

**INSTITUTO BRASILIENSE DE DIREITO PÚBLICO - IDP
ESCOLA DE DIREITO DE BRASÍLIA - EDB
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO**

SÔNIA ELISA CARVALHO PRATA

**O DIREITO A UMA MORTE DIGNA E SUAS IMPLICAÇÕES
NA HIPÓTESE DA EUTANÁSIA**

**BRASÍLIA
FEVEREIRO 2016**

SÔNIA ELISA CARVALHO PRATA

**O DIREITO A UMA MORTE DIGNA E SUAS IMPLICAÇÕES
NA HIPÓTESE DA EUTANÁSIA**

Trabalho de monografia apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Direito como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Direito na linha de pesquisa de Direito Constitucional.

**BRASÍLIA
FEVEREIRO 2016**

SÔNIA ELISA CARVALHO PRATA

**O DIREITO A UMA MORTE DIGNA E SUAS IMPLICAÇÕES
NA HIPÓTESE DA EUTANÁSIA**

Trabalho de monografia apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Direito como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Direito na linha de pesquisa de Direito Constitucional.

Brasília, 26 de fevereiro de 2016.

Membro da Banca Examinadora

Membro da Banca Examinadora

RESUMO

A presente monografia visa analisar o tema da morte com dignidade, especialmente no contexto da eutanásia, à luz da bioética e das normas correlatas ao tema. Traz informações sobre o tratamento da eutanásia em vários países e, especialmente, no ordenamento jurídico brasileiro. Ressalta as diferenças entre eutanásia, distanásia e ortotanásia. Apresenta a importância dos cuidados paliativos.

Palavras-chave: Bioética. Eutanásia. Suicídio Assistido. Ortotanásia. Distanásia. Dignidade do enfermo. Cuidados paliativos. Morte com dignidade. Moralidade e legalidade da eutanásia. Legislações sobre eutanásia.

ABSTRACT

This monograph aims to analyze the theme of dying with dignity, especially in the context of euthanasia, in the light of bioethics and law. It brings up information on the treatment of euthanasia in many countries, especially in the Brazilian legal system. It emphasizes the difference between euthanasia, dysthanasia and orthothanasia. It shows the importance of palliative care.

Keywords: Bioethics. Euthanasia. Doctor-assisted dying. Orthothanasia. Dysthanasia. Patient dignity. Palliative care. Dying with dignity. Morality and legality of euthanasia. Law about euthanasia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1. CONCEITOS IMPORTANTES NO ESTUDO DA MORTE E DA EUTANÁSIA.....	9
1.1 Ética, Bioética e Biodireito.....	9
1.2 Eutanásia.....	14
1.3 Suicídio Assistido.....	18
1.4 Distanásia e Ortotanásia.....	21
2. ABORDAGENS LEGAIS RELATIVAS À EUTANÁSIA.....	27
2.1 Direito à Vida e Princípio da Dignidade Humana	27
2.2 Eutanásia e Suicídio Assistido em legislações estrangeiras.....	30
2.3 Legislação brasileira sobre Eutanásia e Ortotanásia.....	33
3. O DIREITO A UMA MORTE DIGNA.....	36
3.1 A dignidade da pessoa enferma.....	36
3.2 Humanização da morte – cuidados paliativos.....	41
3.3 A medicina e a dignidade ao morrer.....	44
3.4 Análise ética e legal acerca da Eutanásia.....	48
CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS.....	55

INTRODUÇÃO

A comunidade humana está sempre diante de possibilidades novas, advindas de evoluções intelectuais, tecnológicas, experienciais e experimentais, que geram novas soluções, reflexões, dúvidas e, inevitavelmente, também novos problemas. Uma mutação cultural é consequência lógica desses processos, de forma que as sociedades tendem a se tornar ainda mais pluralistas.

No campo da medicina não é diferente. Por lidar com temas tão sérios e delicados como a vida e a morte, torna-se um dos focos mais controvertidos dentro do contexto plural de ideias e opiniões em que o ser humano está inserido. Para embasar os estudos que se propõe neste trabalho, no capítulo 1: Conceitos Importantes no Estudo da Morte e da Eutanásia, discorre-se sobre os fundamentos da ética, da bioética e do biodireito, e conceitua-se também eutanásia, suicídio assistido, distanásia e ortotanásia.

O famoso juramento médico de Hipócrates (460-370 a.C), considerado pai da medicina, é um excelente exemplo da mutação descrita e a consequente pluralidade de entendimentos. O juramento aduz: “a ninguém darei, para agradar, remédio mortal, nem conselho para induzir a perdição”. Tratava-se de uma moralidade fundada no princípio sagrado do bem do paciente, do qual o médico era guarda absoluto. A consciência do bem em si e do respeito à pessoa ia além e acima dos próprios desejos do enfermo.

Se, anteriormente, a máxima que orienta o médico a não ministrar remédio mortal ao seu paciente poderia ser considerada uma forma literal de se dizer o óbvio, um norte perfeito a guiar qualquer profissional da saúde, nos tempos atuais, não se pode afirmar o mesmo com tanta convicção. Abriu-se o debate sobre a possibilidade de relativização do aludido juramento hipocrático com a hipótese da eutanásia, por exemplo. O ato do médico ministrar uma droga para colocar fim ao sofrimento causado pela saúde debilitada de um paciente poderia ser o seu bem.

Ainda que o ideal de proteção do paciente tenha se desdobrado, ao longo do tempo, por meio de estudos e análises éticas, para estabelecer critérios de moralidade não

subjetivos, fundados em uma verdade mais objetiva, várias são as discussões acerca do direito de escolha do paciente. Em alguns países, a prática da eutanásia e do suicídio assistido foi legalizada, mesmo que o consenso sobre o tema estivesse longe de ser alcançado. No capítulo 2: Abordagens Legais Relativas à Eutanásia, apresenta-se o direito à vida, o princípio da dignidade humana, e legislações estrangeiras e nacionais sobre eutanásia, suicídio assistido e ortotanásia.

O tema da eutanásia surge como uma demanda atual a ser pensada, pois, apesar dos imensos avanços que a medicina tem alcançado, muitas vezes, ela ainda não é capaz de levar a cura a diversos males, nem mesmo amenizar a dor física ou emocional que certas doenças podem provocar. Nestas circunstâncias, especialmente, surge a ideia, para muitos pacientes e pensadores do tema, da eutanásia como “remédio”.

No capítulo 3: O Direito a uma Morte Digna, realizam-se análises sobre a dignidade da pessoa enferma; os cuidados paliativos, que buscam a humanização da morte; estuda-se a relação entre a medicina e a dignidade ao morrer; e faz-se uma análise ética e legal acerca da Eutanásia. Se, por um lado, os avanços na medicina trazem acalento e cura para uma multidão de enfermos; por outro, geram, em tantos outros, a sensação de abandono e desesperança, quando não vislumbram a possibilidade de ter sua saúde e rotina restauradas, como no caso dos chamados pacientes terminais.

Pessoas que se encontram doentes, acamadas, que tenham sofrido mutilações ou limitações físicas em consequência de acidentes ou enfermidades podem, naturalmente, sentir o desejo de porem fim a suas vidas. Além de desejar, é possível que busquem, realmente, a concretização deste anseio. A pergunta que surge é a seguinte: é ético e viável que alguém, ao pleitear auxílio para dar fim à sua vida, tenha sua vontade atendida? Se sim, quais seriam os pré-requisitos, condições e formas para essa concretização? Se não, como lidar com o paciente que pleiteia a morte?

Assim como a vida digna, o direito a uma morte com dignidade é um anseio e desafio humano, que começa desde sua conceituação e se desenrola ao longo da busca de sua verdadeira concretização. O direito a uma morte digna é legítimo, mas nesta seara, que abarca temas como eutanásia e suicídio assistido, controvérsias e possibilidades devem ser cautelosamente analisadas.

Em 2013, o documentário holandês “Midnight Butterfly” contou a história de uma jovem dançarina noturna que descobriu uma doença genética terminal. Em pouco tempo, ela recebeu auxílio ao suicídio, logo depois de oferecer uma festa de aniversário de 26 anos. Seria este fato o reflexo de uma cultura nova de coragem, em que a morte é escolhida para quando, onde e como se deseja? Ou seria a mais pura demonstração de desespero diante do sofrimento ou possibilidade dele, acolhido pela sociedade de forma prática e absurda?

1 CONCEITOS IMPORTANTES NO ESTUDO DA MORTE E DA EUTANÁSIA

1.1 Ética, Bioética e Biodireito

Regularmente, os indivíduos se defrontam com a necessidade de avaliar as circunstâncias e decidir como se comportar, pautados nas normas de conduta que julgam mais apropriadas ou mais dignas de serem cumpridas. Por exemplo: cumprir ou não algo prometido a outrem, mesmo diante do agravamento da dificuldade em fazê-lo; permitir-se mentir ou não em determinadas situações. A ética investiga e explica, então, os valores morais e a forma de comportamento que os homens julgam valiosa, obrigatória e inescapável. É considerada de acordo com comunidades e tempos específicos, bem como com a experiência humana em geral.¹

Trata-se de uma busca filosófica por encontrar quais são os princípios norteadores da conduta humana, de forma que a moral acontece no campo prático, no caso concreto, e a ética é geral, teórica, se ocupando em definir a moral.²

O bem e o bom, o mal e o mau são conceitos pivotais buscados pela ética teórica. De forma que agir bem, agir de forma correta ou, usando as palavras de Aristóteles “ser bom” são tarefas da ética prática.³ Visa-se, portanto, à busca de justiça nos atos humanos e do bem comum, baseado no entendimento de que existe uma verdade sobre o correto a ser pensado e a ser feito. Chegar-se-á, pelo uso da razão, por exemplo, às normas regulamentadoras, como os códigos de ética profissionais e, essencialmente, às normas de Direito.

Há uma relação entre o bem a que se busca pelo estudo e prática dos preceitos éticos, e o bem comum almejado pelo Direito. O autor Tercio Sampaio Ferraz Júnior explica que a justiça é o problema moral do direito. Ele afirma que “é preciso reconhecer certa similaridade entre normas jurídicas e preceitos morais”, pois, “ambos têm caráter prescritivo, vinculam e estabelecem obrigações numa forma objetiva, isto é, independentemente do

¹ VAZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**. 17. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997.

² *Ibidem*.

³ CLOTET, Joaquim et al. **Iniciação à bioética**. Brasília: Publicação do Conselho Federal de Medicina, 1998.

consentimento subjetivo individual”. E acrescenta que “ambos são elementos inextirpáveis da convivência, pois, se não há sociedade sem direito, também não há sociedade sem moral”.⁴

Embora as normas jurídicas sejam regras que se adaptam às mudanças sociais, o que se procura é uma espécie jurídica resistente à mudança, que assegure à experiência jurídica um sentido persistente. É a ideia de justiça que desde a Antiguidade se busca e que confere ao Direito um significado, uma razão de existir.⁵

O Direito, nas palavras de Ferraz Júnior, é uma organização de relações de poder, visto que possui impositividade autoritária. É possível, pelo império, com validade e eficácia, existir um direito imoral, injusto. Embora um direito sem justiça perca seu sentido.⁶ Nas palavras deste autor:

A exigência moral de justiça é uma espécie de condição para que o direito tenha um sentido. A arbitrariedade, assim, priva o direito de seu sentido, porque torna as normas de conduta mera imposição, unilateral, que prescinde dos outros enquanto um mundo comum. Daí a inevitável conotação da arbitrariedade com violência e conseqüente redução do sujeito passivo das normas a uma espécie de impotência confundida com obediência.⁷

A razão é uma espécie de núcleo da natureza do homem, norteando o pensar e o agir corretamente, de forma que no correr dos séculos, a racionalidade e a irracionalidade conjugam-se com a ideia de justiça e injustiça. A razão é um valor que incorpora a dignidade humana, além de dar sentido aos demais valores.⁸

É a razão que norteia, enfim, a ética e o Direito, dando-lhes sentido e subsídio para buscarem a justiça e a realização do bem. Tarefa não fácil, porém, essencial.

A medicina e seus vastos conhecimentos sobre o corpo e a vida humana, muitas vezes levam a uma dificuldade profunda para se separar o que se pode fazer do que se deve fazer. O estudo da ética é inserido neste contexto com o objetivo de humanizar e identificar as possibilidades aceitáveis.

⁴ FERRAZ JÚNIOR, Tercio Sampaio. **Introdução ao Estudo do Direito: Técnica, Decisão, Dominação**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2013, p. 337.

⁵ Ibidem.

⁶ Ibidem.

⁷ Ibidem.

⁸ Ibidem.

A palavra Bioética é uma derivação das palavras gregas "bios" (vida) e "ethike" (ética). Este vocábulo foi utilizado pelas primeiras vezes na década de 1970 e um dos seus grandes difusores foi o oncólogo Van Rensselear Potter, nos livros *The Science of Survival* e *Bioethics: bridge to the future*.⁹

A bioética surgiu como uma disciplina para combinar os conhecimentos biológicos com os valores humanos, fazendo-se ponte entre a realidade científica e a cultura humanística. Potter alertou para o perigo existente em uma separação entre o saber científico e o saber humanista.¹⁰ Assim sendo, a bioética representa um papel fundamental na sociedade moderna, ao buscar a harmonização entre conquistas científicas e tecnológicas recentes com a melhoria das condições de vida humana e do respeito à dignidade da pessoa humana.

Os valores éticos, os quais fazem parte da cultura humanista, em sentido lato, e os fatos biológicos encontrados no processo científico-tecnológico não devem caminhar separadamente, sob risco de até mesmo inviabilizar a própria vida sobre a terra, especialmente, a humana.¹¹

A solução para evitar uma possível catástrofe é o seguimento de forma conjunta entre as culturas científicas e humanístico-moral. Segundo Potter, a ética deve estender seu olhar para o homem e a biosfera em seu conjunto, em cada intervenção científica do homem sobre a vida em geral. A bioética, portanto, tem o papel de unir a ética e biologia, os valores éticos e os fatos biológicos para a sobrevivência do ecossistema como um todo.¹²

Sgreccia explica que Potter identificou na bioética a tarefa de ensinar como usar o conhecimento em âmbito científico-biológico. Não basta “instinto” de sobrevivência, é preciso que exista uma “ciência” da sobrevivência, que seria, então, a bioética.¹³

Está no núcleo conceitual que Potter situa na raiz do nascimento da bioética “a necessidade que a ciência biológica tem de se fazer perguntas éticas, de que o homem se interrogue a respeito da relevância moral de sua intervenção na vida”. Sgreccia explica que:

⁹ SGRECCIA, Elvio. **Manual de Bioética. I – Fundamentos de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 1996, p. 23.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Ibidem.

