>. Acesso em: 09 out. 2019.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012a. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/17935604/e-book-ingo-sarlet-a-eficacia-dos-direitos-fundamentais-2012>. Acesso em: 13 set. 2019.

SARLET, I. W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**, 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012b. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/202213756/Dignidade-Da-Pessoa-Humana-e-Direitos-Fundamentais>. Acesso em: 13 set. 2019.

SILVA, J. A. A dignidade da pessoa humana como valor supremo da democracia. Rio de Janeiro: **Revista de Direito Administrativo**. 212:89-94, Abr\jun. 1998. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/47169/45637>. Acesso em: 13 set. de 2019.

SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 37. ed. São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 2013.

SILVA, R. **O direito de morrer (parte 1)**. In: WordPress.com. Rogsil's Blog, 21 abr. 2006. Disponível em: <https://rogsil.wordpress.com/2006/04/21/o-direito-de-morrer-parte-1/>. Acesso em: 17 ago. 2019.

SOBRINHO, L. C. S. L. (Org.) **Bioética e Direito: temas dos novos tempos**. João Pessoa: Ideia, 2013.

TETRAPLÉGICO é assassinado dentro de casa durante assalto. **O Globo Brasil, Campinas, 22 de outubro de 2011**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/tetraplegico-assassinado-dentro-de-casa-durante-assalto-2897462>. Acesso em: 17 ago. 2019

VEATCH, R. M. The death of whole-brain death: the plague of disaggregators, somaticists, and mentalists. **Journal of Medicine and Philosophy**, 2005 Aug 30 (4):353-378. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16029987>. Acesso em: 14 out. 2019.

ZATERKA, L. Francis Bacon e a questão da longevidade humana. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 495-517, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ss/v13n3/2316-8994-ss-13-03-00495.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.

COORDENADORIA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

**TERMO DE AUTENTICIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA
PUBLICAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Eu, Diana Padovese Costa,

Aluno(a), regularmente matriculado(a), no Curso de Direito, na disciplina do TCC da 10ª etapa, matrícula nº 31574092, Período Noturno, Turma T ,

tendo realizado o TCC com o título: A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO PROCESSO DE MORRER: EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO

sob a orientação do(a) professor(a): Rodrigo Felberg

declaro para os devidos fins que tenho pleno conhecimento das regras metodológicas para confecção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), informando que o realizei sem plágio de obras literárias ou a utilização de qualquer meio irregular.

Declaro ainda que, estou ciente que caso sejam detectadas irregularidades referentes às citações das fontes e/ou desrespeito às normas técnicas próprias relativas aos direitos autorais de obras utilizadas na confecção do trabalho, serão aplicáveis as sanções legais de natureza civil, penal e administrativa, além da reprovação automática, impedindo a conclusão do curso.

São Paulo, 07 de novembro de 2019.

Assinatura do discente

COORDENADORIA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

Material Bibliográfico: () Artigo Científico (X) Monografia

Graduação em Direito

Título do Trabalho: A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO PROCESSO DE MORRER: EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO

Nome do Autor(a): Diana Padovese Costa

E-mail: dianapadovesec@gmail.com

Este e-mail pode ser divulgado (X) SIM () NÃO

Orientador(a): Professor Doutor Rodrigo Felberg

Na qualidade de titular dos direitos autorais da publicação supracitada, de acordo com a Lei nº 9.610/98, (X) AUTORIZO () NÃO AUTORIZO a Universidade Presbiteriana Mackenzie – UPM, a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, o documento, em meio eletrônico, no *site* da base de dados Adelpha, para fins de leitura pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade, a partir desta data. Igualmente, declaro que a versão do Trabalho de Conclusão de Curso entregue em meio eletrônico corresponde fielmente e na íntegra à versão similar depositada de forma impressa em papel para a defesa ou apresentação.

Motivos no Caso de Não Autorização

() Exigência de periódico de não divulgação até a publicação (exige justificativa, informe e nome do periódico)

() Outros (justificar): _____

São Paulo, 07 de novembro de 2019.

Assinatura do(a) Autor(a)