



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
CURSO DE DIREITO

A EUTANÁSIA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Retieli Guizzo

Lajeado, julho de 2017



Retieli Guizzo

A EUTANÁSIA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Curso II – do Curso de Direito, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Ms. João Antônio Merten
Peixoto

Lajeado, julho de 2017

ERRATA

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se
07	21	(2005, p. 7,)	(2005, p. 7)
11	25	(1989, p. 18-19,)	(1989, p. 18-19)
19	19	(2003, p. 149-153,)	(2003, p. 149-153)
26	09	Guimarães (apud KOVÁCS, 2003, p. 56, 2011)	Kovács (apud GUIMARÃES, 2011, p. 56)
29	10	Guimarães (apud SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, [s.d], p. 207-210)	Siqueira-Batista; Schramm (apud GUIMARÃES, 2011, p. 93)

Retieli Guizzo

A EUTANÁSIA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

A banca examinadora abaixo aprova a monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Curso II – Monografia ou Artigo, do curso de graduação em Direito, do Centro Universitário UNIVATES, como parte da exigência para a obtenção do grau de Bacharela em Direito:

Prof. Ms. João Antônio Merten Peixoto –
Orientador

Prof.^a Ma. Alice Krämer Iorra Schmidt.

Dr. Humberto Messa Roehrig
Centro Universitário UNIVATES

Lajeado, julho de 2017

Aos meus pais,
Roni Guizzo e Neli Guizzo pelo exemplo
de caráter e bondade.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por sempre me guiar em minhas escolhas.

Reconheço, em especial, o esforço de meus pais, Roni e Neli, que sempre garantiram a mim e a minha irmã Ranieli um ensino de qualidade. Além disso, nos proporcionaram amor incondicional e nos ensinaram lições de vida que levaremos para sempre.

Agradeço também a meu namorado, pela paciência e orientação na busca de meus objetivos.

Ademais, agradeço ao meu orientador, João Antônio Merten Peixoto, por estar sempre disponível para eventuais dúvidas, e ter sido fundamental na execução deste trabalho.

Em suma, agradeço a todos os amigos, colegas e familiares que acompanharam minha trajetória na graduação e foram essenciais para a concretização deste objetivo.

RESUMO

As questões jurídicas que envolvem o campo da bioética são extremamente importantes ao meio social, em especial no que diz respeito à vida humana. A discussão do tema “eutanásia” é polêmica, por ser uma questão de intricada solução. O médico, ao longo de sua carreira, poderá se deparar com acontecimentos nos quais terá que optar entre bens jurídicos em conflito, como o direito à vida, liberdade, saúde, entre outros. Desta maneira, o dilema instaurado é assistir ao sofrimento de um indivíduo que está chegando ao término da vida tendo que decidir entre o direito à vida ou à morte digna. Como essa questão pertence aos âmbitos da medicina, da ética e do direito, esta monografia analisa as implicações jurídicas dessa prática, bem como qual postura deve ser adotada, principalmente pelo médico, ao se deparar com essa situação. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio de método dedutivo e de procedimento técnico bibliográfico e documental. A reflexão começa com a definição sobre o instituto da eutanásia, desde sua evolução histórica até as espécies reconhecidas de assistência à morte digna. Em seguida, na parte relacionada ao campo das ciências humanas, como a medicina e o direito (bioética e biodireito), são apresentados seus princípios norteadores, além do ponto de vista da religião acerca do tema. Finalmente, são analisados os obstáculos no campo jurídico, como os elementos relacionados ao direito constitucional – o direito à vida, o direito à liberdade, a autonomia de vontade, a dignidade da pessoa humana –, direito penal e civil, e, em seguida, os argumentos pró e contra a prática da eutanásia.

Palavras-chave: Eutanásia. Morte digna. Direito à vida. Responsabilidade civil. Conflito entre direitos fundamentais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 EUTANÁSIA – DEFINIÇÃO E ESCORÇO HISTÓRICO	9
2.1 Eutanásia na história	10
2.2 Percepção de morte	14
2.3 Tipos de Eutanásia.....	17
2.4 Outras modalidades: ortotanásia, distanásia, suicídio assistido e mistanásia.....	19
3 BIOÉTICA, BIODIREITO E RELIGIÃO	24
3.1 Visões das religiões acerca da eutanásia	25
3.2 Bioética	30
3.3 Biodireito.....	33
4 EUTANÁSIA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	40
4.1 Eutanásia no âmbito penal e civil brasileiro	41
4.2 Eutanásia e o Código de Ética Médica	48
4.3 Argumentos pró e contra.....	49
5 CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS.....	55

1 INTRODUÇÃO

O instituto da eutanásia é um tema muito atual, apesar de ser discutido há muito tempo. Os variados campos das ciências humanas, como o direito, a filosofia, a medicina, a biologia, a religião, entre outros, contribuíram de forma relevante para a manutenção e o prolongamento artificial da vida humana. Nessa senda, as questões éticas, morais e religiosas acenderam um acirrado debate jurídico, tendo em vista que estamos lidando com o bem jurídico mais valioso, isto é, a preservação da vida, em detrimento dos princípios constitucionais, como o da autonomia de vontade e o da dignidade da pessoa humana. O dilema entre decidir morrer com dignidade ou viver, ainda que de maneira desumana, torna essa discussão motivadora, instigando cada vez mais o aprimoramento da nossa legislação pátria, por meio da pesquisa, da criação e da elaboração de leis acerca do tema.

Apesar de muitos entendimentos consolidados sobre a prática da eutanásia, principalmente na questão da responsabilização penal ao seu autor, há situações na legislação vigente que causam controvérsias quanto à postura a ser adotada. É o caso dos limites no que se refere à autonomia de vontade do paciente, o qual escolhe dispor de sua própria vida, tendo em vista sua extrema dor e sofrimento. Assim, há quem acredite que, com a prática eutanásica, o enfermo será amparado pelo princípio da dignidade da pessoa humana e autonomia, tornando-o capaz de escolher seu próprio destino e, por consequência, vindo a ter uma morte rápida, sem sofrimento, ou menos dolorosa. Dessa forma, apesar de o autor da prática estar ciente das consequências ético-jurídicas.

Quanto à abordagem, esta pesquisa será qualitativa, tendo em vista o objetivo de compreender e interpretar, de forma ampla e conjugada, os diversos elementos envolvidos nessa temática tão complexa. Conforme explicam Mezzaroba e Monteiro (2009), o que se pretende neste estudo é o exame dos direitos fundamentais em conflito, buscando identificar a postura mais adequada a ser tomada pelo autor da prática (geralmente, o médico).

Será utilizado o método dedutivo para alcançar a finalidade desejada neste trabalho, cuja operacionalização ocorrerá por meio de procedimentos técnicos baseados na doutrina e na legislação, relacionados, inicialmente, na definição do instituto “eutanásia”, delineando seu esboço histórico e suas modalidades. Em seguida, há o balanceamento entre a bioética e o biodireito, com destaque para seus princípios, chegando ao ponto específico, o qual aborda a responsabilização penal ao autor da prática eutanásica, bem como sua responsabilização no âmbito civil.

Sendo assim, o primeiro capítulo identifica e conceitua o instituto da eutanásia, passando por sua evolução histórica e seguindo para as demais espécies hoje reconhecidas de assistência à morte digna.

O segundo capítulo descreve os aspectos relativos ao ponto de vista das religiões em um parâmetro global, e ainda, a influência da bioética e do biodireito, bem como os seus princípios em relação ao tema.

Em seguida, no terceiro capítulo, há um estudo acerca das questões jurídicas atuais, expondo a base legal nos âmbitos penal, civil e constitucional para tal prática. Por fim, são abordados os argumentos favoráveis e contrários à abreviação do fim da vida.

2 EUTANÁSIA – DEFINIÇÃO E ESCORÇO HISTÓRICO

No presente capítulo, são apresentadas as definições de eutanásia, enfatizando a evolução histórica de seu conceito, do evento morte, bem como as espécies reconhecidas de assistência à morte digna, como a ortotanásia, a distanásia, o suicídio assistido e a mistanásia.

Nos dias de hoje, o tema é tão significativo que serve como temática em inúmeros filmes e livros, mostrando, para a história humana, o quão reveladora é essa fase entre a vida e a morte de uma pessoa enferma (ou que está prestes a falecer). Esse método é capaz de promover um escape diante de uma situação trágica, tendo em vista que o sujeito enfermo pode estar passando por um grande sofrimento, ou ainda, não ter mais retorno a uma vida regular.

Desde os primórdios da humanidade, especialmente após o estágio de aprimoramento de seu intelecto, o ser humano, em suas inúmeras indagações e incertezas, buscou explicações para o fenômeno da morte.