¹² POTTER *apud* ibidem.

¹³ Ibidem.

Trata-se de superar a tendência pragmática do mundo moderno, que aplica imediatamente o saber sem uma mediação racional e muito menos moral: a aplicação de todo conhecimento científico pode ter, de fato, consequências imprevisíveis sobre a humanidade, até por efeito da concentração do poder biotecnológico nas mãos de poucos.¹⁴

Maria Helena Diniz explica que o estudo da bioética engloba pesquisas multidisciplinares, envolvendo-se na área antropológica, filosófica, sociológica, genética, médica, biológica, psicológica, ecológica, jurídica, política etc., decidindo sobre a vida, a morte, a saúde, a identidade ou a integridade física e psíquica. Procura analisar eticamente estes problemas, para que a biossegurança e o direito possam estabelecer limites à tecnologia científica, impedindo quaisquer abusos e protegendo os direitos fundamentais das pessoas e das futuras gerações. A bioética estuda a moralidade da conduta humana na área das ciências da vida, procurando averiguar o que seria lícito dentro do daquilo que é científica e tecnicamente possível.¹⁵

O campo da bioética abarca desde o angustiante dilema privado encontrado por um médico ou qualquer outro profissional da saúde à beira da cama de um paciente em fase terminal até o outro extremo das decisões públicas que afetam a sociedade como um todo, feitas pelo cidadão ou pelo legislador, na tentativa de delinear de forma justa e correta as questões afetas à saúde e à natureza.

Diniz enumera que a bioética ocupa-se dos problemas éticos provocados pelas tecnociências biomédicas alusivas ao início e fim da vida humana, formas de eutanásia, distanásia, técnicas de engenharia genética, terapias gênicas, métodos de reprodução assistida, eugenia, eleição do sexo do futuro descendente a ser concebido, clonagem de seres humanos, maternidade substitutiva, mudança de sexo em caso de transexualidade, esterilização compulsória de deficientes físicos ou mentais, utilização da tecnologia do DNA recombinante, práticas laboratoriais de manipulação de agentes patogênicos etc., além dos problemas decorrentes a degradação do meio ambiente, da destruição do equilíbrio ecológico e do uso de armas químicas.¹⁶

Em tempos nos quais a biotecnologia vem descobrindo uma imensidão de possibilidades de manipulação da vida e interferência na natureza, faz-se clara a necessidade

¹⁴ SGRECCIA, Elvio. **Manual de Bioética. I – Fundamentos de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 1996, p. 24.

¹⁵ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 11.

¹⁶ *Ibidem*, p.10.

de se prover o universo teórico não só de conteúdo, mas também de normas e limites. Por isto a necessária normatização por meio do biodireito.

Quando se reconhece a importância que existe no debate sobre a ética e, especificamente, sobre a bioética, é possível se vislumbrar que tal estudo não pode prescindir de um material positivado. E é para isso que se prestam, por exemplo, os “direitos humanos”. A normatização impede que a ética seja potencialmente vazia. É o que Juan Carlos Tealdi explica:

Para que los supuestos ético-normativos de los derechos humanos se conviertan en realidad fáctico-prescriptiva hace falta un estado de derecho, un marco legal específico y un sistema de garantías específicas para que esos derechos sean respetados. Y aún así, esto no asegurará nunca que la maldad desaparezca. Una norma indica una obligación pero esto no asegura que se respete.

Pero los derechos humanos son enunciados que aspiran a una *aceptabilidad* universal fáctica por todo sujeto racional posible y por ello son también universalizables. Su reconocimiento implica, para poder crecer fácticamente, el carácter “progresivo” de los mismos que supone el no poder volver atrás en las obligaciones que ellos establecen como son el respeto de la dignidad humana, la no discriminación y la condena de los crímenes de lesa humanidad, la tortura y el genocidio entre otros mandatos.¹⁷

Assim, os estudos que vão sendo produzidos em bioética, conforme as situações vão surgindo, devem estimular e embasar o legislador, de forma que, sem negligência, os nortes e limites da bioética sejam acatados e transformados em lei. Essa atenção à bioética leva à legitimação das leis que vão sendo promulgadas relativas a estes assuntos e que a sociedade tanto anseia.

A Constituição Federal Brasileira e diversos tratados assinados pelo Brasil orientam o Estado a adotar posturas fundamentadas pelo princípio da dignidade da pessoa humana, um princípio moral e ético que se faz jurídico.

A ética que é transformada em normas de Direito, enfim, é uma forma para que ela se torne praticada e cobrada na sociedade, indo, como assevera Genival Veloso de França,

¹⁷ TEALDI, Juan Carlos. **Bioética y Derechos Humanos**. Revista Brasileira de Bioética 2007, p. 376.

além das opiniões pessoais, para de fato buscar a preservação do homem como valor, segundo o que corretamente pode e deve ser permitido acontecer na sociedade.¹⁸

A bioética e o biodireito andam, necessariamente, juntos com os direitos humanos, pois todos são decorrentes da condição humana e referem-se à preservação da integridade e da dignidade dos seres humanos. Qualquer ato que não assegure a dignidade humana deverá ser repudiado por contrariar as exigências ético-jurídicas dos direitos humanos.¹⁹

A sociedade vive um momento de grande esperança na capacidade que o desenvolvimento científico e tecnológico tem de favorecer o progresso da humanidade. Esta esperança não deve ser frustrada pelos efeitos nocivos de uma possível supremacia intocável daqueles que detém poder de manipulação da vida humana por meio de conhecimentos avançados.

A dignidade natural do homem e da mulher há de ser preservada, inclusive por leis que favoreçam essa perspectiva. Não são os seres humanos, simplesmente, criaturas presentes no mundo com um elo especial com a natureza ou dotados de talentos superiores aos demais seres vivos. Existem valores inalienáveis a serem compreendidos e reconhecidos à identidade humana.

O domínio de técnicas que afetam tudo que se relaciona ao homem não pode ser arbitrário, sem limites, absoluto, deve estar sempre medido pelo bem integral da pessoa. É necessária uma integração da ciência e da técnica com uma cultura autenticamente humana. As atividades realizadas pelo homem, especialmente no meio científico, não são eticamente neutras, nem seu caráter ético depende da eficácia técnica ou utilidade daquilo que é realizado.

1.2 Eutanásia

A palavra Eutanásia é uma junção das palavras gregas “eu” e “thanos”, que significam, respectivamente, “boa” e “morte”. Maria Helena Diniz explica que o termo foi

¹⁸ FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985, p. 167.

¹⁹ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 18.

empregado, pela primeira vez, por Francis Bacon, em 1623, na sua obra *História Vitae Et Vortis*, significando boa morte.²⁰

A eutanásia seria um ato praticado para abreviar, piedosamente, por compaixão, o irremediável sofrimento de uma pessoa, a pedido ou com o assentimento desta. Trata-se de uma cura por meio da morte. Elimina-se a vida para que, com ela, parta também o sofrimento, podendo ser na modalidade ativa, quando o paciente falece a partir de uma ação, como a ingestão de droga letal ou overdose de medicamentos; ou passiva, quando omite-se o tratamento, com a suspensão deliberada dos meios utilizados para manter um paciente vivo, com o propósito de causar ou acelerar sua morte.

A eutanásia é defendida com base em dois princípios: o da autonomia e o da inutilidade do sofrimento. Assim, nos casos de enfermidade grave e irreversível, o médico estaria autorizado a realizar a eutanásia ativa nos pacientes.

Elias Farah explica alguns requisitos ou condições para a configuração da eutanásia: a morte deve ser, direta ou indiretamente, provocada, por ação positiva ou comissiva por terceiro identificado; deve haver revelação explícita do objetivo de acarretar o encurtamento da vida do paciente, inspirado em desinteressado sentimento de piedade, compaixão e humanismo; deve existir comprovação, por qualquer modo idôneo, de que o paciente esteja cometido de moléstia incurável, sem perspectiva de cura, em face dos recursos disponíveis da medicina e que o paciente esteja, mediante diagnóstico definitivo e confiável, em efetivo estado terminal, padecendo de insuportável sofrimento, com profunda violência contra sua dignidade.²¹

Destaca-se que os dois últimos requisitos enumerados, embora comuns, atualmente, têm sido relativizados. A eutanásia, em alguns países em que é legalizada, é permitida não somente para o doente grave e terminal, mas também em outras situações, especialmente pela sua efetivação na forma de suicídio assistido. Podem recorrer a clínicas de auxílio ao suicídio pessoas que possuem debilidades físicas graves, contudo, não correm risco de vida, e pessoas que descobriram que portam doenças letais, mas ainda não passaram aos estágios finais da doença.

²⁰ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 359.

²¹ FARAH, Elias. **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: Reflexões Básicas em Face da Ciência Médico e do direito** in Revista do Instituto dos Advogados de São Paulo, v. 14, n. 28. São Paulo: Revista dos Tribunais, v. 14, n. 28, 2011, p. 135.

O termo eutanásia tem sido ampliado, passando da eliminação radical de sofrimentos extremos, para, por exemplo, a supressão da vida de recém-nascidos com doenças graves e incuráveis, e de idosos. O entendimento, nestes casos, é pelo fim do prolongamento de uma vida penosa, que poderia vir a trazer encargos demasiado pesados para as famílias ou para a sociedade. Assim, seria subtraído o alimento destas pessoas, ao argumento de evitar o seu sofrimento e o peso para a sociedade.

A eutanásia pode ser voluntária ou involuntária. A primeira acontece quando o paciente solicita diretamente ao médico ou informa seu desejo, previamente, àqueles que serão seus representantes legais em uma situação de incapacidade de manifestação da sua vontade. A eutanásia involuntária seria aquela realizada sem consentimento do paciente, que em estágio terminal já não pode mais se manifestar.

Na maioria dos lugares, a classe médica se opõe a leis que permitem a assistência médica para a realização da eutanásia. Na Holanda, diferentemente, o Conselho Federal de Medicina exerceu grande influência em sua legalização. Na Bélgica, a classe médica passou à posição de neutralidade quando a lei da eutanásia começou a ser formulada.²²

Esta oposição geral médica tem raízes profundas, desde o milenar juramento hipocrático da não administração de veneno a qualquer pessoa ou conselho para que o faça, à própria responsabilidade desmesurada em que podem ser colocados diante de uma situação concreta de atuação.

A Associação Médica Norte-Americana se opõe à eutanásia, embora a Associação Médica da Califórnia tenha se posicionado de forma neutra pouco antes da votação realizada em Sacramento. A Associação Britânica de Medicina também é contrária à legalização da eutanásia, sendo que cerca de um-terço dos médicos especialistas desejam a legalização da eutanásia.²³

Em pesquisa realizada com pessoas em 15 países, encomendada pela revista *The Economist*, sobre a legalização da eutanásia e em quais circunstâncias, foi constatado um

²² THE ECONOMIST. **Final Certainty**. Disponível em: <http://www.economist.com/news/briefing/21656122-campaigns-let-doctors-help-suffering-and-terminally-ill-die-are-gathering-momentum>. Acesso em julho de 2015.

²³ Ibidem.

grande apoio no ocidente. Em todos os países pesquisados, exceto Polônia e Rússia, a maioria das pessoas disse que a eutanásia deve ser legalizada para adultos com doenças terminais.²⁴

Nos Estados Unidos, 60% das pessoas apoiaram a ideia, em princípio. Algumas se abstiveram quando perguntadas sobre detalhes, mas a maioria permaneceu com a mesma opinião. Em todos, exceto quatro países, metade das pessoas pesquisadas disseram apoiar a extensão da eutanásia para outras situações, como sofrimento físico extremo, embora sem risco de morte.²⁵

Elias Farah enumera diversos aspectos que podem qualificar a eutanásia. A pseudoeutanasia seria a praticada por quem não é médico. A agônica é aquela praticada em doente terminal não consciente. A lenitiva seria praticada para aliviar sofrimento insuportável. A estoica é praticada em pessoa que quer livrar-se de malogros, angústias e contrariedades. A etária é a praticada contra idosos incapazes de trabalhar ou produzir, comum entre os povos na antiguidade. A coletiva seria a praticada com “finalidade pública” contra pessoas inválidas, deformadas, física ou mentalmente comprometidas, tida também como eugênica, para “melhorar a raça”.²⁶

A eutanásia econômica é aquela praticada contra os enfermos vegetativos, incapacitados de alguma atividade, ou contra os indigentes econômicos, para aliviar a sociedade do ônus social de dar-lhes assistência. A criminal é praticada, sem sofrimento, contra criminosos patológicos e irrecuperáveis de grande periculosidade. A experimental é a destinada às pesquisas médica e científica. A profilática, praticada contra vítima de contaminação de surto epidêmico. A teológica, praticada sob a crença de buscar a “morte em estado de graça”. A narcotanásia é praticada contra os que vivem sob permanente estado de anestésicos ou narcóticos, alheios ao mundo real.²⁷

No estudo da eutanásia, recorda-se, ainda, a existência da chamada “eutanasia social”, ou mistanásia, que refere-se àqueles que são deixados morrer pelos abandonos social, econômico, sanitário, higiênico, educacional. Representa não a escolha de um único

²⁴ THE ECONOMIST. **The right to die**. Disponível em: <http://www.economist.com/news/leaders/21656182-doctors-should-be-allowed-help-suffering-and-terminally-ill-die-when-they-choose>. Acesso em agosto de 2015.

²⁵ THE ECONOMIST. **The right to die**. Disponível em: <http://www.economist.com/news/leaders/21656182-doctors-should-be-allowed-help-suffering-and-terminally-ill-die-when-they-choose>. Acesso em agosto de 2015.

²⁶ FARAH, Elias. **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: Reflexões Básicas em Face da Ciência Médico e do direito** in Revista do Instituto dos Advogados de São Paulo, v. 14, n. 28. São Paulo: Revista dos Tribunais, v. 14, n. 28, 2011, p. 132.

²⁷ Ibidem.

indivíduo, mas da sociedade. Em países de terceiro mundo, por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos, a morte antecipada ocorre a incontáveis doentes e deficientes, porque não conseguem atendimento médico, ou são vítimas de erro médico, faltam exames, usa-se terapia paliativa inadequada, abandono e outros.

Nos casos em que o médico usa, intencionalmente, a medicina para atentar contra os direitos humanos, ou quando há desvio de verbas da saúde, retirada indevida de órgão vital de paciente, etc, trata-se de mistanásia passiva. Todos esses pacientes e aqueles que não conseguem nem mesmo chegar a tornarem-se pacientes são vítimas de eutanásia social.