Segundo o dicionário Houaiss (apud GUIMARÃES 2011, p. 23), a morte é definida “de forma direta e simples, como a interrupção da vida humana, animal ou vegetal”. Refere ainda que a eutanásia, para a medicina, é definida como o “ato de proporcionar morte sem sofrimento a um doente atingido por afecção incurável que produz dores intoleráveis” e, para o campo jurídico, como “o direito de matar ou morrer por tal razão” (p. 24).

Nesse mesmo sentido, segundo Villas-Bôas (2005, p. 7), a eutanásia é definida como o momento em que: “O indivíduo, geralmente o médico, vem a

interferir no momento da morte, em nome do bem-estar do paciente, a fim de libertá-lo de um estado de dor e sofrimento”.

Logo, é possível depreender que a eutanásia se dá quando um indivíduo provoca a morte de outro que está enfermo (ou em vias de falecer), com o fim de acabar com o seu tormento.

Para Borges (2005, texto digital), a palavra eutanásia, etimologicamente, significa boa morte ou morte sem dor, tranquila, sem sofrimento. Já segundo Gafo (2000, p. 98): “[...] a palavra eutanásia perde, pelo menos em parte, o seu sentido etimológico, começa a significar a ação médica pela qual se acelera o processo de morte de um doente terminal ou se lhe tira a vida”.

Ao longo da história da humanidade, a eutanásia tem sido amplamente praticada (logo, não é um fenômeno recente), sendo permitida em alguns agrupamentos humanos. Isso posto, far-se-á no próximo subcapítulo um breve histórico acerca da evolução da eutanásia.

2.1 Eutanásia na história

Historicamente, conforme dispõe Guimarães (2011) em seu livro “Eutanásia Novas Considerações Penais”, o filósofo inglês Francis Bacon, no século XVII, foi quem nomeou modernamente a expressão “eutanásia”, declarando ser o único tratamento possível diante de doenças incuráveis.

No entanto, muito tempo antes de ser dada sua nomenclatura, algumas sociedades antigas, como a celta, já cultuavam essa prática, na qual cabia aos filhos matar o pai velho e doente, sendo tal atividade considerada sagrada. Ademais, sabe-se também que os celtas escolhiam os recém-nascidos saudáveis e eliminavam as crianças disformes, bem como matavam os idosos que não eram mais úteis para o grupo (ROYO; MORALES, 1933).

Continuamente, a eutanásia adotada pelos gregos antigos é associada à “falsa eutanásia”, com o objetivo tão-somente “Eugênico”, ou seja, seletivo. Em Atenas, em 400 a.C., Platão pregava o sacrifício de velhos, fracos e inválidos, sob o

argumento do fortalecimento do bem-estar e da economia coletiva (SILVA, 2000, texto digital).

Goldim (2000, texto digital) mencionou em seu artigo, intitulado “Eutanásia” que Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates condenavam tal prática:

Em Marselha, neste período, havia um depósito público de cicuta à disposição de todos. Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates, ao contrário, condenavam o suicídio. No juramento de Hipócrates consta: “eu não darei qualquer droga fatal a uma pessoa, se me for solicitado, nem sugeri o uso de qualquer uma deste tipo”. Desta forma a escola hipocrática já se posicionava contra o que hoje tem a denominação de eutanásia e de suicídio assistido.

A exemplo da Grécia, o Egito também cultuava essa prática. A rainha Cleópatra VII (69 a.C.-30 a.C.) chegou a criar uma escola para pesquisar as formas de morte menos dolorosas (GOLDIM, 2000).

Na Índia, as pessoas enfermas eram conduzidas ao Rio Ganges, sendo sua boca e narinas cobertas com uma lama sagrada e, posteriormente, jogadas ali. Os hebreus preparavam bebidas que anestesiavam a dor da execução. Os germanos antigos também matavam os enfermos desenganados, e, na Birmânia, os idosos e doentes sem cura eram enterrados vivos. Os eslavos e escandinavos, de igual modo, antecipavam a morte dos familiares que tivessem contraído alguma doença incurável (ROYO; MORALES, 1933).

Segundo Royo e Morales (1933, p. 29-32):

Os brahmanes tinham o costume de matar ou abandonar na selva as crianças que depois de dois meses de vida pareciam de má índole. Os espartanos davam à morte às criaturas pobres, raquíticas, contrafeitas e desprovidas de vigor e valor vital, arrojando-as do cume do monte Taijeto.

Também aduz Guimarães (2011, p. 20) que:

Os esquimós, por seu turno, trancafiavam os idosos e os doentes graves e incuráveis em iglus fechados. Os birmaneses, repise-se, enterravam-nos vivos ou, a seu pedido, os enforcavam, e povos rurais nômades da América do Sul sacrificavam enfermos ou anciãos de modo a não abandoná-los ao ataque de animais selvagens.

França (2007, p. 491) discorre em seu livro, “Direito Médico”, que, segundo a Bíblia (mais precisamente o Novo Testamento), os soldados romanos deram a Jesus, no calvário, uma esponja encharcada de vinagre, que foi por ele recusada. Antes de ser considerado uma gozação, este ato foi piedoso e objetivava amenizar o sofrimento de Cristo, pois o vinagre oferecido era misturado com fel que, segundo Licurzi (1934, p. 17), em seu livro “El Derecho de Matar” “produzia um sono profundo e prolongado, durante o qual o crucificado não sentia nem os mais cruentos castigos, e por fim, caía em letargo passando à morte insensivelmente”.

Na Idade Média, os guerreiros tinham direito a um punhal denominado “misericórdia”, podendo acabar com o sofrimento dos que caíam feridos nas guerras. Similarmente, na Grécia Antiga, os povos antigos praticavam a eugenia (para garantir a sobrevivência de um exército forte), bem como jogavam de um alto monte os recém-nascidos defeituosos e os idosos (KOVÁCS, 2003). Acreditava-se, naquele período, que as doenças desconhecidas, ou as doenças incuráveis, eram um castigo dos deuses, portanto, esses indivíduos deveriam ser isolados. Dessa maneira, era admitido matar ou realizar rituais.

Nesse mesmo sentido, assevera Rodrigues (1993), em seu livro “Eutanásia”, que, até o ano de 1600, na Idade Moderna, na Suécia, os enfermos e idosos eram mortos por seus familiares, e, muito tempo antes disso, os visigodos lançavam seus idosos e doentes da “Rocha dos Avós”. Ensina também que, em Atenas, na Ilha de Cós, o cidadão que completasse 60 anos de idade era envenenado, pois não traria aporte algum à guerra, sendo apenas um peso. Além disso, o cidadão que estivesse esgotado em relação a sua vida e às obrigações do Estado poderia requerer à justiça autorização para morrer, o que era, na maioria das vezes, concedido, com base nas alegações expostas. Do mesmo modo, aos gladiadores, em Roma, havia uma espécie de eutanásia “oficial”. Quando estivessem feridos, os Césares, simbolicamente, viravam o polegar para baixo, sendo esta uma autorização à morte, à qual evitava a agonia e o sofrimento dos gladiadores feridos no Coliseu (RODRIGUES, 1993).

No Brasil, há exemplos históricos de que houve a prática da eutanásia. Algumas tribos deixavam à morte seus idosos, principalmente aqueles que não

participavam das caças. Ademais, segundo Salvador (apud GUIMARÃES, 2011, p. 35):

No tocante aos costumes de nossos índios, já escreveu o Frei Vicente do Salvador, quanto aos enfermos incuráveis, no primeiro século após o descobrimento do Brasil, asseverando que, em verdade, entre o gentio não havia médicos, mas sim feiticeiros, que não curavam os doentes senão com enganos, “chupando-lhes na parte que lhes dói e tirando da boca um espinho ou prego velho que já nela levavam, ... dizendo que aquilo lhes fazia o mal e que já ficam sãos, ficando-lhes tão doentes como antes”. No máximo, aplicavam ervas com que se acharam bem, ao haverem padecido da mesma enfermidade, sarando com elas os indivíduos acometidos de mal de fácil e rápida cura. Aduziu que se a enfermidade, entretanto, era prolongada ou incurável, não havendo mais quem curasse o doente, qualquer tratamento era interrompido, cessando as medidas em busca da cura ou do conforto do doente, que era então deixado inteiramente ao desamparo, donde se via a pouca caridade com os fracos, idosos incapacitados e enfermos.

A prática eutanásica é encontrada até mesmo no reino animal. Segundo Silva (2000, texto digital), “os insetos necrófilos dão morte aos velhos para livrá-los de sua existência infeliz”.

Para Humphry e Wickett (1989, p. 18-19), os índios aimarás, na Bolívia, quando estavam muito doentes, recebiam a visita da família para ficar junto ao enfermo até a sua morte, e, se demorava a findar, os parentes não lhe davam mais água e comida, até cessar os sentidos e falecer. Ademais, aduzem que entre os esquimós, os anciões doentes avisavam aos parentes o desejo de morrer, o que era concedido pela família, abandonando-os na natureza ou mesmo assassinando-os. A morte era algo comum e significava uma prática costumeira e respeitável com relação ao doente.

Em tempos mais recentes, como na Segunda Guerra Mundial, na Alemanha, foi atribuído um programa nazista denominado Aktion T4, para a esterilização de pessoas indesejadas. Segundo o historiador Gasparetto Junior ([200-], texto digital), em seu artigo “Aktion T4”, publicado pelo site “Info Escola”:

Em 1939, no início da Segunda Guerra Mundial, a Alemanha intensificou o projeto de limpeza étnica de cunho eugenista. Entre os alvos de eliminação estavam deficientes físicos ou mentais, portadores de doenças incuráveis ou pessoas com idade avançada, tudo seguindo o ideal de perfeição e superioridade proposto por Adolf Hitler e seu grupo nazista. O “T4” que aparece no nome se refere ao local onde ocorriam as execuções em Berlim: Tiergartenstrasse 4. Os médicos nazistas utilizavam a eutanásia. Apesar de ciente da impopularidade do Aktion T4, Hitler solicitou que o nome de sua chancelaria não fosse associado ao programa, já que um possível vínculo

certamente geraria hostilidade popular em uma região católica da Áustria anexada ao território alemão no início da guerra. No entanto, isso não evitou os protestos da população contrária à prática. A Igreja Católica teve um papel importante de conscientização da população contra o Aktion T4, e o efeito foi positivo: diante da crescente insatisfação, Hitler cancelou o programa em 1941. O “saldo” do programa, segundo os médicos, foi de mais de 70 mil mortos, mas, conforme investigações do Tribunal de Nuremberg, muitos desses médicos continuaram trabalhando clandestinamente, elevando, assim, a estimativa de vítimas do projeto para 275 mil pessoas. Isso abriu caminho para um projeto bem mais nefasto, desenvolvido mais ao leste, e que acabou absorvendo os funcionários do Aktion T4: os campos de concentração.

Depreende-se, a partir dessa descrição histórica, que o programa desenvolvido pelos nazistas, o Aktion T4, não objetivava a minoração do sofrimento do indivíduo, mas tão somente uma “purificação racial”, eliminando, em massa, pessoas consideradas inúteis à sociedade, que seriam uma ameaça à pureza genética ariana.

2.2 Percepção de morte

De fato, “a única certeza que temos nesta vida é a morte. Esse evento é inexorável, mas, curiosamente, vivemos preocupados com ele, o que, no mínimo, é interessante” (CAMARGO; SOUZA FILHO, 2012, p. 76).

O fim da vida pode ser uma batalha contra uma enfermidade incurável, em face de sofrimentos insuportáveis e sem descanso, frente à falta de esperança. Dessa forma, a morte, por vezes, é dolorosamente vagarosa. Segundo Gogliano (1993, p. 1), a morte:

[...] é um processo lento e gradual, distingue-se a morte clínica (paralisação da função cardíaca e da respiratória) da morte biológica (destruição celular) e da morte inicialmente conhecida como cerebral e hoje caracterizada como encefálica, a qual resulta na paralisação das funções cerebrais [...] do tronco cerebral, sendo esta mais abrangente que aquela.

Outro conceito sobre morte vem de Moraes (2010, p. 298), que diz:

O morrer pode ser demarcado como o processo que se dá no intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível e aquele em que o indivíduo deixa de responder a qualquer medida terapêutica, progredindo inexoravelmente para o final de sua existência.

No entanto, a medicina tem se esforçado muito para superar a morte, buscando impedi-la ou retardá-la. Assim, para reduzir o tormento, alguns escolhem por terminar a vida com o suicídio assistido. Por outro lado, há os médicos, que, por compaixão, extinguem a vida de seus pacientes terminais, para suprimir com sua dor. A esse procedimento, conforme já mencionado, dá-se o nome de eutanásia, cuja etimologia vem do grego e significa “boa morte”.

A medicina tem como finalidade proteger e recompor a saúde, a vida do ser humano. Entender a morte é função deste processo, devendo atender como o último efeito desse empenho. No entanto, este esforço específico em impedir ou agilizar a morte é resultado evidente de sua batalha em favor da vida. O médico, modernamente, tem como propósito tão somente a saúde no cumprimento de seu entendimento científico.

Para Pessini (1996, texto digital), em seu artigo intitulado “Distanásia: Até Quando Investir Sem Agredir?” argumenta que:

A medicina, hoje, elege como objetivo somente a busca da saúde, encarando a morte como um resultado acidental de doenças previstas como evitáveis e contingentes. A morte é o que acontece quando a medicina falha, e, portanto, está fora de seu escopo científico. Nesta perspectiva ocorrem deformações do processo do morrer.

Conforme Horta (1999, texto digital):

[...] quando a vida física é considerada o bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor torna-se idolatria. A medicina promove implicitamente esse culto idólatra da vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte.

Desse modo, atualmente, o uso de inovações tecnológicas e a completa submissão da área de saúde, mesmo que indispensável, acaba deixando de lado as condutas humanistas e o amparo com o enfermo, tornando tais práticas “ultrapassadas”. Tomar conta de um enfermo hoje, na medicina vigente, é mais como um conformismo, quando a ciência não consegue mais cumprir com o seu propósito. A cura fica presa à medicina moderna, demasiadamente tecnológica, que venera a vida física e usa todo este artifício para prolongá-la, muito embora em situações de vida insuportáveis.

Pessini (1996, texto digital), ensina que:

O paradigma do cuidar (care) nos permite realisticamente enfrentar os limites de nossa mortalidade e do poder médico com uma atitude de serenidade. A medicina orientada para o alívio do sofrimento estará mais preocupada com a pessoa doente do que com a doença da pessoa. Nesse sentido cuidar não é o prêmio de consolação pela cura não obtida, mas sim parte integral do estilo e projeto de tratamento da pessoa a partir de uma visão integral. A relação médico-paciente adquire, sob tal foco, grande importância.

A morte é inevitável, e a medicina não pode desviá-la eminentemente. Cedo ou tarde, a vida expira, e a morte acaba vencendo. Portanto, com base em tudo o que vem sendo exposto, conclui-se que, no instante em que a medicina tradicional, ou alternativa, não resguarda mais a saúde plena, ou muito menos consegue atingir a cura, agarrar-se em novos tratamentos é, portanto, inútil, sendo imperioso, nesse momento, parar e tentar amenizar o desconforto de morrer.

O momento exato do final da morte tem sido constantemente objeto de várias dúvidas em diversos campos do conhecimento humano, como a filosofia, a sociologia, a religião, a medicina e o direito. Guimarães (2011) explica que, na década de 1960, começaram a ser questionados os critérios de morte, pois, com o surgimento dos transplantes, o preceito de morte deixou de ser o da parada cardiorrespiratória para dirigir-se ao da morte encefálica. Segundo Pessini (2007 p. 244), essa alteração refletiu até mesmo na própria religião:

A Pontifícia Academia de Ciências, no documento sobre o prolongamento da vida e a determinação da morte, de 21 de outubro de 1985, assume oficialmente, dentro da igreja Católica, o novo conceito de morte cerebral, inicialmente elaborado pelo Comitê da Universidade de Harvard, em 1968, época do início dos transplantes cardíacos.

Assim sendo, a partir dessa data, o conceito de morte passou a indicar o instante em que a pessoa está morta, ou seja, quando sofreu uma perda irreversível de toda a capacidade de coordenar as funções físicas e mentais do corpo, sem retorno das funções cerebrais.

Moraes (apud GUIMARÃES, 2011) colaciona que talvez a situação mais difícil, para a medicina, com relação ao conceito de morte, seja o momento da doação de órgãos. O autor aduz que morrer é “um processo que começa pelo cérebro, passa pelo encéfalo, chega às células nervosas da coluna e assim por diante”. Desse modo, a retirada dos órgãos deve ser efetuada ainda quando os órgãos podem ser reativados, mas não há a possibilidade de o doador voltar à vida.

A legislação assinalou exatamente o momento da morte humana (por exemplo, a lei dos transplantes de órgãos teve aceitação mais ou menos geral acerca do tema). Essa definição legal tem extrema importância, dado que se encaixa nos casos de eutanásia, de manipulação de células embrionárias e do aborto do feto anencéfalo (GUIMARÃES, 2011).

A Lei nº 9.434/1997 dispõe acerca da remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Desse modo, de acordo como o seu artigo 3º:

A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

Assim sendo, conforme menciona o referido artigo, foi estabelecido critérios para que a morte encefálica fosse atestada. Por meio da Resolução nº 1.480/1997 o CFM fixou estes critérios a serem observados pelos hospitais. Entre outras determinações, estabeleceu que a morte encefálica somente deveria ser constatada fosse resultante de um processo irreversível e com causa conhecida (art. 3º da Resolução).

Constata-se que por intervenção desta lei, há o dever de determinar em primeiro lugar a morte encefálica, para só então, efetuar a remoção de tecidos, órgãos ou partes do corpo. Concerne, porém, ao CFM estabelecer os critérios que determinam a morte encefálica.