Há, também, a mistanásia ativa, quando a morte ampliada de pessoas na sociedade acontece de forma deliberada. Foi o que aconteceu na Segunda Guerra Mundial, quando ocorreu o extermínio de pessoas defeituosas ou indesejáveis, e verifica-se quando ocorrem execuções nos Estados Unidos, por meio de aplicação de injeções letais em determinados criminosos.

1.3 Suicídio Assistido

O suicídio assistido é um dos desdobramentos da eutanásia. Neste caso, a morte acontece por meio de um ato praticado pelo próprio paciente, orientado ou auxiliado por terceiro, geralmente um médico.

A distinção entre eutanásia, propriamente dita, e suicídio assistido está na forma pela qual os profissionais ou terceiros contribuem para a consumação da morte. Se o doente é terminal e a vida depende de aparelhos, com manutenção artificial dos órgãos vitais, o ato voluntário de terceiro de desativar os aparelhos constituiria eutanásia. Esta situação difere do auxílio ao suicídio, porque, neste último, um terceiro propicia ao doente algum meio, para que ele próprio lhe provoque a morte.

Na eutanásia, o terceiro pratica o ato; no auxílio ao suicídio, o suicida está consciente, recebe um instrumento ou medicamento para que ele próprio pratique o ato. Enquanto na eutanásia não é exigível que o paciente esteja consciente, esse requisito é

imprescindível para o caso de auxílio ao suicídio, pois o interessado deve ter condições de agir por si próprio.²⁸

Recentemente, o caso da morte assistida de Brittany Maynard, jovem californiana de 29 anos foi noticiado e teve ampla repercussão. Ela foi diagnosticada com um tumor cerebral letal e, sabendo que a doença deveria deixá-la cega e paralisada, mudou-se para Oregon, onde poderia realizar seu suicídio assistido, antes mesmo que os sintomas de sua doença aparecessem.²⁹

Antes de morrer, ela fez um vídeo apelando aos legisladores da Califórnia para que legalizassem a morte assistida. Em processo de aprovação, o estado pode se tornar o sexto dos Estados Unidos a permitir aos médicos, em algumas circunstâncias, colaborarem com a morte de pacientes terminais, sem risco de serem processados.³⁰

Outro relato é o de Dan James, inglês de 23 anos que, em 2007, ficou quase completamente paralisado após um acidente jogando rugby, morrendo um ano depois na clínica de suíça de suicídio assistido chamada Dignitas. Seus pais disseram que ele começou a enxergar seu corpo como uma prisão e que considerava aquela uma existência de segunda classe, para qual não estava preparado. Motivados pelos sentimentos do filho, eles o acompanharam até a Suíça para realizarem o procedimento. Na volta foram investigados pelo crime de assistência ao suicídio, embora as autoridades tenham concluído que o processo não era de interesse público.³¹

O caso do inglês Jeffrey Spector, também, ilustra algumas das circunstâncias em que o suicídio assistido acontece. Ele tinha um tumor inoperante na coluna vertebral e sentia que suas condições estavam se deteriorando, decidindo, assim, buscar suporte para morrer na clínica Dignitas também. Embora antes de sua morte tenha dito “Eu sei que estou

²⁸ FARAH, Elias. **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: Reflexões Básicas em Face da Ciência Médico e do direito** in Revista do Instituto dos Advogados de São Paulo, v. 14, n. 28. São Paulo: Revista dos Tribunais, v. 14, n. 28, 2011, p. 159.

²⁹ THE ECONOMIST. **Final Certainty**. Disponível em: <http://www.economist.com/news/briefing/21656122-campaigns-let-doctors-help-suffering-and-terminally-ill-die-are-gathering-momentum>. Acesso em julho de 2015.

³⁰ Ibidem.

³¹ Ibidem.

partindo cedo demais”, sua decisão tinha por base o medo de ficar paralisado e incapaz de fazer a viagem sem ajuda de alguém, caso quisesse.³²

Para os críticos, as frágeis leis suíças levam pessoas que deveriam receber auxílio para viver a, em verdade, serem ajudadas a morrer. No caso do jovem James, suas condições não punham sua vida em risco, já Spector tinha condições de saúde boas ainda quando da sua morte. Por enquanto, a maioria dos casos de suicídio assistido envolvem pessoas que estão no último estágio do sofrimento com câncer, porém, as situações que envolvem doenças não fatais vêm crescendo.³³

As clínicas respondem que usam regras, de forma que auxiliam a morte apenas de pacientes que demonstram consistente desejo de morte e estão acometidas por doenças terminais ou sofrendo insuportável dor ou problemas físicos. Os pacientes são entrevistados para que confirmem se as decisões são deles, e devem tomar a dose fatal por si mesmas. Os casos de suicídio assistido são considerados morte não natural e investigados pelas autoridades. Nenhum caso irregular foi detectado até agora.³⁴

O Sr. Luley, representante da clínica Dignitas, informa que a maior parte do seu trabalho consiste em aconselhamento. Sua principal tarefa, afirma, não é dar assistência para a morte, mas prevenir o suicídio. Poucos daqueles que procuram a clínica chegam realmente à fase do suicídio assistido.³⁵

O Sr. Bernhard Sutter, da clínica EXIT, explica que é necessário tanta coragem e determinação, que aqueles que decidem-se pela fatal escolha estão longe de qualquer vulnerabilidade pregada pelos que são contra a eutanásia. Acrescenta que os suíços valorizam a liberdade de escolha, incluindo o direito de decidir pela maneira e momento de sua morte. Em 2011 os cidadãos de Zurique, onde a Dignitas está baseada, votaram contra o banimento ou restrição do suicídio assistido com relação estrangeiros.³⁶

O administrador de uma clínica de suicídio assistido na suíça definiu seu trabalho como uma pesada tarefa de caridade. A cada ano, várias centenas de residentes

³² THE ECONOMIST. **Final Certainty**. Disponível em: <http://www.economist.com/news/briefing/21656122-campaigns-let-doctors-help-suffering-and-terminally-ill-die-are-gathering-momentum>. Acesso em julho de 2015.

³³ Ibidem.

³⁴ Ibidem.

³⁵ Ibidem.

³⁶ Ibidem.

suíços morrem com a assistência de um médico. Uma das clínicas que assiste também a clientes estrangeiros, desde 1998, foi responsável pela morte de mais de 1.700 pessoas de mais de 40 países diferentes. Por sua abertura à assistência a morte de estrangeiros, a Suíça tem se tornado conhecida por país do “turismo suicida”.³⁷

1.4 Distanásia e Ortotanásia

Uma das grandes preocupações de que muitas mentes se ocupam, atualmente, é a possibilidade de vivenciar uma morte longa e sofrida.

Com os avanços da medicina e da tecnologia que a assiste, muitas vezes, um paciente terminal pode ter sua vida prolongada de forma indefinida. A distanásia entra neste contexto, sendo a busca incansável pela sobrevivência do paciente, culminando em uma morte lenta e com muito sofrimento. As técnicas médicas, neste caso, fazem o processo agônico do paciente terminal ser prolongado, indiferente a efeitos atrozes e dolorosos.

Trata-se a distanásia da situação na qual a assistência médica centra-se unilateralmente no prolongamento da vida, transformando-se em obstinação terapêutica, um prolongamento irracional do processo de morte. Os norte-americanos denominam a distanásia de tratamento fútil, enquanto os europeus, normalmente, denominam-na de obstinação terapêutica.³⁸

Acaba-se não por prolongar a vida, mas por estender o processo da morte. Ocorre uma negativa em se perceber que a insistência em tratar o paciente pode não ser a opção mais digna.

Maria Helena Diniz explica como se daria o tratamento fútil, utilizando-se dos ensinamentos de Yecker e Pearlman:

Tratamento médico fútil seria aquele que: a) não consegue seu objetivo imediato ou o do paciente; b) é ineficaz; c) não é capaz de oferecer uma

³⁷ THE ECONOMIST. **Final Certainty**. Disponível em: <http://www.economist.com/news/briefing/21656122-campaigns-let-doctors-help-suffering-and-terminally-ill-die-are-gathering-momentum>. Acesso em julho de 2015.

³⁸ SOARES, André Marcelo M. Bioética e as situações ao final da vida in **Questões de Bioética – Estudos da CNBB n° 98**. Coordenação: Comissão Episcopal Pastoral para a vida e a Família. Brasília: Edições CNBB, 2010.

qualidade de vida mínima ou, pelo menos, algum benefício médico; d) não oferece uma razoável probabilidade de sobrevida.³⁹

Há, na obstinação terapêutica, o emprego ou a manutenção de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, sem que exista possível evolução positiva e o melhoramento das condições dos pacientes, seja nos termos de sobrevida ou de qualidade de vida.⁴⁰

Existem situações que podem levar a escusas motivações para a distanásia, de ordem política, científica ou financeira, como por exemplo, estratégias de herdeiros ou encarecimento do atendimento médico em hospitais. Por outro lado, o temor médico em se omitir, contrariando o Código de Ética Médica, e enquadrando-se no tipo “omissão de socorro”, do Código Penal, também pode levar ao favorecimento para a ocorrência da distanásia.

A obstinação terapêutica é um problema atual na saúde brasileira. Existem muitos conflitos resultantes de interpretações errôneas sobre a situação real do paciente, havendo pouca atenção aos problemas físicos e emocionais dele e de seus familiares. Há um processo inadequado de comunicação e relacionamento insatisfatório entre as partes envolvidas. Existe uma formação médica que contribui para este problema, visto que é direcionada mais para salvar ou prolongar a vida do que para melhorar a sua qualidade.⁴¹

Em oposição à prática da distanásia, existe a possibilidade da ortotanásia. A palavra ortotanásia tem origem nas expressões gregas “Orthos”, que significa correta, e “Thánatos”, que significa morte. Diferentemente da eutanásia, a ortotanásia acontece quando permite-se que a morte ocorra no momento natural, a partir do não prolongamento artificial da vida. Busca-se a percepção do limiar que separa o prolongamento da vida do paciente, do prolongamento de sua agonia.

O processo natural da morte, na ortotanásia, acontece após a suspensão de alguns dos medicamentos, ou deixa-se de usar os meios artificiais para prolongar a vida de um paciente em coma irreversível. O médico encontra-se convicto de que o processo letal da doença está definido e sente-se exonerado de interferir insistentemente. A omissão ou a

³⁹ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 375.

⁴⁰ SOARES, André Marcelo M. Bioética e as situações ao final da vida in **Questões de Bioética – Estudos da CNBB n° 98**. Coordenação: Comissão Episcopal Pastoral para a vida e a Família. Brasília: Edições CNBB, 2010.

⁴¹ *Ibidem*.

inação do médico, no caso, nem antecipa nem adia a morte, apenas permite que ela ocorra, já que é inevitável, irreversível e indiscutível.

A vida do paciente em questão é vegetativa do ponto de vista físico, emocional e econômico. O médico passa a ter apenas os cuidados paliativos com ele, ou seja, “passa-se da fase de curar para a de cuidar”.⁴²

Nesta seara, a Recomendação 1.418/1999, aprovada pela Assembleia Parlamentar do Conselho Europeu, na parte concernente aos doentes incuráveis e terminais, concita os Estados a dar proteção jurídica e social aos enfermos, em face dos perigos e receios ou riscos em ter a vida prolongada contra a própria vontade do paciente.⁴³

Em 1957, o Papa Pio XII afirmou que “ninguém é obrigado a curar-se com terapias arriscadas, excepcionais, onerosas, repulsivas, temíveis ou dolorosas”. Este papa e João Paulo II explicaram que ninguém pode impor ao outro o dever de utilizar recursos que, mesmo de uso corrente, possam causar-lhe riscos ou sofrimento.⁴⁴ Essa recusa não seria equivalente ao suicídio, mas uma aceitação de sua condição humana e desejo de não receber um tratamento desproporcional aos seus resultados.⁴⁵

Elias Farah cita Ives Gandra da Silva Martins, para explicar a situação encontrada na ortotanásia:

“quando a pessoa não tem condições de viver pelos meios naturais, quando seus órgãos não conseguem funcionar sem a ajuda de aparelhos, desligar esses aparelhos não é eutanásia, pois está-se mantendo a vida artificialmente. O médico desligar os aparelhos de uma pessoa que é completamente dependente deles para sobreviver, que está em coma profundo, por exemplo, ou seus órgãos não funcionam mais sozinhos, não está praticando eutanásia, já que a pessoa não tem condições de autossobrevivência.”⁴⁶

Neste caso, o médico não tem qualquer conduta, não pratica, mesmo que solicitado, a morte piedosa. Em verdade, ele deixa apenas de prolongar, por meios artificiais,

⁴² FARAH, Elias. **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: Reflexões Básicas em Face da Ciência Médico e do direito** in Revista do Instituto dos Advogados de São Paulo, v. 14, n. 28. São Paulo: Revista dos Tribunais, v. 14, n. 28, 2011, p. 155.

⁴³ Ibidem, p. 168.

⁴⁴ JOÃO PAULO II, Papa. **Carta Encíclica Evangelium Vitae**. A Santa Sé. Disponível em http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. Acesso em: janeiro de 2016.

⁴⁵ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 377.

⁴⁶ Ibidem, p. 145.

uma vida sofrida e que se mostra irrecuperável. É o ato de deixar morrer no tempo certo, sem abreviação ou prolongamento desproporcional, mediante a suspensão de uma medida vital ou de desligamento de máquinas sofisticadas, que substituem e controlam órgãos que entram em disfuncionamento.⁴⁷

Em semelhante disposição, o Papa João Paulo II, na Encíclica *Evangelium Vitae*, esclareceu:

“é de incumbência do médico tomar todas as medidas ordinárias destinadas a restaurar a consciência e outros fenômenos vitais, e empregar medidas extraordinárias quando estas se acham a seu alcance. Não tem, entretanto, a obrigação de continuar de forma indefinida o uso de medidas em casos irreversíveis. (...) Chega um momento em que todo esforço de ressuscitação deve suspender-se e não nos opomos mais à morte”.⁴⁸

O fato do médico evitar os meios desproporcionais de tratamento, por não trazerem benefícios ao paciente, não elimina seu dever de empregar todos os procedimentos proporcionais que lhe tragam conforto e alívio à dor, não praticando omissão de socorro ou eutanásia passiva. Maria Helena Diniz explica:

O Código de Ética Médica do Brasil, no art. 66, veda ao médico a utilização, em qualquer caso, de meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal, e aponta os procedimentos alternativos do médico para com o paciente em condições de morte iminente, quando em coma irreversível ou em estado terminal, mas permite: a suspensão de mecanismos artificiais de sustentação vital, desde que haja adoção de medidas que aliviem a dor e minimizem o sofrimento; o ato de desligar, progressivamente, o maquinário de respiração artificial, porque o paciente, apesar da morte cerebral respira por si; o de usar de meios artificiais, logo após a morte encefálica, para manter certos órgãos vivos para aproveitamento em transplante e, ainda, o de interromper o aparato que sustenta a vida de paciente com parada irreversível das funções encefálicas, devidamente confirmada, visto que ele já é considerado morto, dando-lhe o direito de morrer com dignidade.⁴⁹

Há distinção entre os meios ordinários e os extraordinários de tratamento, que também são chamados, por alguns estudiosos, de meios proporcionados e de meios desproporcionados. Por extraordinários (ou desproporcionados), entende-se aqueles meios que causam um sofrimento ou que têm um custo fora do comum. Desta forma, não seria

⁴⁷ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2009. p. 66.