Será tratado, em seguida, das outras modalidades de eutanásia.

2.3 Tipos de Eutanásia

Segundo Goldim (2004, texto digital), a eutanásia ocorre: “[...] quando uma pessoa causa deliberadamente a morte de outra que está mais fraca, debilitada ou em sofrimento. Neste último caso, a eutanásia seria justificada como uma forma de evitar um sofrimento acarretado por um longo período de doença.”

Deste modo, entende-se que é a prática pela qual se reduz a vida de um enfermo incurável de maneira controlada e assistida por um médico. De acordo com Carvalho (2001), a eutanásia não se restringe aos casos de doentes terminais, englobando também os recém-nascidos com malformações congênitas, os pacientes em estado vegetativo irreversível, entre outros.

Segundo o doutrinador Santoro (2010), há basicamente duas formas de prática da eutanásia: a ativa e a passiva (ou indireta), sendo a eutanásia ativa ainda subdividida em direta ou indireta. A ativa ocorre quando o autor der início ao evento morte por uma ação e será passiva se a morte ocorrer por uma omissão, em princípio, na supressão ou interrupção dos cuidados médicos, que são indispensáveis para a continuidade da vida. Na eutanásia ativa direta, busca-se o encurtamento da vida do enfermo por intermédio de práticas positivas, ajudando-o a falecer. Já na eutanásia ativa indireta, não se procura a morte do doente, senão amenizar a dor ou o sofrimento, com medicamentos ou cuidados médicos que, contudo, apresentam como efeito secundário certo ou necessário a redução do tempo de vida, causando o evento morte.

Francisconi e Goldim (1997-2003, texto digital) apontam que, além dessas duas formas (ativa e passiva), há um terceiro tipo, a “Eutanásia de duplo efeito: quando a morte é acelerada como uma consequência indireta das ações médicas que são executadas visando o alívio do sofrimento de um paciente terminal”. Além disso, os autores adotaram outro critério (a saber, o consentimento do paciente) para elaborar uma nova classificação, baseada naquela proposta por Neukamp, em 1937:

Eutanásia voluntária: quando a morte é provocada atendendo a uma vontade do paciente. Eutanásia involuntária: quando a morte é provocada contra a vontade do paciente. Eutanásia não voluntária: quando a morte é provocada sem que o paciente tivesse manifestado sua posição em relação a ela. (NEUKAMP apud FRANCISCONI; GOLDIM, 1997-2003, texto digital).

Depois dessas classificações e tipificações, será explanada outras modalidades de eutanásia.

2.4 Outras modalidades: ortotanásia, distanásia, suicídio assistido e mistanásia

Preliminarmente, foi discorrido acerca da ortotanásia, ou seja, a morte naturalmente no seu tempo certo. De acordo com Villas-Bôas (2005), a palavra ortotanásia vem do grego *orthos*, que significa correto, reto, e *thanatos*, que significa morte. Ademais, explica que não há interferência do médico no momento do fim da vida, seja para antecipá-la, seja para adiá-la. Como o enfermo já se encontra em uma severa exaustão, não tendo mais qualquer chance de retornar o quadro terminal, concomitantemente em que os cuidados básicos são mantidos, entende-se desnecessária a postergação do tempo naturalmente certo da morte, dado o seu sofrimento.

Na ortotanásia, a conduta médica não é criminosa – PL 6715/2009, alterou o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia –, tendo em vista que não se consolida como causa da morte do indivíduo, estando a evolução natural da morte já estabelecida. Assim, a ortotanásia seria utilizada para evitar a distanásia, sendo a conduta do médico lícita sempre que se verificasse omissão ou interrupção dos artifícios médicos, sem que, por isso, houvesse encurtamento da vida.

Para Pessini (2007, p. 228), a ortotanásia está relacionada a cuidados paliativos, tornando-se um bem-estar para o doente crônico e terminal. Nesse sentido, argumenta que: “[...] a ortotanásia permite ao doente que já entrou em fase final e aos que o cercam enfrentarem a morte com certa tranquilidade, porque, nesta perspectiva, a morte não é uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida.”

Desse modo, reduzir a duração de vida do paciente é permitido aos médicos, não sendo, portanto, um fato punível, e configurando, por sua vez, uma das hipóteses de eutanásia.

Guimarães (2011, p. 130) faz uma breve diferenciação entre eutanásia e ortotanásia:

[...] a ortotanásia, como alhures indicado, a despeito de comumente ser tida como termo sinônimo da expressão eutanásia passiva, com ela não pode confundir-se, já que enquanto esta significa a deliberada suspensão ou omissão de medidas indicadas no caso concreto, antecipando-se a morte,

aquela consiste na omissão ou suspensão de medidas cuja indicação, por se mostrarem inúteis na situação, já se mostraram perdidas, não se abreviando o período vital.

Nesta senda, em ambos os casos existe a atitude de não interferência médica, criando-se a diferenciação fundamental no fato de a ortotanásia não implicar a antecipação da morte, ao passo que, na eutanásia passiva, há o entendimento de encurtamento da vida, com o diferencial de ser adotada omissão ou suspensão de qualquer artimanha médica.

Com relação à distanásia, uma possível definição seria o prolongamento artificial da vida que, sem os artifícios médicos e tecnológicos, naturalmente estaria já finalizada. Em suma, se a eutanásia adere à ideia de morte antes de seu tempo, e a ortotanásia, à morte no seu tempo certo, a distanásia seria a definição de morte depois do tempo, isto é, posteriormente ao seu prazo naturalmente definido.

Morache cunhou o termo distanásia em 1904, em Paris, em seu livro "Naisance et mort" (GOLDIM, 1998). Kovács (2003) preceitua que a distanásia, também conhecida como "obstinação terapêutica" ou "futilidade médica", composta do prefixo *dys* = ato defeituoso, e *thanatos* = morte, é denominada como a preservação dos tratamentos invasivos em doentes sem expectativa de recuperação, transferindo-os a um processo de morte lenta, ansiosa e dolorosa, pelo que a cessação desses tratamentos caracterizaria objeto de razoabilidade e racionalidade. Ademais, considera que há uma linha tênue entre matar e deixar morrer, tendo em vista que, na eventualidade de a pessoa não ter mais vida efetiva, estando unicamente com algumas funções vitais preservadas, finalizar os tratamentos não seria nem sequer eutanásia, isso porque os programas de cuidados paliativos poderiam ser a escolha à eutanásia e, da mesma forma, ao suicídio assistido.

De acordo com Pessini (2004, p. 201), a distanásia é a "obstinação terapêutica em que a tecnologia médica é usada para prolongar penosa e inutilmente o processo de agonizar e morrer". Já segundo Ramos (2003, p. 107), a Recomendação n.º 1.418 – aprovada em junho de 1999 pela Assembleia parlamentar do Conselho Europeu, que aborda a proteção dos direitos humanos e da dignidade dos enfermos incuráveis e terminais,

[...] convida os Estados membros a prever, em seu direito interno, disposições que assegurem aos doentes incuráveis e terminais a proteção jurídica e social necessária contra os perigos e os receios específicos [...], particularmente contra o risco de: [...] ter a existência prolongada contra a própria vontade.

Ainda segundo o autor, arguir sobre a distanásia é rejeitar os limites dos tratamentos fúteis ou inúteis à saúde do doente em estágio final, com o intuito de proteger os princípios bioéticos humanitários, autônomos e justos.

Com respeito ao suicídio assistido, entende-se preliminarmente que a pessoa não esteja sofrendo de qualquer doença incurável, tampouco esteja com a ocorrência de sofrimentos físicos ou mentais. Portanto, esse ato se dá quando um indivíduo, não tendo mais outros meios para falecer por si mesmo, recorre ao auxílio de outro para a satisfação do seu desejo de morrer. Para Borges (2005, texto digital), o suicídio assistido,

[...] ocorre com a participação material, quando alguém ajuda a vítima a se matar oferecendo-lhe meios idôneos para tanto para tal. Assim, um médico, enfermeiro, amigo ou parente, ou qualquer outra pessoa, ao deixar disponível e ao alcance do paciente certa droga em dose capaz de lhe causar a morte, mesmo com a solicitação deste, incorre nas penas do auxílio ao suicídio. A vítima é quem provoca, por atos seus, sua própria morte. Se o ato que visa à morte é realizado por outrem, este responde por homicídio, não por auxílio ao suicídio. A solicitação ou o consentimento do ofendido não afastam a ilicitude da conduta.

Nesse sentido, o indivíduo que colabora para o incidente pode ser enquadrado no artigo 122 do Código Penal Brasileiro, o qual tipifica tal conduta como crime. Acerca do tema, Guimarães (2011, p. 176) distingue eutanásia de suicídio assistido:

A distinção entre as duas figuras reside, essencialmente, no fato de ser a morte, na eutanásia, provocada por terceiro, diretamente, enquanto no suicídio assistido eutanásico (ou auxílio ao suicídio com conotação eutanásica, para o agente que auxilia), a provocação da morte se dá pelo próprio interessado, que é auxiliado por esse terceiro.