⁴⁸ JOÃO PAULO II, Papa. **Carta Encíclica *Evangelium Vitae***. A Santa Sé. Disponível em http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. Acesso em: janeiro de 2016.

⁴⁹ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

considerada eutanásia o tratamento do paciente, a seu pedido ou de sua família, que descartasse o uso de meios extraordinários de cura.

A decisão de renunciar a tratamentos que ofereçam um prolongamento precário da vida que se encontra na iminência de uma morte inevitável, sem a interrupção dos tratamentos normais devidos aos doentes em casos semelhantes, portanto, não é eutanásia.

Nesta mesma linha, há perfeita licitude na conduta do médico que prescreve e do paciente que faz o uso de analgésicos ou outros medicamentos que, apesar de aliviarem ou suprimirem a dor, podem levar a um abreviamento da vida do paciente, visto que agrava a moléstia enfrentada. É uma eutanásia indireta, visto que a medicação ministrada não visa a morte do paciente, apesar de contribuir para esta. Neste caso, o entendimento é o mesmo daquele em que considera-se o paciente desobrigado de enfrentar toda e qualquer situação para guardar a sua vida, não sendo razoável ou prudente se impor um comportamento heroico daquele que sofre.

Fundamental, ainda, que haja formação médica específica para lidar com as situações aqui apontadas. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), por meio do seu Comitê de Terminalidade, destaca a importância do diálogo com o paciente e seus familiares ou responsáveis sobre o procedimento ortotanásico. É necessário viabilizar a compreensão de que as tentativas de cura ou o prolongamento da vida não devem converter-se em um processo de tortura.⁵⁰

A AMIB explica que a assistência intensiva tem três fases: 1) adoção de todos recursos de cura; 2) avaliação se o paciente responde ou não aos procedimentos, se são negativos os resultados; e 3) constatada a iminência da morte, suspende-se os procedimentos terapêuticos e ajusta-se os cuidados paliativos à morte sem sofrimento.⁵¹

Elio Sgreccia informa que o Natural Death Act (lei sobre a morte natural), promulgado no Estado da Califórnia, nos Estados Unidos, e estendido em termos equivalentes para outros Estados da União, remonta a 1976. Ficou reconhecido, em concreto, o direito de

⁵⁰ BIFULCO, Vera Anita; CAPONERO, Ricardo. **Cuidados Paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde**. Barueri, SP: Manole, 2016.

⁵¹ Ibidem.

todo adulto dispor para que não se apliquem, e se interrompam as “terapias de manutenção da vida”, no caso de se encontrar em “extremas condições existenciais”.⁵²

A disposição deve ser assinada por seu autor na presença de duas testemunhas, que não devem ser ligadas a ele por vínculo de parentesco ou afinidade, nem serem destinatárias de seus bens, também não pode ser o médico que o assiste ou um dependente deste ou da casa de saúde. Deve ser feita por escrito, em formulário especial e não será válida no caso de paciente grávida. Sua validade é de cinco anos.

O Papa Paulo VI afirmou, sabiamente que “o dever do médico consiste mais em esforçar-se para eliminar a dor que em prolongar o máximo possível, e com todos os meios disponíveis, uma vida que não é mais completamente humana, e que está caminhando para a sua conclusão”.⁵³ Isso não significa eliminar de pronto a vida, como a eutanásia pressupõe, mas reconhecer o sofrimento do doente e dar-lhe o apoio necessário para que sua vida encaminhe-se da forma menos trágica possível até o seu natural desfecho.

Eutanásia e distanásia desviam a morte do seu curso natural. Enquanto a eutanásia antecipa a morte, a distanásia prorroga sua chegada. A ortotanásia, por outro lado, é uma forma de aceitação da morte, com os desafios que sua aproximação representa, contudo, sem prolongamento artificial desproporcional.

⁵² SGRECCIA, **Ello**. **Manual de Bioética. I – Fundamentos e ética biomedical**. Edições Loyola: São Paulo, 1996. p. 633.

⁵³ JOÃO PAULO II, Papa. **Carta Encíclica Evangelium Vitae**. A Santa Sé. Disponível em http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. Acesso em: janeiro de 2016.

2 ABORDAGENS LEGAIS RELATIVAS À EUTANÁSIA

2.1 Direito à Vida e Princípio da Dignidade Humana

A vida humana é protegida constitucionalmente no *caput* do artigo 5º, como um direito individual fundamental. A inviolabilidade do direito à vida é normatizada nas seguintes palavras: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida [...]”.⁵⁴

Esta é uma cláusula pétreia, segundo o inciso IV do §4º do artigo 60 da Constituição Federal de 1988, pois, não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir os direitos e garantias individuais.

O direito à vida é um direito natural positivado. Está baseado em consenso, sendo fruto concebido pela consciência coletiva da humanidade civilizada. Este direito proíbe que os poderes públicos e as pessoas como um todo pratiquem atos que atentem contra a existência dos seres humanos. Sendo esta a dimensão negativa do direito à vida.

Na dimensão positiva do direito à vida, há a possibilidade da pretensão jurídica de proteção do direito à vida, acionando-se a atuação do Estado. O dever de proteção pode obrigar, por exemplo, a criação de serviços de polícia, de um sistema prisional e de uma organização judiciária, como ensina Canotilho.⁵⁵

Se a autoridade pública sabe da existência de um risco iminente para uma determinada vida humana e se omite na adoção de providências preventivas de proteção desta, ocorre uma falha do Estado no dever decorrente da existência do direito à vida.

Maria Helena Diniz explica a eficácia positiva e negativa do direito à vida:

O art.5º da norma constitucional tem eficácia positiva e negativa. Positiva, por ter incidência imediata e ser intangível, ou não emendável, visto que não pode ser modificado por processo normal de emenda. Possui eficácia negativa por vedar qualquer lei que lhe seja contrastante, daí sua força vinculante, paralisante total e imediata, permanecendo intangível, ou não

⁵⁴ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em agosto de 2015.

⁵⁵ CANOTILHO *apud* SARLET, Ingo Woulfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**, 2 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

emendável pelo poder constituinte derivado, exceto por meio de revolução ou de ato de novo poder constituinte originário, criando e instaurando uma novel ordem jurídica.⁵⁶

No entendimento de Maria Helena Diniz, a vida tem prioridade sobre todas as coisas, uma vez que a dinâmica do mundo nela se contém e sem ela nada terá sentido. O direito à vida, portanto, prevalecerá sobre qualquer outro. Havendo conflito entre dois direitos, incidirá o princípio do primado do mais relevante.⁵⁷

A Constituição Federal, afora o inciso XLVII do artigo 5º, que traz a possibilidade de pena de morte em caso de guerra declarada, não excepciona nenhuma outra circunstância para qual o direito à vida possa ser descartado.

A vida humana é pressuposto existencial de todos os demais direitos fundamentais, sendo base material do conceito de dignidade humana, por isso, requer medidas radicais para sua proteção. Não havendo outro meio eficiente para protegê-la, a tipificação penal torna-se inescapável. Assim, quando a vida é suscetível à agressão, cabe ao Estado valer-se de medidas que atinjam a liberdade de outros sujeitos de direitos fundamentais.⁵⁸

Juntamente com direito à vida, tem-se o princípio da dignidade humana. O termo ‘dignidade’ significa elevação ou grandeza moral. Assim, algo que é merecedor e habilitado para ter dignidade, é digno de honra e gravidade. E por causa da sua qualidade de nobre e respeitável, por sua graduação elevada, em suma: pela sua grandeza, exige um modo de proceder que infunde respeito, consideração, seriedade, atenção e até submissão.

A dignidade da pessoa humana, conforme ensina Guilherme Amorim Campos Silva “proclama o valor distinto da pessoa humana e tem, como consequência lógica, a afirmação de direitos específicos de cada ser humano, sem distinções de gênero, cor, credo, sexo e outras”⁵⁹. Neste sentido ele explica:

Em síntese, definem o ser humano, na sua dignidade de pessoa, a igualdade, a liberdade, certos atributos como o direito fundamental à vida e outros (direito à intimidade, à honra, à própria imagem etc.) à subsistência em

⁵⁶ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 22.

⁵⁷ *Ibidem*.

⁵⁸ *Ibidem*.

⁵⁹ SILVA, Guilherme Amorim Campos. **Dicionário Brasileiro de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 114.

condições dignas. Encerra direito fundamental que põe a salvo o indivíduo contra qualquer violação por parte dos demais membros da coletividade e das instituições por eles controladas.⁶⁰

Perez Luño explica que a dignidade da pessoa humana possui uma dimensão negativa, para que as pessoas não venham a ser objetos de ofensas ou humilhações, e uma dimensão positiva, que presume pelo pleno desenvolvimento de cada pessoa.⁶¹

Os direitos humanos têm como objetivo e fundamento a dignidade humana. O ordenamento jurídico nacional e diversos tratados internacionais, de fato, têm apontado nesta direção. O inciso terceiro do primeiro artigo da Constituição Federal Brasileira ordena como um dos fundamentos da República “a dignidade da pessoa humana”. E esta disposição “deve balizar toda e qualquer ação do ente estatal e de seus agentes, determinando seus parâmetros em face dos objetivos traçados para os poderes constituídos da República”.⁶²

O preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948 dispõe que “o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo” e que “o desprezo e o desrespeito pelos direitos humanos resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade”.⁶³

O princípio da dignidade humana está diretamente relacionado à especial ética com a qual deve ser tratado todo ser humano. A vida humana é reconhecidamente indisponível. Por isso nenhum ser humano pode ser utilizado, aproveitado, alienado ou desprezado. Em qualquer condição em que se encontre a vida humana, ela não está à disposição para que alguém tenha a sua propriedade ou a descarte.

Existe uma crescente compreensão da dignidade humana. Mesmo que em vários casos ainda ocorra o descaso ou a afronta à humanidade de muitos, o reconhecimento da dignidade humana é responsável pela disposição cada vez mais ampla de normas em prol da integridade física, social, psicológica e moral dos homens em geral, precipuamente dos mais fragilizados ou discriminados como as crianças, idosos, enfermos, encarcerados, etc.

⁶⁰ SILVA, Guilherme Amorim Campos. **Dicionário Brasileiro de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 116.

⁶¹ LUÑO, Perez *apud* ibidem, p. 115.

⁶² Ibidem, p. 115.

⁶³ ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948.

2.2 Eutanásia e Suicídio Assistido em legislações estrangeiras

Normas e casos concretos estão em análise em cerca de 20 estados americanos, na Inglaterra, Canadá, Alemanha e na África do Sul. O parlamento escocês votou, recentemente, de 82 contra 36 votos contra uma norma de morte assistida. Na Nova Zelândia, o pedido de morte assistida de Lecretia Seales, com um câncer terminal no cérebro, foi negado pela Corte, que disse ser o tema de competência do parlamento para decisão. Em votação popular realizada, em 2012, em Massachusetts, a proposta foi rejeitada por pouco.⁶⁴

Atualmente, alguns países da Europa, a Colômbia e cinco estados norte-americanos permitem algum tipo de eutanásia. Em outros vinte estados norte-americanos e em vários países há projetos de leis sobre o tema, inclusive com propostas de votação popular. No Canadá, a Suprema Corte, recentemente, derrubou a proibição à morte assistida e sua decisão terá efeito no próximo ano. Nos próximos meses, Inglaterra e Alemanha tratarão leis sobre o tema.⁶⁵

Em Oregon, a eutanásia é legalizada desde 1997. A lei Morte com Dignidade permite, sem obrigar, que os médicos receitem drogas letais a pacientes com menos de seis meses de vida restante, situação que deve ser atestada por dois médicos. O doente terminal deve fazer dois pedidos orais e um por escrito e convencer dois médicos de que seu desejo é sincero e a decisão é voluntária e imutável. Os médicos têm de certificar que o paciente não está clinicamente deprimido e são obrigados a informar-lhe sobre alternativas que permitem a morte natural com dignidade e conforto, com a ajuda de remédios para controlar a dor física. Há, ainda, um prazo de espera mínima de duas semanas entre o pedido e a prescrição pelos médicos da dose letal de medicamento, que só pode ser ingerida por via oral.⁶⁶

O Departamento de Saúde, em Oregon, contribui com 45 dólares a cada paciente terminal que deseja participar do programa de suicídio assistido, desde que aprovado por médico-psiquiatra. Esta medida foi aprovada em referendo popular, de forma que os

⁶⁴ THE ECONOMIST. **Final Certainty**. Disponível em: <http://www.economist.com/news/briefing/21656122-campaigns-let-doctors-help-suffering-and-terminally-ill-die-are-gathering-momentum>. Acesso em julho de 2015.

⁶⁵ THE ECONOMIST. **The right to die**. Disponível em: <http://www.economist.com/news/leaders/21656182-doctors-should-be-allowed-help-suffering-and-terminally-ill-die-when-they-choose>. Acesso em agosto de 2015.

⁶⁶ BUZAGLO, Samuel Auday. **Eutanásia** in Carta Mensal, v. 52, n. 615. Brasília: Confederação Nacional do Comércio, 2006, p. 12)

custos hospitalares são financiados pelo governo, embora grupos de apoio ao suicídio assistido argumentem que esta quantia é insuficiente.⁶⁷

Desde 1997, 1.327 pessoas em Oregon receberam prescrição de medicação letal, das quais dois-terços as tomaram. A dor, ou o medo dela, motivaram um quarto das pessoas. A maioria citou a perda de autonomia ou da dignidade, ou a impossibilidade de fazer coisas que tornam a vida aprazível, como motivadores da solicitação.⁶⁸

Também em 1997, a Corte Constitucional da Colômbia descriminalizou a eutanásia, contudo, por falta de maiores esclarecimentos sobre suas condições, poucos médicos estão dispostos a realizá-la. Um painel de juízes está em discussão sobre normas elaboradas no âmbito do Ministério da Saúde.