Kovács (2003, p. 149-153,) aduz uma diferenciação de eutanásia, suicídio assistido e suicídio:

O que diferencia a eutanásia do suicídio é quem realiza o ato; no caso da eutanásia, o pedido é feito para que alguém execute a ação que vai levar a morte; no suicídio assistido é o próprio paciente que realiza o ato, embora

necessite de ajuda para realizá-lo, e nisto difere do suicídio, em que esta ajuda não é solicitada.

Nessa senda, portanto, quem realiza a ação, de fato, é o enfermo, assistido por outra pessoa, geralmente porque não tem condições físicas de agir sozinho. Nos dois casos, ou seja, na eutanásia e no suicídio assistido, deve existir a vontade do interessado, pedindo ele, com clareza, a prática eutanásica, ou o auxílio para que se suicide, estando a par da situação e dos resultados da sua conduta. Para o doutrinador Goldim (2004, texto digital), historicamente:

O suicídio assistido ganhou notoriedade através do Dr. Jack Kevorkian, que nos Estados Unidos, já o praticou várias vezes em diferentes pontos do país, por solicitação de pacientes de diferentes patologias.

A Hemlock Society (ou Sociedade Cicuta), em uma clara alusão ao suicídio de Sócrates, publicou, em 1991, o livro “A Solução Final”, em que apresenta inúmeras maneiras de um paciente terminal ou com doenças degenerativas cometer suicídio (GOLDIM, 2004). Por fim, sabe-se que a prática da eutanásia é ilegal nos Estados Unidos, no entanto, o suicídio assistido é legalizado nos Estados do Oregon, de Montana e de Washington (MALUF, 2013).

Por fim, acerca da última modalidade, a mistanásia, ou eutanásia social, Pessini (2015, texto digital) ensina que o termo:

[...] provém da etimologia grega mys=infeliz; thanathos=morte, significando morte infeliz, miserável, precoce e evitável em nível social, coletivo. Trata-se da “vida abreviada” de muitos, em nível social, por causa da pobreza, violência, droga, chacinas, falta de infraestrutura e condições mínimas de se ter uma vida digna, entre outras causas. Alguns pensadores da ética, até pouco tempo utilizavam a expressão “eutanásia social”, para definir esta realidade. Na verdade, pela etimologia da palavra, de origem grega, temos que eu=bom; thanatos=morte, significando uma “boa morte”, “morte feliz”. Não tem nada de bom ou feliz nesta realidade de “vidas abreviadas” e cortadas tão precocemente neste contexto tão hostil ao seu desenvolvimento. Muito pelo contrário estamos diante de terríveis sofrimentos.

Mabtum, Ozaki e Penna (2012) ensinam que há três casos em que a mistanásia pode acontecer: a) quando há razões políticas, sociais e econômicas, que não autorizam a entrada dessas pessoas no sistema de atendimento médico; b) erros médicos (classificados, conforme o Código de Ética Médica, em três tipos: por imperícia, por imprudência e por negligência); e c) vítimas da má prática, a qual tem

a finalidade de prejudicar alguém de forma determinada, quando a medicina é empregada a fim de deteriorar a dignidade de outra pessoa, ocasionando uma morte antecipada ou dolorosa.

Tendo essas diferenciações em mente, no próximo capítulo será trazido ao debate as questões teóricas no âmbito da bioética, do biodireito e da religião, e sua possível inter-relação na prática jurídico-filosófica atinente à eutanásia.

3 BIOÉTICA, BIODIREITO E RELIGIÃO

Nos tempos modernos, mediante os diversos impasses pelos quais passa a sociedade atual, recursos como a imprescindibilidade da comunicação, a tolerância e a sensatez tornam-se qualidades do homem contemporâneo, e das quais o mundo não pode privar-se. Nesse mesmo sentido, a ocorrência da interação entre a bioética, o biodireito e a religião também depende desses mesmos recursos.

O assunto agora abordado não é indevido no contexto da eutanásia, muito menos pretende desprezar as reflexões no campo da atualidade jurídico-cultural do mundo moderno. Apenas quer propor que entre bioética, biodireito e religião inexistente oposição, e que, com base no estudo desses três pontos, certamente vamos ser capazes de sustentar importantes reflexões em termos do aperfeiçoamento e da abordagem de novas questões que estão surgindo com relação ao biodireito.

Essas três instâncias são distintas, porém interativas. No que tange à ligação entre biodireito e religião, explorar-se-á a questão a partir das declarações dos cristãos. Essa preferência busca refletir se o pensamento cristão é capaz de encontrar apoio razoável e sensato em suas colocações sobre as questões bioéticas, de modo que ampare o biodireito a aprofundar suas indagações. Porquanto a Igreja se mostra como uma marca de Deus no mundo, é natural que seus posicionamentos com relação à eutanásia encontrem um entendimento menos positivista e mais filantrópico do biodireito.

A associação entre o biodireito e a religião com base nos ensinamentos da Igreja sobre a eutanásia nos guiará, por conseguinte, à conexão entre o biodireito e a bioética. A partir daí, vamos exibir as delimitações do biodireito e a colaboração

que a bioética pode lhe conceder. Desse modo, este capítulo cumpre o objetivo de estabelecer uma relação em torno da bioética, do biodireito e da religião.

3.1 Visões das religiões acerca da eutanásia

A importância da religião para o biodireito e, conseqüentemente, para a bioética, parte do simples fato de que tanto a ética quanto o direito possuem a religião não só como argumento relativo ao estudo teórico do ser e de sua existência para suas alegações, mas também como uma categórica fonte de conhecimento.

A religião é um dos âmbitos da existência humana. O homem se incumbiu de instituí-la coletivamente, dado que o ser humano é, por natureza, um ser religioso, ou seja, um ser aberto à transcendência. A religião se caracteriza pela crença na garantia sobrenatural de salvação e pelas normas determinadas a alcançar e preservar essa garantia. No entanto, ela se distingue da moral, mas naturalmente se utiliza de seus princípios, tornando-se, de certa forma, uma obrigação moral.

Outrossim, a relação da religião com a morte se altera de acordo com a época e o local no qual se está inserido, bem como com o pensamento social ligado ao pilar moral em determinado momento histórico. Este tema, por ganhar ainda mais relevância teológica quando inserido em tópicos delicados, como a eutanásia, acaba não tendo o mesmo tratamento em todas as comunidades morais.

Com a propagação do cristianismo, várias formas de pensamento se alteraram. Ao trilhar o mandamento divino “Ouvistes que foi dito aos antigos: Não matarás; mas qualquer que matar será réu de juízo.” (BÍBLIA, [200-], texto digital), nenhuma pessoa pode consentir que alguém inocente seja morto, muito embora esse indivíduo esteja a sofrer de alguma doença incurável. Isto é, o cristianismo carregou a ideia de que o sofrimento é libertador e purificador, dando origem ao princípio da santidade da vida. Desse modo, a vida humana tem uma grandeza plena, é intocável e deve ser mantida até nos momentos de máximo sofrimento.

Moraes (2000) ensina que cada sociedade possui uma receptividade distinta da prática eutanásica. No caso da Igreja Católica, a sua ótica com relação à

eutanásia é expressa pelos seus membros de modo mais rígido, com o propósito de evitar dúvidas acerca dessa matéria.

O cristianismo, com base nos pensamentos de São Tomás de Aquino, se colocou, decisivamente, contra a eutanásia. Em sua famosa “Suma Teológica”, Tomás de Aquino denunciou esta prática como contrária à caridade para consigo mesmo, destacando, de forma decisiva, sua ilicitude com base em três fundamentos:

Primeiro porque naturalmente todas as cousas a si mesmo se amam; por isso é que todas naturalmente conservam o próprio ser e resistem, o mais que podem, ao que procura destruí-las. Portanto, quem se mata a si mesmo vai contra a inclinação natural e contra a caridade que todos a si mesmo se devem. Logo, matar-se a si mesmo é sempre pecado mortal, por ser um ato contrário à lei natural como à caridade. Segundo porque qualquer parte, pelo que é, pertence ao todo. Ora cada homem é parte da comunidade e, portanto, o que é da comunidade o é. Logo, matando-se um a si mesmo, comete uma injustiça contra a comunidade, como está claro no Filósofo. Terceiro, porque a vida é um dom divino feito ao homem e dependente do poder de Deus, que mata e faz viver. Logo, quem se priva a si mesmo, da vida, peca contra Deus; assim como quem mata um escravo alheio peca contra o dono do mesmo; e como também peca quem usurpa um juízo sobre uma coisa que não foi confiada. Pois, só a Deus pertence julgar da morte e da vida, conforme aquilo da Escritura: Eu matarei e farei viver. [...] o homem é constituído senhor de si mesmo pelo livre arbítrio. E portanto, pode dispor livremente de si mesmo, no que respeita aos bens desta vida para outra mais feliz, senão, do poder divino. Logo, não é lícito ao homem matar-se a si mesmo, a fim de passar para uma vida mais feliz. Do mesmo modo, nem para fugir a quaisquer misérias da vida presente. Porque, como claro está no Filósofo, o último dos males desta vida é praticar um mal maior para evitar um menor. (AQUINO, 1980, p. 2544-2545).

Segundo Strenger (2004, p. 262-263), o ponto de vista da Igreja Católica foi decretado pelo Papa Pio XII em 1956, quando informou que:

Qualquer forma de eutanásia direta, isto é, a administração de narcóticos para provocar ou apressar a morte é ilícita porque se tem a pretensão de dispor diretamente da vida. Um dos princípios fundamentais da moral natural cristã é que o homem não é o senhor e proprietário, mas somente usufrutuário de seu corpo e de sua existência.

Posteriormente, em 1980, o Papa João Paulo II sancionou a Declaração acerca da eutanásia formada pela Sacra Congregação para a Doutrina da fé. Outrossim, a declaração ressalta que “nada e ninguém pode autorizar a morte de um ser humano inocente, feto ou embrião, criança ou adulto, velho, doente incurável ou agonizante”. (JOÃO PAULO II, 1980, texto digital)

De acordo com o cristianismo, somente Deus é autor e possuidor uno de cada vida humana. O Concílio Vaticano II (Constituição *Gaudium et spes*, n. 27) ratificou, formalmente, a dignidade da pessoa humana e o seu direito à vida, desaprovando os crimes contra a vida. Ademais, neste Concílio é sustentado que a eutanásia se opõe à própria vida e transgredir a dignidade da pessoa humana, isto é, esta Constituição Pastoral determina que tudo o que contrariar a vida, tal como a prática eutanásica, é, de fato, um ultraje (JOÃO PAULO IV, 1965).

O apreço pela vida humana é visto como a base da sociedade. Na visão da Igreja, a atenção, a consideração e a estima pela vida são, antes de tudo, confiar na existência de Deus, o todo-poderoso, o inventor da vida.

Chamamos a atenção para a seguinte observação: evidentemente, com o cristianismo, ninguém pode afrontar ou atentar contra a vida. Quem praticar qualquer ato nesse sentido está a contestar o amor de Deus, está a incorrer em um grave crime.

O Sumo Pontífice João Paulo II, em 5 de maio de 1980, aprovou a Declaração Sobre a Eutanásia, ao qual declarou (texto digital):

[...] com toda a firmeza, que nada ou ninguém pode autorizar a que se dê a morte a um ser humano inocente seja ele feto ou embrião, criança ou adulto, velho, doente incurável ou agonizante. E também a ninguém é permitido requerer este gesto homicida para si ou para um outro confiado à sua responsabilidade, nem sequer consenti-lo explícita ou implicitamente. Não há autoridade alguma que o possa legitimamente impor ou permitir. Trata-se, com efeito, de uma violação da lei divina, de uma ofensa à dignidade da pessoa humana, de um crime contra a vida e de um atentado contra a humanidade. (JOÃO PAULO II, 1980).

Desse modo, a Igreja acredita que o cristão deve se conformar com o destino que Deus lhe apresentou, isto é, a dor física faz parte da natureza humana.

A religião católica, no entanto, não é a única a declarar-se contra a eutanásia. Existem outras religiões que rechaçam o fim da vida que não ocorra de forma natural. Por exemplo, de acordo com Strenger (2004), para os judeus, essa prática do suicídio é reprovada. O autor aduz que, conforme está escrito na Halakah (conjunto de leis da religião judaica), o suicídio é um dos pecados mais graves, muito pior que o homicídio, sendo uma afronta à autoridade e à inteligência divina. O entendimento é de que o enfermo não tem o condão de realizar o suicídio, ou de

reclamar a ajuda de outras pessoas na sua execução. Quem ajudar outrem a efetivar esse objetivo desempenha um crime de homicídio. A prática da eutanásia segue a mesma linha. O princípio do duplo efeito não é aceito pelo judaísmo. Conforme Goldim (1997, texto digital), o duplo efeito é:

[...] um termo técnico utilizado em Ética que se refere aos dois tipos possíveis de consequências produzidas por uma ação em particular, denominadas de efeitos desejados e para-efeitos indesejáveis. Com base neste princípio, é que é admitida a administração de altas doses de medicamentos com o objetivo de minorar o sofrimento de um paciente, mas que poderão ter como efeito indesejado a sua morte. Esta possibilidade é aceita pela Igreja Católica desde a década de 1950. Outras denominações religiosas também admitem utilizar este tipo de argumentação para o tratamento de doentes terminais.

Desse modo, um analgésico, tal como a morfina, não pode ser empregado em uma porção que seja capaz de efetivar a morte. Entretanto, de acordo com os judeus, inexistente moderação ao uso de analgésicos em porções necessárias, contanto que estas não causem a morte de quem as ingerir.

Nostre (2001, p. 227-230), também aduz que a Halakah é contrária à eutanásia:

O médico é visto como um instrumento de Deus para preservar a vida humana, sendo-lhe defeso usurpar o direito divino de escolha entre a vida ou morte de seus pacientes. Para a Halakah, a definição de morte não deriva exclusivamente dos fatos médicos e científicos, que apenas descrevem o aspecto fisiológico que observam, mas é uma questão ética e legal, da mesma forma que a fixação do tempo do óbito é questão moral e teológica.

A arcaica Torá (designação dada aos cinco primeiros livros do Tanakh que compõem o texto central do judaísmo) e o Talmude (livro sagrado dos judeus, um registro das questões rabínicas que seguem as leis, ética, costumes e história do judaísmo) não citavam a eutanásia, sequer o suicídio assistido.

Humphry e Wickett (1989) lecionam que a Igreja Romana até aceita a eutanásia passiva (sinônimo da ortotanásia), mas reprovava a ativa. Os autores afirmam ainda que, em outros grupos cristãos, a maioria não se opõe à eutanásia passiva, com exceção dos mórmons e de alguns ramos do movimento evangélico. Os anglicanos, episcopais e metodistas unitários não reprovam nem mesmo a forma ativa da eutanásia, devendo, no entanto, ser justificada.

O islã opõe-se à eutanásia e ao suicídio assistido. Segundo Kóvacs (2003), no islamismo há um sólido entendimento de que a vida humana é sagrada, o que justifica que tudo deve ser feito para protegê-la. No entanto, o Corão e a Suna, os textos fundamentais da doutrina islâmica, não discorrem especificamente sobre a questão da eutanásia. Em resumo, conforme a lei islâmica, Alá é o criador da vida. Desse modo, o indivíduo não é dono de sua vida, nem tem o direito de interrompê-la ou de solicitar a alguém que o faça. Para os muçulmanos, a vida é sagrada, dado que Deus está no seu início e ordena o seu destino.

Segundo Kovács (apud GUIMARÃES, 2011, p. 56), no budismo:

[...] a vida, ao contrário das demais religiões, que a tem como sagrada, é tida como um bem precioso, mas não de âmbito divino. Compreende-se a vida como transitória, sendo a morte inevitável, daí porque é relevante deixar que ela siga seu transcurso natural. Ademais, como a morte perturba o processo dos sobreviventes, “não deve ser prolongada indefinidamente quando não houver possibilidade de recuperação, mas também, não deve ser apressada”. São permitidas outrossim, as drogas para alívio da dor, ainda que possam matar o paciente, sendo absurdo, na visão budista, manter o paciente inconsciente e vivo, quando não há mais possibilidade de recuperação. Valoriza-se sempre a decisão pessoal sobre o tempo e a forma da morte, de modo que são condenados os atos que dificultem esta decisão ou que nublem a consciência da pessoa, repisando-se que a vida não é divina, mas sim do homem, sendo a evolução da pessoa (lei do Karma) a preocupação fulcral.

Assim, como não há um deus criador no budismo, a vida é, sim, reconhecida como preciosa, mas não divina, sendo amparada por princípios racionais que, se empregados, favorecerão o bem-estar de si próprio e dos outros.

Por último, no tocante ao hinduísmo, Humphry e Wickett (1989) asseveram que, apesar de sua escritura não fazer referência à eutanásia, os hindus e os sikhs acreditavam na independência e na convicção pessoal, conseguindo, em certos casos, legitimar a referida prática.

Por fim, as divergentes perspectivas culturais, morais e religiosas acerca da morte nos dão um entendimento e nos guiam para condutas, comprometimentos e atos mais adequados. Distintas sociedades morais têm diversos critérios de morte, vários pontos de vista do que estabelece uma boa vida, e a esse respeito, induzem na forma como a morte é apresentada e vivida.