A Holanda, que conviveu por décadas, parcimoniosamente, com a existência de médicos que prescreviam remédios letais para doentes terminais, em 2002, legalizou a prática, e a estendeu para doentes em grande sofrimento, ainda que não sejam casos terminais. Logo em seguida, Bélgica seguiu seu exemplo.⁶⁹ Ambos países permitem a eutanásia e a população, em geral, apoia. Nestes países, o médico ministra a droga letal e a entrega ao paciente, ou a deixa acessível para que o próprio paciente a pegue e faça o uso.⁷⁰

França e Espanha não permitem a eutanásia, mas sua população é a favor, em maior parte, segundo *The Economist*.⁷¹

O Código Penal uruguaio prevê como causa de impunidade o homicídio piedoso, quando o agente é levado por compaixão, mediante reiteradas súplicas da vítima. Esse Código, no art. 37, e o da Colômbia, no art. 365, concedem o benefício do perdão judicial em caso de eutanásia ativa, se realizada com a anuência expressa do paciente terminal.⁷²

⁶⁷ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 357.

⁶⁸ THE ECONOMIST. **Final Certainty**. Disponível em: <http://www.economist.com/news/briefing/21656122-campaigns-let-doctors-help-suffering-and-terminally-ill-die-are-gathering-momentum>. Acesso em julho de 2015.

⁶⁹ Ibidem.

⁷⁰ THE ECONOMIST. **Attitudes towards assisted dying**. Disponível em: <http://www.economist.com/news/briefing/21656121-idea-whose-time-has-come-attitudes-towards-assisted-dying>. Acesso em julho de 2015.

⁷¹ Ibidem.

⁷² DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 361.

Os Códigos Penais da Alemanha (art. 216), da Suíça (art. 114) e da Itália (art. 579) não admitem a absolvição nem o perdão judicial para eutanásia, embora entendam, em disposições especiais, que a eutanásia é um homicídio atenuado em atenção a motivo piedoso.⁷³

A eutanásia é proibida na Suíça e na Alemanha, contudo, o suicídio assistido é permitido. O paciente deve injetar ou tomar, sem ajuda de terceiros, a substância letal, embora o médico a receite.

A Suíça não se opõe à atuação de entidades que orientam e oferecem estrutura para aqueles que desejam morrer.⁷⁴ Uma dessas instituições é a Dignitas, que auxilia a morte de pessoas de todo o mundo, inclusive doentes com depressão ou problemas mentais, o que gera polêmicas inclusive no próprio país. A Procuradoria-Geral de Zurique teme a possibilidade da cidade se tornar “a capital da morte”, por isso, estudam a imposição de uma lei que estabeleça que apenas quem vive na Suíça possa dispor do serviço.

Holanda e Bélgica permitem o suicídio assistido em mais situações que Oregon, e o médico pode realizar a eutanásia, ministrando a dose letal intravenosa, ao invés de exigir que os próprios pacientes a tomem sozinhos, como na Suíça e em Oregon.⁷⁵

Na Holanda, pessoas com sofrimento intenso, sem perspectiva de melhora e crianças de 12 anos, com o consentimento dos pais, podem recorrer à eutanásia. Cerca de 3% das mortes holandesas, por ano, são por meio da eutanásia, o maior índice no mundo, e que tem crescido cerca de 15% ao ano. A Bélgica aumentou as possibilidades de eutanásia, em 2014, retirando qualquer limite mínimo de idade, exigindo somente que as crianças estejam próximas a morrerem e com graves dores.⁷⁶

São praticados mais de 4.000 procedimentos de eutanásia, por ano, na Holanda, dos quais apenas 300 encontra-se em conformidade com a lei do país, e mais de 1.000 casos

⁷³ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 362.

⁷⁴ G1. **Ao menos 5 países permitem suicídio assistido ou eutanásia; veja quais são.** Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/11/ao-menos-5-paises-permitem-suicidio-assistido-ou-eutanasia-veja-quais-sao.html>. Acesso em junho de 2015.

⁷⁵ THE ECONOMIST. **Final Certainty.** Disponível em: <http://www.economist.com/news/briefing/21656122-campaigns-let-doctors-help-suffering-and-terminally-ill-die-are-gathering-momentum>. Acesso em julho de 2015.

⁷⁶ Ibidem.

são de eutanásia involuntária, inclusive com alguns casos em que não há consentimento nem mesmo da família, havendo decisão médica isolada.⁷⁷

O sofrimento mental também pode ser justificativa para o suicídio assistido na Holanda, embora o tema seja controverso e exista orientações de que pacientes cujo sofrimento seja causado por doenças psicológicas ou depressão não sejam capazes mentalmente para solicitarem a eutanásia. Embora 90% dos casos de eutanásia na Holanda sejam relacionados a câncer, doenças cardíacas ou neurológicas, os números envolvendo sofrimento psicológico vem crescendo. Em 2002, primeiro ano em que a lei estava em vigor, não houve nenhum caso; em 2013, foram 42 episódios.⁷⁸

2.3 Legislação brasileira sobre Eutanásia e Ortotanásia

A legislação brasileira não possui normas específicas que tratem o tema da eutanásia, contudo, o Código Penal brasileiro tipifica, no artigo 122, o auxílio ao suicídio: “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”.

A lei penal brasileira, embora não acolha a impunibilidade do homicídio eutanásico, considera-o homicídio privilegiado, facultando ao juiz a imposição de pena minorada, visto que o agente é impelido por motivo de piedade.

O parágrafo primeiro do artigo 121 da lei penal possibilita ao magistrado a redução da pena de 1/6 a 1/3 se o homicídio for cometido por relevante valor social ou moral. Desta forma, ainda que a eutanásia e o suicídio assistido sejam crimes no Brasil, há a possibilidade de que a pena seja minorada a partir da reflexão sobre as motivações que levaram o médico ou familiar a realizarem o procedimento que causou a morte do paciente.

⁷⁷ CALLAHAN, D. *apud* SOARES, André Marcelo M. **Bioética e as situações ao final da vida** in *Questões de Bioética – Estudos da CNBB n° 98*. Coordenação: Comissão Episcopal Pastoral para a vida e a Família. Brasília: Edições CNBB, 2010.

⁷⁸ THE ECONOMIST. **Final Certainty**. Disponível em: <http://www.economist.com/news/briefing/21656122-campaigns-let-doctors-help-suffering-and-terminally-ill-die-are-gathering-momentum>. Acesso em julho de 2015.

O Código de Ética Médica, do Conselho Federal de Medicina, no capítulo V, que dispõe sobre a Relação com Pacientes e Familiares, veda ao médico, no artigo 41: “Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”. Entre os Princípios Fundamentais enumerados no referido Código, tem-se, no inciso VI:

O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.⁷⁹

No ordenamento jurídico brasileiro, não há previsão legal que impeça a prática da ortotanásia. Carlos Eduardo Martins explica:

Não há, na ortotanásia, a ação de ofender a vida, como há na eutanásia, portanto não se fala do homicídio previsto no artigo 121, do Código Penal, e também não se fala em omissão de socorros, não tange a omissão prevista no artigo 4º, do Código Penal, pois aqui se trata de paciente em estado irreversível, já tendo recebido os cuidados necessários para sua recuperação hipotética, mas sem sucesso. Tampouco fere o princípio da dignidade humana, prevista no artigo 1º, III, da Constituição Federal. O único impedimento que poderiam cogitar para esta prática, talvez seja o fato de a vida ser entendida, pela doutrina, como direito indisponível. (...) Permitir que um sujeito em sofrimento, com morte iminente faleça não é privar-lhe o direito à vida, tampouco ofender a indisponibilidade do direito a esta, mas garantir sua dignidade. Não devemos entender, portanto, que a ortotanásia fere a indisponibilidade do direito à vida.⁸⁰

Em 2006, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução 1.805/2006, proposta pela Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida, que regulamentava a prática da ortotanásia, contra a qual o Ministério Público Federal ingressou com Ação Civil Pública, alegando que somente lei poderia tratar deste assunto. Em 2007, uma liminar suspendeu a resolução, contudo, em 2010, o Ministério Público Federal deu novo parecer, afirmando que a ortotanásia não ofende o ordenamento jurídico.⁸¹

A referida Resolução estabelece diretrizes para o procedimento da ortotanásia e estabelece que deve ser fundamentada e registrada no prontuário médico:

⁷⁹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM Nº1931/2009.

⁸⁰ MARTINS, Carlos Eduardo. **Ordenamento jurídico brasileiro aceita ortotanásia**. Consultor Jurídico. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2013-set-17/carlos-martins-ortotanasia-aceita-nosso-ordenamento-juridico>. Acesso em: dezembro de 2015.

⁸¹ FARAH, Elias. **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: Reflexões Básicas em Face da Ciência Médico e do direito** in Revista do Instituto dos Advogados de São Paulo, v. 14, n. 28. São Paulo: Revista dos Tribunais, v. 14, n. 28, 2011, p. 168.

Ar.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 a seu 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 a seu 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 e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.⁸²

Se, por um lado, é importante que o paciente ou seus familiares tenham sua vontade resguardada no sentido de não serem obrigados a prolongar o tratamento infrutífero de doença terminal e o processo de morte, indefinidamente, que tortura o doente e lhe retira a vida paulatinamente, por outro, é importante que o médico se sinta confortável e confiante para tomar as providências necessárias para permitir a ocorrência da ortotanásia, sem risco de ser acusado penalmente por isso. Uma legislação específica neste sentido, portanto, seria bastante útil.

⁸² CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n° 1.805/2006.

3 O DIREITO A UMA MORTE DIGNA

3.1 A dignidade da pessoa enferma

Da condição humana e da dignidade da pessoa participa o corpo, que deve ser respeitado como um bem valioso, não porque vale para fins úteis, ainda que, aparentemente, nobres, mas sim por seu valor individual. Modelar o ser humano, segundo interesses que usam critérios funcionais de eficácia e de utilidade, seria um atentado à dignidade humana e conduziria o corpo a uma condição inferior, equivalente a objeto, bem útil ou instrumental.⁸³

Ellio Sgreccia explica que o corpo é o valor e o fundamento no qual e por meio do qual a pessoa se realiza e entra no tempo e no espaço, se expressa e se manifesta, constrói e exprime os demais valores, inclusive a liberdade, a sociabilidade e até o próprio projeto futuro.⁸⁴

A Organização Mundial da Saúde define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doenças e de enfermidades”. Ao médico não cabe apenas o dever de cuidar da saúde física do seu paciente, mas também de oferecer-lhe assistência psicológica, como inclusive apregoam os códigos deontológicos médicos.

O modo como o doente enfrenta seu desconforto físico, suas ansiedades quanto à doença e suas necessidades terapêuticas sofrem influência direta de seus valores éticos e também religiosos. O valor ético é “tudo aquilo que permite dar significado à vida humana. O valor é aquilo que suscita estima, admiração, sentido de perfeição”.⁸⁵

A dignidade da pessoa humana, incluindo o valor do seu corpo, não estão vinculados ao perfeito funcionamento deste. No momento da dor e do desespero, ou do desconforto causado a alguém por uma doença ou pelas sequelas de um acidente, não basta conformar-se com o sofrimento daquele que se queixa, necessário é adentrar ao seu mundo para ouvir e acalentar. Daniel Serrão, explica:

⁸³ DUARTE, Antônio Augusto Dias. **A Bioética à luz dos documentos da igreja** in *Questões de Bioética – Estudos da CNBB n° 98*. Coordenação: Comissão Episcopal Pastoral para a vida e a Família. Brasília: Edições CNBB, 2010.

⁸⁴ SGRECCIA, Ellio. **Manual de Bioética. I – Fundamentos de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

⁸⁵ GEVAERT *apud* SGRECCIA, Ellio. **Manual de Bioética. I – Fundamentos de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 1996, p.154.

Para encontrar a solução da dor causada pelo sofrimento, é condição indispensável ter acesso ao espaço do outro: aproximar-se da intimidade do enfermo, conhecer sua história de vida. Esse *locus* é íntimo, profundo: para entender a razão da angústia do paciente, é preciso criar empatia com quem sofre, relacionar-se com sua dor, criar laços de confiança e carinho. Tal conduta afasta a hipótese de eutanásia.⁸⁶

Nesta linha, surgiu uma área na medicina que vem crescendo e se estabelecendo como fundamental no cuidado de muitos doentes, a medicina dos tratamentos paliativos, na qual trabalham médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros. Maria Helena explica, fazendo referência aos ensinamentos de Daniel Serrão:

Muitos pacientes sofrem porque não conseguem resolver problemas em sua vida: nesses casos, o contato humano entre quem dá assistência e quem a recebe é salutar. Outra justificativa para o pedido de eutanásia é o esgotamento do projeto de vida pessoal, quando o indivíduo está convencido de sua inutilidade como ser humano, acreditando que a morte seja a única saída (...). Nessas situações, o tratamento paliativo também é muito eficaz, pois resgata a auto-estima do doente, fazendo-o compreender que a vida não depende somente do funcionamento perfeito do órgão do corpo (...). Pesquisadores vêm procurando descobrir quais são as ondas cerebrais responsáveis pelo estado de bem-estar. Mas já se sabe que o bom humor e o amor contribuem inegavelmente para o avanço da reconstrução pessoal do paciente.⁸⁷

A ninguém deve ser dado promover ou antecipar a morte de outrem. Ao médico, com mais forte razão, muito menos, pois a ele cabe curar algumas vezes, aliviar sempre.⁸⁸ A consciência ético-jurídica não admite que um terceiro se levante como juiz do direito de outrem à vida e se torne cúmplice ou auxiliador de sua morte.⁸⁹

Percebe-se que, ao defender-se, intransigentemente, a vida humana e se punir, incondicionalmente, qualquer forma de homicídio piedoso, cria-se um novo direito: o direito de defender a pessoa humana de si mesma. O direito sobre a vida não é um direito de propriedade. Há apenas uma probabilidade de disposição. Dispõe-se de uma prerrogativa não absoluta sobre a vida.⁹⁰

⁸⁶ SERRÃO, Daniel. **Eutanásia. Moralmente condenável, juridicamente inaceitável.** Núcleo Fé e Cultura. Disponível em: http://www.pucsp.br/fecultura/textos/bio_ciencias/6_eutanasia_moralmente.html. Acesso em janeiro de 2016.

⁸⁷ SERRÃO, Daniel *apud* DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 363.

⁸⁸ TEIXEIRA, Napoleão *apud* ibidem, p. 364.

⁸⁹ MAGGIORE *apud* ibidem, p. 365.

⁹⁰ FRANÇA, Genival V. de *apud* ibidem, p. 365.

O respeito devido à vida humana transcende toda e qualquer relativização.