Em quaisquer dessas religiões, a vida é retratada como sagrada, intocável, intangível e como uma virtude de Deus (com exceção do budismo). Existe, por conseguinte, uma notória preservação e um cultivo da vida humana, que, na sua natureza, nega aquilo que hoje se compreende por eutanásia ativa (com ressalva ao budismo, que tem um posicionamento mais brando).

3.2 Bioética

Bioética é o estudo que abrange a medicina, a filosofia, as ciências biológicas, o direito, entre outras áreas do conhecimento, com vistas a examinar as circunstâncias necessárias para uma manutenção consciente acerca da vida humana. Conceitua, desse modo, assuntos em que não existe um acordo moral, sendo, nesse caso, a eutanásia.

Conforme leciona Namba (2009, p. 8), a palavra bioética “apareceu a primeira vez em 1971 no título da obra de Van Ransselaer Potter, denominada *Bioethics: bridge to the future, Englewood Cliffs/New York: Prentice-hall, 1971*”, ao qual referia que bioética é “o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais”. Já Pessini e Barchifontaine (1996 p. 11) sintetizam que “a bioética estuda a moralidade da conduta humana no campo das ciências da vida”, determinando normas de conduta socialmente adequadas.

Como a bioética é um conceito novo, torna-se um tanto difícil encontrar seu significado consolidado em algum dicionário especializado (ou mesmo geral) ou enciclopédia. Sabe-se, contudo, que sua nomenclatura é um neologismo produzido a partir das palavras gregas *bios* (vida) e *ethos* (relativo à ética).

Por outro lado, Iacomini (2009, p. 33) afirma que foi: “André Hellegers, da Universidade de Georgetown, o primeiro que utilizou a palavra Bioética, e a partir dele a palavra foi sendo analisada pela Psicologia, Sociologia, Biologia, Medicina, Teologia, Direito, e outras áreas que tinham interesse na vida humana.”

Sobre o tema, Borem e Santos (2001, p. 209) entendem que “a bioética estuda a visão moral, as decisões de conduta e aspectos políticos do comportamento humano em relação aos fatos e fenômenos biológicos”.

Desta sorte, assumindo um ponto de vista mais amplo, conseguimos entender que a ética se utiliza de um modo distinto em cada país, haja vista sua ideologia, religião e cultura. Explora, portanto, até que ponto vão os limites da interferência humana em conteúdos que envolvem os seres vivos, principalmente na engenharia genética e nos assuntos relacionados propriamente aos seres humanos, como a eutanásia.

É importante também destacar o momento histórico em que os valores éticos se alastraram e começaram a atuar em cada sociedade, com ênfase nas questões bioéticas. Maluf (2013, p. 8) relata que as primeiras orientações filosóficas a respeito do tema começaram após a Segunda Guerra Mundial:

[...] quando o mundo ocidental, chocado com as práticas abusivas de médicos nazistas em nome da ciência, cria um código para limitar os estudos relacionados. [...] Foi durante a segunda metade do século XX, mais precisamente entre 1960 e 1970, que os avanços científicos e tecnológicos no meio médico receberam forte incentivo por seus resultados positivos e começaram a produzir questionamentos na sociedade de então. São desse tempo a criação de UTIs, a realização dos primeiros transplantes [...], o diagnóstico da morte cerebral, as descobertas da psicofarmacologia, o diagnóstico pré-natal e alguns avanços no conhecimento dos mecanismos imunológicos de rejeição (ciclosporina, em 1978). O impacto do avanço dessas novas tecnologias levou a comunidade médica e científica ao estabelecimento de parâmetros delineadores das práticas terapêuticas e de pesquisa. Assim foram fundados os primeiros Grupos de debates, que deram origem aos Comitês de bioética [...]. Analisava-se a viabilidade econômica dos procedimentos e os direitos dos pacientes. A ampliação dos debates para além das áreas médicas, para as humanidades religiosas (importância do debate ecumênico) gerou o início dos diálogos interdisciplinares que norteiam esse meio.

A doutrinadora propõe uma divisão da história da bioética em três fases: a fase 1 – 1960 a 1977 –, marcada pelos primeiros grupos de médicos e cientistas e pelos primeiros comitês de bioética no mundo; a fase 2 – 1978 a 1997 –, marcada pela publicação do relatório Belmont, o que ocasionou um grande impacto na bioética clínica, pela primeira fertilização *in vitro*, pelos avanços na engenharia genética e pelos grupos de estudo em bioética; e a fase 3 – iniciada em 1998 –, marcada pela descoberta do genoma humano, pela clonagem e pelas discussões relativas à falência dos sistemas de saúde pública nos países em desenvolvimento.

Quanto aos quatro princípios basilares da bioética – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça –, o mais valorizado, segundo Guimarães (2011), é o da autonomia, o qual preconiza a vontade do paciente, ou de seus representantes, considerando seus valores morais e religiosos. Ainda sobre este princípio, Maluf (2013, p. 11) aponta que “a autonomia seria a capacidade de atuar com conhecimento de causa e sem qualquer coação ou influência externa. Desse princípio decorre a exigência do consentimento livre e informado”. Para Namba (2009, p. 11), a autonomia seria o “respeito às pessoas por suas opiniões e escolhas, segundo valores e crenças pessoais”.

Trazendo à discussão a eutanásia, Siqueira-Batista; Schramm (apud GUIMARÃES, 2011, 93) assevera que:

[...] tem se mostrado útil para a argumentação bioética em favor da prática eutanásica. Repisam que o ‘debate hodierno sobre a boa morte repousa, em grande medida, na polarização entre os princípios do respeito à autonomia individual e da sacralidade da vida, o primeiro de ‘inspiração’ marcadamente iluminista e o último, de tessitura preponderantemente religiosa, especialmente judaico-cristã.

Em contrapartida, o segundo princípio da bioética é a beneficência, que, conforme Namba (2009, p. 11), “se traduz na obrigação de não causar dano e de extremar os benefícios e minimizar os riscos”. De outra parte, Maluf (2013, p. 11) descreve este princípio como o:

[...] atendimento do médico e dos demais profissionais da área da saúde, em relação aos mais relevantes interesses do paciente, visando seu bem-estar, evitando-lhe quaisquer danos. Baseia-se na tradição hipocrática de que o profissional da saúde, em particular o médico, só pode usar o tratamento para o bem do enfermo, segundo sua capacidade e juízo, e nunca para fazer o mal ou praticar a injustiça. No que concerne às moléstias, deverá ele criar na práxis médica o hábito de auxiliar ou socorrer, sem prejudicar ou causar mal ou dano ao paciente. Nesse sentido vemos que no caso de manifestação de circunstâncias conflitantes, deve-se procurar a maior porção possível de bem em relação ao mal para o paciente, sendo na ótica de Beauchamp e Childress, a beneficência uma ação feita em benefício alheio que obedece o dever moral de agir em benefício dos outros. A regra de ouro do princípio da beneficência é não causar dano e maximizar os benefícios, minimizando os possíveis riscos.

O terceiro princípio é o da não maleficência, isto é, a “obrigação de não acarretar dano intencional e deriva da máxima da ética médica: *primum non nocere*” (MALUF, 2013, p.11). Na concepção de Namba (2009, p.11), neste princípio:

[...] não se deve causar mal a outro e diferencia-se, assim, do princípio da beneficência, que envolve ações de tipo positivo: prevenir ou eliminar o dano e promover o bem, mas se trata de um bem de um contínuo, de modo que não há uma separação significativa entre um e outro princípio.

O quarto e último princípio – o da justiça – expressa, segundo Maluf (2013, p. 11), “a imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios da prática médica, pelos profissionais da saúde, procurando evitar a discriminação”. Namba (2009, p.11) define esse princípio como “[...] da justiça ou imparcialidade na distribuição dos riscos e dos benefícios, não podendo uma pessoa ser tratada de maneira distinta de outra, salvo haja entre ambas alguma diferença relevante”.

Dessa maneira, finalizar-se-á este subcapítulo manifestando a ideia de que a bioética é a matéria que estuda as questões éticas das práticas médicas e biológicas, analisando não apenas suas consequências na sociedade, mas também as ligações entre os homens e outros seres vivos, apontando o caminho dos procedimentos a serem adotados, e, objetivando, sobretudo, o respeito à dignidade humana.

3.3 Biodireito

O biodireito é considerado um novo ramo do conhecimento jurídico, consequência da união entre a bioética e o direito. É uma parte do Direito Público que se relaciona à bioética, analisando as familiaridades jurídicas entre o direito e a evolução tecnológica da medicina e biotecnologia, entre outras peculiaridades associadas à matéria e à dignidade da pessoa humana.