Ellio Sgreccia afirma:

As vozes que afirmam o valor intangível da vida humana perante o médico (Hipócrates e Galeno) ou o seu valor perante os deveres civis (Cícero) testemunham, todavia, a permanência de uma ética de respeito do homem em particular e de rejeição da consideração puramente instrumental da corporeidade.⁹¹

Os defensores da eutanásia afirmam que o sofrimento não pode ser imposto, de forma que a dignidade do indivíduo é resguardada quando a ele é permitido que escolha racionalmente sobre sua própria sorte. Maria Helena Diniz explica, mencionando Pessine, Eutanásia e América Latina:

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 à 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.⁹²

A justificativa da eutanásia com base no direito de escolha daquele que sofre, implica em banalização da morte. A busca do fim da dor por meio da morte, quando acatada socialmente e legalmente, desestimula a luta intrínseca à vida. Se a vida perde o sentido quando há sofrimento, o doente que se esforça por sua cura, naturalmente, deixa de fazer sentido também.

Possivelmente, ao se resolver, teoricamente, o problema daqueles que preferem a morte à dor, permitindo-os que recorram à eutanásia, abra-se margem para um sofrimento ainda maior daqueles que preferem lutar ou aguardar o fim natural de suas vidas, ainda que o sofrimento seja grande e a morte certa.

Se hoje quem deseja, com todas as suas forças, a morte, sofre por não poder realizar tranquilamente seu anseio pelo fim imediato, depois da legalização da eutanásia, aumenta-se o número de angustiados com os dilemas: “lutar ou não lutar?”; “aguardar ou não aguardar?”; “para que sofro tanto e proporciono tanto trabalho e dor aos meus familiares, se

⁹¹ SGRECCIA, Ellio. **Manual de Bioética. I – Fundamentos de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 1996, p. 120.

⁹² DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

posso encerrar com tudo isso já?”. As opções, muitas vezes, trazem mais dilemas, angústias e insatisfações do que a falta delas.

Estudos de psicologia social mostram que as pessoas passam a aceitar barbaridades éticas quando a escalada se faz de modo paulatino e se ressaltam as semelhanças entre a nova situação e o que era considerado normal. A própria eutanásia vem expandindo imensamente seus horizontes de possibilidades.

Renato Flávio Marcão conta que, na obra “A autorização para exterminar as vidas sem valor vital”, de Binding e Hoche, foi defendido o reconhecimento oficial do direito de matar os indivíduos desprovidos de valor vital ou mental, justificando tal eliminação em nome da sociedade⁹³.

Buzaglo explica os desdobramentos da eutanásia praticada na Holanda, onde é legalizada desde 2002. Verifica-se que “os administradores de hospitais orientam seus médicos a aplicarem injeções letais aos pacientes idosos cuja assistência é considerada muito dispendiosa”. E, ainda, que “a prática da eutanásia é utilizada na Holanda não com o intuito de atenuar o sofrimento do enfermo, mas de ser mais cômodo tanto para o médico quanto para a família”.⁹⁴

Em um país onde os doentes não têm leitos suficientes nos hospitais, como o Brasil, qual não seria o risco de que as administrações dos hospitais buscassem resolver este problema por meio da prática indiscriminada da eutanásia? Quantas famílias não seriam expostas a tomar decisões sobre a vida ou morte de seus doentes pautadas por questões econômicas, deixando de lado a dignidade daqueles que sofrem? Quais seriam as chances da eutanásia se tornar a saída fácil (e desumana) para diversos problemas no sistema de saúde brasileiro?

O número de asilos diminuiu, substancialmente, na Holanda e os idosos tem grande medo da eutanásia. Muitos idosos que moram em asilos só bebem água das torneiras e não bebem nenhum outro líquido, por medo de conterem veneno mortal. Existem casos de médicos e enfermeiros que confessaram ter praticado a eutanásia sem consentimento dos

⁹³ MARCÃO, Renato Flávio. **Reflexões sobre a eutanásia e a ortotanásia** in *Justitia*, v. 61, n. 185/188. São Paulo: PGJ, 1999, p. 91.

⁹⁴ BUZAGLO, Samuel Auday. **Eutanásia** in *Carta Mensal*, v. 52, n. 615. Brasília: Confederação Nacional do Comércio, 2006, p. 9-10.

pacientes ou idosos, e foram absolvidos, pela consideração de que suas atitudes teriam sido motivadas por razões humanitárias.⁹⁵

Outra hipótese que tem sido cogitada, é a da eutanásia realizada em crianças recém-nascidas, com a motivação de serem elas deficientes ou portarem doenças graves. Maria Helena Diniz explica que, segundo a Academia de Ciências Morais e Políticas da França, deve-se:

repudiar terminantemente todos os métodos destinados a provocar a morte dos seres considerados monstruosos, malformados, deficientes ou incuráveis, porque, entre outras razões, toda doutrina médica ou social que não respeita, sistematicamente, os próprios princípios da vida conduz fatalmente, como experiências recentes demonstraram, a abusos criminosos e ao sacrifício de indivíduos que, apesar de seus defeitos físicos, podem, como prova a história, contribuir magnificamente para a edificação permanente de nossa civilização.⁹⁶

O próprio diagnóstico de incurabilidade de uma enfermidade nem sempre é certo. Deixar nas mãos dos médicos o poder sobre a vida e a morte, ainda que diante de alguns procedimentos e autorizações prévias, pode ser desproporcional e temerário. A Academia de Ciências Morais e Políticas da França se manifestou da seguinte forma:

Considerar que a eutanásia e de um modo geral todos os mitos que tenham como efeito provocar por compaixão, nos moribundos, uma morte doce e tranquila deve ser igualmente repudiado. Sem dúvida é dever do médico, enquanto suas possibilidades técnicas permitirem, atenuar as angústias e os horrores da agonia quando se apresentem. Nestas circunstâncias o medo de que sobrevenha a morte durante seus cuidados não deve deter suas iniciativas terapêuticas, porém, não pode, sem dúvida, considerar como lícito o feito de provocá-la deliberadamente. Esta opinião categórica se fundamenta, entre outros motivos, no fato de que nem sempre é possível diagnosticar, com absoluta certeza, a incurabilidade de seus pacientes, e que, ainda, na hipótese de sua certeza, o emprego de tais métodos outorgaria ao médico uma espécie de soberania sobre a vida e a morte, soberania essa contrária a sua verdadeira missão, que é curar, contrária a suas tradições profissionais, à ordem pública e aos próprios princípios da moral milenar, que reconhece a esperança como um de seus fundamentos.⁹⁷

Mesmo que as escolhas íntimas do paciente sejam as menos esperançosas e resistentes dentre as possíveis, não caberia ao corpo médico que o atende, simplesmente,

⁹⁵ BUZAGLO, Samuel Aday. **Eutanásia** in Carta Mensal, v. 52, n. 615. Brasília: Confederação Nacional do Comércio, 2006, p. 10-11.

⁹⁶ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 371.

⁹⁷ *Ibidem*, p. 371.

resignar-se com a vontade de morrer alheia e ministrar-lhe a droga solicitada. O fato de “poder”, ou seja, ser possível, não se deve tornar porta escancarada para o “fazer”.

A súplica que brota do coração do homem no confronto supremo com o sofrimento e a morte, como alertou o Papa João Paulo II, especialmente, quando é tentado a fechar-se no desespero e, de alguma forma, aniquilar-se nele, é sobretudo uma petição de companhia, solidariedade e apoio na prova. É um pedido de ajuda para continuar a esperar, quando falham todas as esperanças humanas.⁹⁸

3.2 Humanização da morte – cuidados paliativos

A problemática com a qual as reflexões éticas e o Direito devem se ocupar, ao criminalizar a eutanásia, encontram-se no ato de apressar, intencionalmente, o processo natural da morte. Ellio Sgreccia afirma que “a eutanásia deve ser condenada, pois implica o fato de uma morte antecipada, ainda que por piedade, do moribundo, enquanto a humanização da morte deve ser promovida com um conjunto de meios e de atenções”.⁹⁹

A alternativa existente à eutanásia, encontra-se na humanização da morte, pela qual promove-se um conjunto de meios e atenções ao moribundo, permitindo-lhe que viva seus últimos dias de vida da forma mais digna possível. Com este objetivo, tem-se desenvolvido a medicina paliativa, por meio da qual busca-se garantir ao paciente o maior conforto possível em seu tempo restante de vida.

Os cuidados paliativos são uma modalidade de cuidar. Seu objetivo é melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de problemas associados a doenças em que a cura não é mais possível com os conhecimentos disponíveis, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, pela identificação precoce, avaliação precisa e tratamento da dor e de outros sintomas.¹⁰⁰

⁹⁸ JOÃO PAULO II, Papa. **Carta Encíclica Evangelium Vitae**. A Santa Sé. Disponível em http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangeliumvitae.html. Acesso em: janeiro de 2016.

⁹⁹ SGRECCIA, Ellio. **Manual de Bioética. I – Fundamentos de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 1996, p. 601.

¹⁰⁰ BIFULCO, Vera Anita; CAPONERO, Ricardo. **Cuidados Paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde**. Barueri, SP: Manole, 2016, p. 38.

A medicina paliativa tem o papel de treinar os profissionais para enfrentar as situações especiais e dramáticas por que passam os pacientes terminais. A Organização Mundial da Saúde define os cuidados paliativos como uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.¹⁰¹

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os cuidados paliativos representam uma visão da morte como um processo natural; não visam impedir ou adiar a morte; integram os aspectos psicológico e espiritual do cuidado ao paciente; proporcionam um sistema de suporte ao paciente para que ele viva o mais ativamente possível até a morte; oferecem suporte para a família lidar com a doença do paciente e o luto posterior; são aplicáveis desde o início da doença, em conjunto com outras terapias que visem prolongar a vida, como a quimioterapia e a radioterapia, no caso do câncer, além de incluir as investigações necessárias para entender e lidar com as diversas complicações clínicas advindas dos tratamentos.¹⁰²

Essa área de atuação foi criada no Brasil pela Resolução 1.973/2011 do Conselho Federal de Medicina, em consonância com o Código de Ética Médica, que dispõe, desde 2009, no capítulo I, item XXII: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.¹⁰³

O alívio do sofrimento e a busca pela autonomia e manutenção de uma vida ativa enquanto ela durar, princípios dos cuidados paliativos, além da atenção aos familiares do doente, exigem habilidades de uma equipe multiprofissional para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença. São necessários, no mínimo, os cuidados de um médico, uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social e pelo menos um profissional

¹⁰¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO Definition of Palliative Care. **World Health Organization**. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>. Acesso em janeiro de 2016.

¹⁰² Ibidem.

¹⁰³ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931/2009.

da área de reabilitação, conforme a situação do paciente. Todos devem ser treinados especificamente na filosofia e prática da palição.¹⁰⁴

Os cuidados paliativos se iniciam desde o diagnóstico, até o período de luto, conforme explica a Academia Nacional de Cuidados Paliativos:

A palição ganha expressão e importância para o doente à medida que o tratamento modificador da doença (em busca da cura) perde sua efetividade. Na fase final da vida, os Cuidados Paliativos são imperiosos e perduram no período do luto, de forma individualizada.¹⁰⁵

Destinam-se os cuidados paliativos a tornar o sofrimento mais suportável na fase aguda da doença e assegurar ao paciente, ao mesmo tempo, um adequado acompanhamento humano. Neste contexto, entre outros problemas, levanta-se o da licitude do recurso aos diversos tipos de analgésicos e sedativos para aliviar o doente da dor, quando isso comporta o risco de lhe abreviar a vida.

É aceitável suprimir a dor por meio de narcóticos, mesmo com a consequência de limitar a consciência e abreviar a vida. Neste caso, a morte não é procurada, embora por motivos razoáveis se corra o risco dela: pretende-se simplesmente aliviar a dor de maneira eficaz, recorrendo aos analgésicos postos à disposição pela medicina.¹⁰⁶

A Sra. Cicely Saunders, fundadora, em 1967, do St. Christopher's Hospice, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento, e ainda um dos principais serviços no mundo em Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa, refutava o fato de alguns médicos e profissionais da saúde dizerem “não há mais nada a fazer”. Ela dizia “ainda há muito a fazer”.¹⁰⁷

A perspectiva da morte não retira da pessoa o direito de ser cuidada, atendida, dentro das possibilidades que ela tem, e o médico de lhe auxiliar neste processo em que vai buscar viver, da melhor maneira possível, o tempo que ainda lhe resta. Os profissionais da saúde devem cuidar das pessoas, e não somente de suas doenças.

¹⁰⁴ ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **O que são Cuidados Paliativos?** ANCP. Disponível em: http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oquee_cuidados. Acesso em janeiro de 2016.

¹⁰⁵ Ibidem.

¹⁰⁶ JOÃO PAULO II, Papa. **Carta Encíclica Evangelium Vitae**. A Santa Sé. Disponível em http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. Acesso em janeiro de 2016.

¹⁰⁷ ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **O que são Cuidados Paliativos?** ANCP. Disponível em: http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oquee_cuidados. Acesso em janeiro de 2016.

O movimento paliativista tem crescido grandemente em todo o mundo, desde o início do século. Na Inglaterra, pacientes têm acesso gratuito a Cuidados Paliativos, cujos serviços são custeados pelo governo ou por doações. Nos Estados Unidos, o movimento cresceu de um grupo de voluntários que se dedicava a pacientes que morriam isolados para uma parte importante do sistema de saúde. No Brasil, desde os anos 1970 existem iniciativas isoladas e discussões a respeito dos Cuidados Paliativos, tendo surgido nos anos 1990, de forma experimental, os primeiros serviços organizados, se difundindo bastante na última década.¹⁰⁸

3.3 A medicina e a dignidade ao morrer

A dignidade no adeus à vida, bem como a morte, propriamente dita, não são temas fáceis de serem abordados. Seria imoral o sofrimento considerado inútil, do ponto de vista que não leva à cura, mas à morte? Quanta dignidade há no ato de se desviar a morte de seu curso natural, seja por meio da eutanásia que a antecipa, ou pela distanásia que prorroga sua chegada?

A medicina, até o século XIX, foi, essencialmente paliativa.¹⁰⁹ Antes das potencialidades tecnológicas se expandirem e proporcionarem os tratamentos que existem e se ampliam cada vez mais, pouco ou nada podia fazer o médico, em grande parte das vezes, além de consolar e amenizar a dor daquele que sofria de algum mal. Basta recordar que medicamentos e métodos diagnósticos eram raros até não muito tempo atrás, e sem anestesia não havia tratamento cirúrgico.

Vera Anita Bifulco e Ricardo Caponero explicam que houve uma alteração na trajetória de morte dos seres humanos. Havia doenças agudas em que a cura não era somente impossível, como causavam o fim em tempo relativamente curto e com muito sofrimento e dor. Eram momentos difíceis, de bastante impotência do médico e dos familiares. Embora não se tivesse muito o que fazer, havia presença física junto à pessoa enferma, o que, de alguma

¹⁰⁸ ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **O que são Cuidados Paliativos?** ANCP. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oquee+cuidados>. Acesso em janeiro de 2016.

¹⁰⁹ BIFULCO, Vera Anita; CAPONERO, Ricardo. **Cuidados Paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde**. Barueri, SP: Manole, 2016, p. 63.

forma, trazia consolo, alento, e sensação de não abandono, de proximidade. A presença do médico em momentos de enfermidade trazia acalento, este era seu papel e funcionava.¹¹⁰

A formação de muitos profissionais da saúde, nos dias atuais, diferentemente, tem sido voltada para a salvação de vidas, e esta parece ser uma visão contagiada na sociedade, deixando muitas pessoas sem direção, com a sensação de derrota, tanto médicos, quanto pacientes e familiares, quando veem-se diante de doenças sem cura.

Os médicos aprendem, já na graduação, que sua missão é lutar contra a morte.¹¹¹ Com esta mentalidade, existem casos em que o profissional desiste do paciente com doença avançada, cometendo a chamada eutanásia branca.

O artigo 61 do Código de Ética Médica salienta: “salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico”.

Vera Anita Bifulco e Ricardo Caponero explicam que o que mais aflige os pacientes em relação à doença é o sofrimento e a dependência. Em relação aos profissionais de saúde, seus maiores receios são de abandono, de não poder mais contar com o profissional em quem depositaram sua confiança e esperança, e muitas vezes o acompanharam por muitos anos. Nota-se que, infelizmente, quando a doença está “fora de possibilidades terapêuticas”, o abandono ainda ocorre com muita frequência.¹¹²

A dignidade a ser percebida no momento da morte, transcende a dimensão físico-biológica do contexto hospitalar. O morrer com dignidade advém, especialmente, do viver dignamente os momentos que antecedem a morte. É digna a morte do paciente que recebeu atenção adequada dos profissionais da saúde e de sua família.

Uma morte digna dá-se quando o paciente, se consciente, ou seus responsáveis, no caso oposto, exercem o direito de participar da decisão sobre os métodos de tratamento e os limites das medidas terapêuticas de caráter extraordinário, de forma a não prolongar a vida

¹¹⁰ BIFULCO, Vera Anita; CAPONERO, Ricardo. **Cuidados Paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde**. Barueri, SP: Manole, 2016, p. 50.

¹¹¹ ALVES, R. *apud* ibidem, p. 53.

¹¹² BIFULCO, Vera Anita; CAPONERO, Ricardo. **Cuidados Paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde**. Barueri, SP: Manole, 2016, p. 80.

de forma fútil. Isso envolve a avaliação dos potenciais resultados ou malefícios inerentes à abordagem terapêutica, em relação à vida que se tem e a que se deseja.¹¹³

A pessoa que sofre com as incertezas da situação de enfermidade e sua família, claramente, necessitam de apoio e esclarecimento para conseguirem avaliar as possibilidades e tomar decisões. Por isso, cabe à equipe profissional interdisciplinar esclarecer, dar apoio e garantir respaldo emocional para que pacientes e familiares decidam e lidem de forma adequada com suas escolhas.

A eutanásia, no contexto exposto, parece não representar exatamente uma morte digna, mas abandono. Aquele que é acometido de doença grave vive um processo de luto, enquanto sentimento de pesar e tristeza profunda causada pela situação em que se encontra.

A luta incansável pela vida, mesmo que às custas de elevados sofrimentos ao paciente, levando a uma prorrogação indefinida da sua morte pela ação dos familiares e profissionais da saúde, tampouco, trata-se de uma forma apreciável de se lidar com uma doença grave e uma morte incontornável. A prolongação do processo da morte e, conseqüentemente, do sofrimento, não contribui para a ocorrência de uma morte digna.

Faz-se necessário compreender que a morte não é uma “doença” a ser curada a qualquer custo. Bifulco e Caponero apontam:

No século XXI, o grande medo que permeia a sociedade e o imaginário popular é o da morte indigna, prolongada, com intenso sofrimento, dor e abandono. O excesso de poder fez surgir a possibilidade de distanásia, dos tratamentos fúteis, e fizeram das unidades de terapia intensiva (UTI), no dizer do Pe. Leocir Pessini, as “catedrais do sofrimento moderno”.¹¹⁴

Muitas vezes, o medo de passar pela situação de obstinação terapêutica leva as pessoas a acreditarem que a eutanásia é a solução possível para este problema. Contudo, o ato de não prolongar uma vida sofrida e que se mostra irrecuperável, mas deixar que cumpra seu inevitável destino, sem delongas, é característica da ortotanásia e não da eutanásia.

Existe uma profunda diferença entre a situação do enfermo agonizante e do doente que conhece a gravidade de sua doença, que inevitavelmente o levará à morte. No

¹¹³ BIFULCO, Vera Anita; CAPONERO, Ricardo. **Cuidados Paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde**. Barueri, SP: Manole, 2016, p. 91.

¹¹⁴ Ibidem, p. 54.

primeiro caso, o simples fato de suspender procedimentos extraordinários na manutenção da vida do paciente, permitirá que ele encontre a fatalidade que lhe espera, sem prolongamento inútil do seu sofrimento. No segundo caso, somente uma interferência drástica retirará a vida do paciente, que embora sofra de mal letal, tem condições normais de receber tratamento para ter sua vida prolongada, caso queira, ou, ao menos para que esta seja melhor vivida.

O ressurgimento dos cuidados paliativos tem promovido um aprimoramento da formação humanística do profissional de saúde, preparando-o para oferecer uma assistência digna que vá ao encontro das necessidades de portadores de doenças sem esperança de cura, de maneira a proporcionar-lhe uma sobrevida com qualidade, levando a uma transformação positiva na relação entre profissional e paciente, em qualquer fase de evolução da doença.

Dentro do processo de terminalidade de vida, deve-se levar em conta não a quantidade de vida que resta ao doente, mas a sua qualidade, ideal que deve permanecer até o fim, na medida do possível e dentro das limitações impostas pela doença.¹¹⁵ Todo o sofrimento deve ser tratado, inclusive o emocional, de forma que o paciente possa fazer o aproveitamento do tempo de vida que lhe resta.

Aqueles que se sentem confrontados com a morte precisam acreditar e sentir que ainda fazem parte do mundo dos vivos, que ainda são ouvidos e que são rodeados por pessoas que se importam com eles, inclusive pelo que fizeram e ainda podem fazer. É uma fase de fortes emoções e extrema coerência. Mudanças internas sutis surgem no paciente que vive a iminência da morte, aguçando sua sensibilidade. Não são raras as vezes em que surge, nessas pessoas, um forte senso de vida e uma necessidade profunda de calor humano e de comunicação.¹¹⁶

A eutanásia tem raízes na ideia de necessidade da prevalência do bem-estar e do prazer na vida do ser humano, de forma que o sofrimento passa a ser ignorado como parte da situação existencial humana, entretanto, o direito de morrer com dignidade não é acompanhado do direito de serenidade.

¹¹⁵ BIFULCO, Vera Anita; CAPONERO, Ricardo. **Cuidados Paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde**. Barueri, SP: Manole, 2016, p. 42.

¹¹⁶ Ibidem, p. 43.

3.4 Análise ética e legal acerca da Eutanásia

Uma doença traz a perda da continuidade esperada. O laço que existia na sequência dos fatos, o desenrolar dos atos se rompe e ocorre uma mudança de rumos. Uma nova história se escreve, mudando a expectativa do que imaginava-se que seria vivido para um novo roteiro.¹¹⁷ É bastante compreensível que aquele que se vê diante de uma morte próxima, contudo, sem data conhecida, angustie-se profundamente.

A realidade de uma morte anunciada, mas com prazo indefinido, talvez seja um dos maiores desafios que uma pessoa possa viver. Embora a finitude humana seja conhecida de todos, a maioria das pessoas não está preparada para aguardar, serenamente, sua morte ou das pessoas queridas. Muitas vezes, nem mesmo os profissionais da saúde sabem lidar bem com a situação de ver seus pacientes em situação de proximidade da morte.

Existe uma tendência à exigência, de parte da população, pela legitimação jurídica do Estado e reconhecimento aos cidadãos do direito à execução de suas próprias vidas, em algumas circunstâncias, com a colaboração de um profissional da saúde, às vezes, até gratuitamente pela rede pública.

Nesta visão, explica o papa João Paulo II, a vida daquele que está gravemente debilitado, seria um bem simplesmente relativo, podendo ser confrontada e ponderada com outros bens, segundo uma lógica proporcionalista ou de puro cálculo. Segundo este pensamento, quem se encontra na situação concreta, e somente este, poderia realizar uma justa ponderação dos bens em jogo. Por isso, no interesse da convivência civil e da harmonia social, o Estado deveria respeitar essa escolha, chegando a admitir a eutanásia.¹¹⁸

Sob o argumento da autonomia, uma ética fundamentada na dignidade humana e no direito à vida torna-se superável para legitimar a eutanásia. Na Holanda, onde a eutanásia é autorizada legalmente, Samuel Auday Buzaglo relata como o médico holandês Herbert Cohen pratica a eutanásia a domicílio:

Cohen surge na residência do paciente com um buquê de flores. Conversa amigavelmente com a família com o intuito de deixa-la mais à vontade.

¹¹⁷ BIFULCO, Vera Anita; CAPONERO, Ricardo. **Cuidados Paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde**. Barueri, SP: Manole, 2016, p. 101.

¹¹⁸ JOÃO PAULO II, Papa. **Carta Encíclica Evangelium Vitae**. A Santa Sé. Disponível em http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. Acesso em: janeiro de 2016.

Após, se aproxima do paciente e aplica-lhe uma injeção para que o paciente possa adormecer e, em seguida, aplica-lhe um paralisante fatal. Para finalizar, chama a polícia e diz que ocorreu uma eutanásia.¹¹⁹

O médico citado procura, com gestos simples, quase corriqueiros, envolver o momento da prática da eutanásia de normalidade. Contudo, a situação narrada é um verdadeiro símbolo de mediocrização da morte, podendo, facilmente, esconder um profundo abandono do ser humano enfermo que ali se encontra, que de morte digna não teve nada.

A eutanásia comporta, segundo as circunstâncias, a malícia própria do suicídio ou do homicídio. O suicídio é sempre moralmente inaceitável, tal como o homicídio.¹²⁰ Embora certos condicionalismos psicológicos, culturais e sociais possam levar a uma banalização da eutanásia, atenuando ou anulando a responsabilidade subjetiva daquele que favorece a morte do doente, permanecerá ela, tanto quanto o suicídio, um ato gravemente imoral, porque comporta a recusa da intocabilidade inerente à vida humana, que deveria ter como hipótese de exceção somente a legítima defesa.

O Papa João Paulo II faz reflexão a respeito:

Compartilhar a intenção suicida de outrem e ajudar a realizá-la mediante o chamado « suicídio assistido », significa fazer-se colaborador e, por vezes, autor em primeira pessoa de uma injustiça que nunca pode ser justificada, nem sequer quando requerida. Nunca é lícito — escreve com admirável actualidade Santo Agostinho — matar o outro: ainda que ele o quisesse, mesmo se ele o pedisse, porque, suspenso entre a vida e a morte, suplica ser ajudado a libertar a alma que luta contra os laços do corpo e deseja desprender-se; nem é lícito sequer quando o doente já não estivesse em condições de sobreviver. Mesmo quando não é motivada pela recusa egoísta de cuidar da vida de quem sofre, a eutanásia deve designar-se uma falsa compaixão, antes uma preocupante « perversão » da mesma: a verdadeira « compaixão », de facto, torna solidário com a dor alheia, não suprime aquele de quem não se pode suportar o sofrimento. E mais perverso ainda se manifesta o gesto da eutanásia, quando é realizado por aqueles que — como os parentes — deveriam assistir com paciência e amor o seu familiar, ou por quantos — como os médicos —, pela sua específica profissão, deveriam tratar o doente, inclusive nas condições terminais mais penosas.

Ainda que exista uma grande quantidade de pessoas que possa desejar a legalização da eutanásia, não se pode mitificar a democracia até fazer dela um substituto da moralidade ou uma panaceia da imoralidade. Não se pode contar com maiorias de opinião

¹¹⁹ BUZAGLO, Samuel Auday. **Eutanásia** in Carta Mensal, v. 52, n. 615. Brasília: Confederação Nacional do Comércio, 2006, p. 10.

¹²⁰ Ibidem.

provisórias e mutáveis, em um tema tão especial e representativo como o direito à vida. Explica, mais uma vez, João Paulo II:

Sem um ancoradouro moral objetivo, a democracia não pode assegurar uma paz estável, até porque é ilusória a paz não fundada sobre os valores da dignidade de cada homem e da solidariedade entre todos os homens. Nos próprios regimes de democracia representativa, de fato, a regulação dos interesses é frequentemente feita a favor dos mais fortes, sendo estes os mais competentes para manobrar não apenas as rédeas do poder, mas também a formação dos consensos. Em tal situação, facilmente a democracia se torna uma palavra vazia.¹²¹

Existem valores humanos e morais essenciais, que derivam da própria verdade do ser humano, que exprimem e tutelam a dignidade da pessoa, valores que nenhum indivíduo, nenhuma maioria e nenhum Estado poderá jamais criar, modificar ou destruir, mas apenas os deverá reconhecer, respeitar e promover.

Leis que legitimem a eliminação direta de seres humanos inocentes, por meio do aborto e da eutanásia, estão em contradição total e insanável com o direito inviolável à vida, próprio de todos os homens, e negam a igualdade de todos perante a lei. Ainda que, no caso da eutanásia, haja pedido, em plena consciência, do sujeito interessado, se o Estado legitima tal pedido, autorizando a sua realização, está a legalizar um caso de suicídio-homicídio, contra os princípios fundamentais da não-disponibilidade da vida e da tutela de cada vida inocente. Deste modo, favorece-se a diminuição do respeito pela vida e abre-se estrada a comportamentos demolidores da confiança nas relações sociais.¹²²

Se o direito à vida passa a ser tão relativo a ponto de crimes tornarem-se direitos, por meio da execução legalizada e, até mesmo, gratuita e com intermédio de profissionais da saúde, pouca estabilidade relacionada à ética e às normas haverá de existir. Se, nos momentos emblemáticos da existência, como o nascer e o morrer, não houver proteção legal devotada, minimamente convicta, quando é que haverá direitos fundamentais passíveis de proteção perpétua como a própria Constituição Federal propôs que existissem?

Uma possível previsão jurídica de legalidade da eutanásia é um mal a ser evitado, pois, além de ser antiético, contraria o Direito. Normas jurídicas não são capazes de prever circunstâncias em que seria justo, ético ou viável legalizar o ato de um médico auxiliar

¹²¹ JOÃO PAULO II, Papa. **Carta Encíclica Evangelium Vitae**. A Santa Sé. Disponível em http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. Acesso em: janeiro de 2016.

¹²² Ibidem.

a morte de seu paciente. O papel do médico é buscar a cura daquele a quem cuida, e, especialmente, quando isso não for possível, amenizar a sua dor.

Além de meramente inviolável, o direito à vida é indisponível. Um direito indisponível é um direito que nem mesmo o sujeito ao qual é garantido, pode abrir mão. Por isso, por mais que alguém peça para o outro que lhe tire a vida, e este o faça, não se configura neste caso excludente de ilicitude para o artigo 121 do Código Penal. Configura-se crime, tal como o seria se não houvesse o pedido da vítima. Essa é principal razão pela qual se conclui a eutanásia como homicídio.¹²³

Gilmar Mendes e Paulo Gonet ensinam que a vida é um direito, não uma liberdade, de forma que não se engloba no direito à vida a opção por não viver, motivo pelo qual os poderes públicos não podem consentir em práticas de eutanásia. É dever dos poderes públicos proteger a vida e preservá-la mesmo contra a vontade do seu titular, ainda que este tenha praticado atos voltados para o suicídio. Quanto a atos que forem incompatíveis com o direito à vida, mesmo que haja o consentimento do paciente, é incumbência do Estado, além de não os praticar, aparelhar o ordenamento jurídico para a sua repressão.¹²⁴

Liberdade e autonomia para escolher a própria morte é um conceito contraditório. Quem escolhe morrer, a morte escolhe porque se sente preso em si mesmo, em sua angústia mental ou em sua dor física. Quem está enfermo não deve ter em suas mãos o poder da escolha mortal. Suas condições não são imparciais e não haverá novas chances para se arrepender.

A abertura a exceções ao direito à vida abre possibilidades, muitas vezes, imprevisíveis. Na Holanda, além da eutanásia em pacientes terminais adultos, excluídos apenas os menores de 12 anos, já se discute a interrupção da vida de recém-nascidos com doenças graves sem esperança de cura. Seria o primeiro país do mundo a admitir a eutanásia ativa de pessoas sem o consenso expresso delas.¹²⁵

¹²³ MARTINS, Carlos Eduardo. **Ordenamento jurídico brasileiro aceita ortotanásia**. Consultor Jurídico. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2013-set-17/carlos-martins-ortotanasia-aceita-nosso-ordenamento-juridico>. Acesso em: dezembro de 2015.

¹²⁴ BRANCO, Paulo Gustavo Gonet; MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de Direito Constitucional**, 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

¹²⁵ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 359.

Existem alguns pacientes mais frágeis e vulneráveis que os demais. É a situação dos doentes mentais, dos idosos e das crianças, os quais dependem de decisões alheias. Sobre o homicídio, disfarçado de eutanásia, passível de acontecer com estas pessoas, explica João Paulo II:

A decisão da eutanásia torna-se mais grave, quando se configura como um homicídio, que os outros praticam sobre uma pessoa que não a pediu de modo algum nem deu nunca qualquer consentimento para a mesma. Atinge-se, enfim, o cúmulo do arbítrio e da injustiça, quando alguns, médicos ou legisladores, se arrogam o poder de decidir quem deve viver e quem deve morrer. (...) Assim, a vida do mais fraco é abandonada às mãos do mais forte; na sociedade, perde-se o sentido da justiça e fica minada pela raiz a confiança mútua, fundamento de qualquer relação autêntica entre as pessoas.¹²⁶

Diversas são as possibilidades que a eutanásia carrega de transformar situações de claro assassinato em homicídio piedoso. Aquilo que se inicia com objetivos teoricamente nobres da parte de alguns, no caso da intenção de favorecer a verdadeira morte piedosa, passa a abrir margem a situações de profundo atentado a vidas fragilizadas. Além disso, a legalização da eutanásia favorece que pessoas que nem mesmo correm risco de vida, as quais buscam auxílio ao suicídio por fragilidades físicas graves; ou, ainda que possuam doenças de morte relativamente próxima e irreversível, mas ainda possuem tempo razoável de vida, não tendo nem mesmo começado a sentir os sintomas de suas doenças, passem a ser deixadas vítimas de sua própria angústia, que as levam literalmente à morte.

¹²⁶ JOÃO PAULO II, Papa. **Carta Encíclica Evangelium Vitae**. A Santa Sé. Disponível em http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. Acesso em: janeiro de 2016

CONCLUSÃO

Albert Camus avaliava, em *O Mito de Sísifo*: “Existe um só problema realmente sério: o suicídio. Avaliar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia”¹²⁷. Se a vida, em condições normais de alegria, tristeza, desafios e sofrimentos já é motivo, muitas vezes, de profundas e amplas indagações filosóficas, no momento da doença e da dor, ainda mais o será.

As agruras e tormentas corriqueiras da vida são capazes de gerar, em muitos, questionamentos e dúvidas sobre a validade das lutas. Acham-se comparáveis ao personagem Sísifo, que foi condenado pelos deuses a rolar um rochedo, incessantemente, até o cimo de uma montanha, de onde a pedra caía de novo por seu próprio peso. Seria esta a punição mais terrível: o trabalho inútil e sem esperança.

Seria a morte a solução absurda para o absurdo. Abandonar, o mais que depressa, uma condição incompreensível, seria a grande reflexão proposta a respeito de Sísifo.

Se, de um lado, encontra-se o homem diante do mistério da morte, de outro, está sua chance e oportunidade de provocá-la antes do tempo, pondo fim, “docemente”, à própria vida ou a alheia. A morte, de lógica e humana, ultrapassa, na segunda hipótese, o limiar do absurdo e desumano.

O princípio da qualidade de vida é usado para defender a eutanásia, por considerar que uma vida sem possibilidade de prazer torna-se indigna, não vale a pena ser vivida. Faz-se necessário refletir, então, quantos mais, além dos doentes, a partir deste argumento, não poderiam também reivindicar a morte piedosa?

Aquele que perdeu a família inteira em um acidente, pai, mãe, cônjuge e filhos, restando único sobrevivente dela, não poderia argumentar que sua vida perdeu o sentido e sua dor interior é tão grande que sua morte é justificável? Não poderia ele também exigir apoio à busca de sua morte de forma imediata e indolor? Ou aqueles que vivem na miséria material, mendigando por décadas, sem esperanças de mudar de vida, não poderiam justificar seu desejo de morte assistida?

¹²⁷ CAMUS, Albert. *O Mito de Sísifo*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

Nota-se que, na sociedade africana, encontra-se um respeito e uma aceitação da morte, enquanto na sociedade ocidental, há uma obsessão e terror por ela.¹²⁸ O medo da morte se alterna com o pensamento dela como fonte de solução para diversas situações. A discussão da eutanásia e sua transformação em lei parece ser, no fundo, uma tentativa de encarar a morte com naturalidade, embora pela via mais duvidosa que a sociedade poderia escolher.

O sofrimento, numa sociedade que se manifesta hedonista e utilitarista, por tantas vezes, passa a ter grandes poderes persuasivos. O senso de dignidade do ser humano e o valor da vida de cada pessoa passa a ser atormentado por possibilidades e opções contraditórias de alívio da dor e do medo ao aguardar a morte. Apesar dos avanços tecnológicos e científicos cada vez maiores, parece que a desesperança, transformada em desespero, pode ter grandes poderes sobre a vida e a morte.

A liberdade, ao invés de inspirar leveza e alegria, corre o risco de se transformar em arma sob argumento de ser um direito, mesmo que de morte, por meio de um gesto homicida para si ou para um outro confiado à sua responsabilidade.

A eutanásia, sob o argumento inicial da compaixão pelo enfermo que sofre, esconde em si, ainda que veladamente, motivação na análise quanto à eficiência produtiva dessas pessoas, segundo a qual uma vida, irremediavelmente, incapaz não tem mais qualquer valor. Mais do que a piedade por aquele que sofre por estar aguardando sua própria morte ou possuir condições físicas que são ou serão, em alguma medida, incapacitantes, está o desejo de não desperdiçar esforços com aquele que é ou deverá se tornar inútil. A eutanásia esconde em si, ainda que muitos possam jamais assumir ou entender, a mais fria coisificação da pessoa humana.

¹²⁸ SGRECCIA, Elío. **Manual de Bioética. I – Fundamentos de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 1996, p. 602.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **O que são Cuidados Paliativos?** ANCP. Disponível em: http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oquee_cuidados. Acesso em janeiro de 2016.

G1. **Ao menos 5 países permitem suicídio assistido ou eutanásia, veja quais são.** Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/11/ao-menos-5-paises-permitem-suicidio-ou-assistido-ou-eutanasia-veja-quais-sao.html>. Acesso em junho de 2015.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Paris, 1948.

ASÚA, Jiménez de. **Libertad para amar y derecho para morir.** Buenos Aires: Losada, 1942.

AZEVEDO, Marco Antônio Oliveira de. **Bioética Fundamental.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002.

BESTER, Gisela Maria. **Direito Constitucional: fundamentos teóricos.** v. 1. São Paulo: Editora Manole, 2005.

BIFULCO, Vera Anita; CAPONERO, Ricardo. **Cuidados Paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde.** Barueri, SP: Manole, 2016.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional.** 18º Ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

BRANCO, Paulo Gustavo Gonet; MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de Direito Constitucional,** 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

BRANDÃO, Dornival da Silva et al. **A vida dos direitos humanos, bioética médica e jurídica.** 1. ed. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1999.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional.** 4ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BUZAGLO, Samuel Auday. **Eutanásia** in Carta Mensal, v. 52, n. 615. Brasília: Confederação Nacional do Comércio, 2006.

CAMUS, Albert. **O Mito de Sísifo.** Rio de Janeiro: Record, 2004.

CANÊDO, Carlos Augusto; CHAMON JUNIOR, Lúcio. **Eutanásia e dogmática penal: por uma compreensão paradigmaticamente adequada do direito penal através de uma teoria da adequabilidade normativa** in Revista Brasileira de Ciências Criminais, v. 9, n.36. São Paulo: RT, 2001, p. 68-88.

CLOTET, Joaquim et al. **Iniciação à bioética.** Brasília: Publicação do Conselho Federal de Medicina, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931/2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.805/2006**.

CLOTET, Joaquim et al. **Iniciação à bioética**. Brasília: Publicação do Conselho Federal de Medicina, 1998.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

DUARTE, Antônio Augusto Dias. **A Bioética à luz dos documentos da igreja** in *Questões de Bioética – Estudos da CNBB nº 98*. Coordenação: Comissão Episcopal Pastoral para a vida e a Família. Brasília: Edições CNBB, 2010.

DWORKIN, Ronald. **Life's dominion: an argument about abortion, euthanasia, and individual freedom**. Nova York: Vintage, 1994.

FARAH, Elias. **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: Reflexões Básicas em Face da Ciência Médico e do direito** in *Revista do Instituto dos Advogados de São Paulo*, v. 14, n. 28. São Paulo: Revista dos Tribunais, v. 14, n. 28, 2011, p. 131-178.

FERRAZ JÚNIOR, Tercio Sampaio. **Introdução ao Estudo do Direito: Técnica, Decisão, Dominação**. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2013, p. 337-340.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

JOÃO PAULO II, Papa. **Carta Encíclica Evangelium Vitae**. A Santa Sé. Disponível em http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. Acesso em: janeiro de 2016.

LE MOS, Floriano de. **Direito de matar e curar**. Rio de Janeiro: A. Coelho Branco, 1933.

MARCÃO, Renato Flávio. **Reflexões sobre a eutanásia e a ortotanásia** in *Justitia*, v. 61, n. 185/188. São Paulo: PGJ, 1999, p. 90-97.

MARTINS, Carlos Eduardo. **Ordenamento jurídico brasileiro aceita ortotanásia**. Consultor Jurídico. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2013-set-17/carlos-martins-ortotanasia-aceita-nosso-ordenamento-juridico>. Acesso em: dezembro de 2015.

OLIVEIRA FILHO, Jorge Águedo de Jesus Peres de. **Eutanásia é uma afronta à lei vigente e às leis da vida**. Consultor Jurídico. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2011-nov-12/eutanasia-afronta-lei-vigente-leis-vida#author>. Acesso em: fevereiro de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Definition of Palliative Care**. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>. Acesso em janeiro de 2016.

ROXIN, Claus. **A apreciação jurídico-penal da eutanásia** in Revista Brasileira de Ciências Criminais, v. 8, n.32. São Paulo: RT, 2000, p. 9-38.

SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. **Declaração sobre a eutanásia**. A Santa Sé. Disponível em http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_1980_0505_euthanasia_po.html. Acesso em: novembro de 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**, 2 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

SERRÃO, Daniel. Eutanásia. **Moralmente condenável, juridicamente inaceitável**. Núcleo Fé e Cultura. Disponível em: http://www.pucsp.br/fecultura/textos/bio_ciencias/6_eutanasia_moralmente.html. Acesso em janeiro de 2016.

SILVA, Guilherme Amorim Campos. **Dicionário Brasileiro de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2007.

SGRECCIA, Elío. **Manual de Bioética. I – Fundamentos de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

SOARES, ANDRÉ MARCELO M. **Bioética e as situações ao final da vida** in Questões de Bioética – Estudos da CNBB n° 98. Coordenação: Comissão Episcopal Pastoral para a vida e a Família. Brasília: Edições CNBB, 2010.

TEALDI, Juan Carlos. **Bioética y Derechos Humanos**. Revista Brasileira de Bioética 2007.

THE ECONOMIST. **Attitudes towards assisted dying**. Disponível em: <http://www.economist.com/news/briefing/21656121-idea-whose-time-has-come-attitudes-towards-assisted-dying>. Acesso em julho de 2015.

THE ECONOMIST. **Final Certainty**. Disponível em: <http://www.economist.com/news/briefing/21656122-campaigns-let-doctors-help-suffering-and-terminally-ill-die-are-gathering-momentum>. Acesso em julho de 2015.

THE ECONOMIST. **The right to die**. Disponível em: <http://www.economist.com/news/leaders/21656182-doctors-should-be-allowed-help-suffering-and-terminally-ill-die-when-they-choose>. Acesso em agosto de 2015.

TRAVASSOS, Alves Souza de. **Bioética**. Manaus: SAMEC - Sociedade Amazonense de Educação e Cultura; CIESA - Centro Integrado de Ensino Superior do Amazonas, 2001.

VAZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**. 17. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1999.