Acerca do termo etimológico e da denominação da palavra biodireito, Barreto (2006, p. 101) esclarece:

Biodireito de bio (do grego *biós*, vida) + direito (do latim *directus*, participio passado de *dirigere*, por em linha reta, dispor, ordenar, regular). Denominação atribuída à disciplina no estudo do direito, integrada por diferentes matérias, que trata da teoria, da legislação e da jurisprudência relativas às normas reguladoras da conduta humana em face dos avanços da Biologia, da Biotecnologia e da Medicina.

Diniz (2006 p. 9) explana que o biodireito: “[...] teria a vida por objeto principal, salientando que a verdade jurídica não poderá salientar-se à ética e ao direito, assim

como o progresso científico não poderá acobertar crimes contra a dignidade humana, nem traçar sem limites jurídicos, os destinos da humanidade.”

Garcia (1989, p. 576) conceitua que o:

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

Miguel Carlos Mádero (2010, p. 394) relaciona o biodireito à atividade científica, apontando que se trata de uma liberdade constitucional e que prevê sanções em caso de má utilização desse exercício. Para o autor, o biodireito busca:

[...] regular e ordenar a atividade científica de acordo com a Constituição Federal, incumbindo-lhe criar instrumentos e indicar procedimentos apropriados para orientar condutas diante dos problemas suscitados pelas novas tecnologias, bem assim prever punições no caso de ocorrerem hipóteses de mau uso da liberdade de pesquisa científica e da qual resulte risco à integridade da pessoa humana, à sua liberdade, vida e dignidade.

De acordo com Maluf (2013, p. 17), o biodireito tem uma associação especial com cinco tópicos:

Bioética, Direito Civil, Direito Penal, Direito Ambiental e Direito Constitucional (à luz do art. 5º, inciso IX, da Constituição Federal de 1988, que proclama a liberdade da atividade científica como um dos direitos fundamentais, sem contudo deixar de penalizar qualquer ato perigoso (imperícia) na relação médico-paciente e imperícia do cientista, levando em conta questões conflitantes como o aborto, eutanásia, suicídio assistido, inseminação artificial, transplante de órgãos, OGM e clonagem terapêutica e científica). Compreende, portanto, o caminhar sobre o tênue limite entre o respeito às liberdades individuais e a coibição dos abusos contra o indivíduo ou contra a espécie humana (atua como agente regulador do poder da ciência sobre o genótipo do cidadão, o mercado genético, o manejo incorreto do Projeto Genoma Humano, da discriminação causada pela diagnose genética e pela AIDS nas áreas securitária e trabalhista, entre outros).

Maluf (2013, p. 17), ao considerar uma perspectiva mais ampla, observando dois planos de tutela, isto é, um macro e outro micro, propõe ainda uma subdivisão entre macrobiodireito e microbiodireito: “No macrobiodireito, o foco está nas relações ambientais, no patrimônio natural, artificial e cultural; já o microbiodireito estuda as questões relacionadas à vida individualizada”.

À vista de todos esses conceitos, firmamos que o biodireito se estabelece sobre dois fundamentos: os jurídicos e os éticos. De fato, todos os valores tutelados pela Constituição, como o direito à vida, a dignidade da pessoa humana, a plenitude mental e corpórea, a intimidade, etc., poderiam sofrer impactos negativos pelo uso indiscriminado do direito à liberdade científica. Diante dessa real possibilidade, surge o biodireito. Portanto, é substancial a inclusão dos princípios bioéticos nos direitos fundamentais com o objetivo de unificar e dar maior equilíbrio ao ordenamento jurídico.

Nesse segmento, pode-se apontar inúmeros princípios aplicados ao tema. Por exemplo, Maluf (2013, p. 18) preceitua oito princípios relacionados ao biodireito (alguns inclusive que aludem aos princípios descritos anteriormente na parte sobre a bioética):

Princípio da autonomia – ligado ao autogoverno do homem, no que tange principalmente às decisões sobre os tratamentos médicos e experimentação científica aos quais será submetido. Assim, as decisões clínicas deverão ser tomadas em conjunto na relação médico-paciente.

Princípio da beneficência – ligado ao bem-estar do paciente em face ao atendimento médico ou experimentação científica, sendo válido ressaltar que o cientista dirigirá sempre seu trabalho em prol moral na pesquisa científica.

Princípio da sacralidade da vida – refere-se à importância fulcral da proteção da vida quando das atividades médico-científicas. Vem elencado no art. 5º da Constituição Federal.

Princípio da dignidade da pessoa humana – o referido princípio deve ser sempre observado nas práticas médicas e biotecnológicas, visando a proteção da vida humana em sua magnitude. Liga-se este princípio ao da sacralidade da vida humana.

Princípio da justiça – refere-se à imparcialidade da distribuição dos riscos e benefícios de todos os envolvidos na pesquisa científica e nas práticas médicas, seja no âmbito nacional quanto no internacional.

Princípio da cooperação entre os povos – refere-se ao livre intercâmbio de experiências científicas e de mútuo auxílio tecnológico e financeiro entre países, tendo em vista a preservação ambiental e das espécies viventes. Sendo válido ressaltar que essa prática em nada alteraria a soberania do Estado ou abalaria o princípio da autodeterminação dos povos, previsto no art. 4º da Constituição Federal.

Este princípio, no âmbito do biodireito, encontra-se ligado ao princípio da ubiquidade, que prevê a necessidade de proteção global contra experimentações indevidas, sobretudo as que envolvam alteração de células germinativas humanas.

Liga-se também intrinsecamente ao princípio da justiça, tendo em vista a aplicação, em escala internacional, da repartição do ônus dos custos das pesquisas científicas, assim como deveriam ter direito de igual acesso aos resultados destas pesquisas. [...]

Princípio da precaução – este princípio sugere que se tomem cuidados antecipados às práticas médicas e biotecnológicas, tendo em vista o caso concreto. Importa, a seu turno, no caso de dúvidas sobre a possibilidade de certa atividade causar danos aos seres humanos, às espécies ou ao meio ambiente a proibição da autorização do exercício da referida atividade. [...]

No âmbito do biodireito, tal princípio implicaria na impossibilidade de se efetuar qualquer pesquisa científica até que se comprove a inexistência de consequências maléficas – diretas ou indiretas – para o ser humano.

Não se trata de se provar o risco da atividade para, só depois, impedir-se a sua continuação. Trata-se, sim, de impor ao interessado na realização da atividade o dever de comprovar a inexistência de risco, sob pena de proibição da prática da atividade científica que se deseja praticar.

Este princípio está ligado aos princípios da dignidade da pessoa humana, da sacralidade da vida e da ubiquidade, tendo em vista a preservação da higidez da espécie. Relaciona-se, outrossim, à utilização de organismos geneticamente modificados.

Princípio da ubiquidade – retrata a onipresença do meio ambiente e da integridade genética. Tem por valor principal a proteção da espécie, do meio ambiente, da biodiversidade, do patrimônio genético. Deve ser levado em consideração cada vez que se intenciona a introdução de uma política legislativa sobre qualquer atividade nesse sentido. Visa a proteção constitucional da vida e da qualidade de vida. [...]

Iacomini (2009, p. 53-60) aponta cinco princípios bioéticos, os quais estão diretamente ligados à ordem constitucional: a dignidade da pessoa humana – já mencionada –, a igualdade, a inviolabilidade da vida, a informação e a proteção à saúde. Vejamos o que ela diz sobre cada um deles. Quanto ao princípio da igualdade (p. 56-57):

A concepção aristotélica acerca da igualdade está expressa em tratar desigualmente os desiguais, e igualmente, os iguais. Cabe ao biodireito a tarefa de bem captar este princípio, que no entender desse trabalho, deverá ser analisado em confronto com os graus de emergência, necessidade ou utilidade do caso concreto, trazido à lume.

A Constituição Federal de 1988 adotou o princípio da igualdade de direitos, prevendo a igualdade de aptidão, uma igualdade de possibilidades virtuais, ou seja, todos os cidadãos têm direito de tratamento idêntico pela lei, em consonância com os critérios albergados pelo ordenamento jurídico.

Dessa forma, o que se veda são as diferenciações arbitrárias, as discriminações absurdas, pois o tratamento desigual dos casos desiguais, na medida em que se desiguam, é exigência do próprio conceito de Justiça, pois o que realmente protege são certas finalidades, somente se tendo por lesado o princípio constitucional quando o elemento discriminador não se encontra a serviço de uma finalidade acolhida pelo direito, sem que se esqueça, porém, como ressaltado por Fábio Konder Comparato, de que as chamadas liberdades materiais têm por objetivo a igualdade de condições sociais, meta a ser alcançada não só por meio de leis, mas também pela aplicação de políticas ou programas de ação estatal.

A igualdade se configura como uma eficácia transcendente, de modo que toda situação de desigualdade persistente à entrada em vigor da norma constitucional deve ser considerada não recepcionada, se não demonstrar compatibilidade com os valores que a Constituição, como norma suprema proclama.

[...] A desigualdade na lei se produz quando a norma distingue de forma não razoável ou arbitrária um tratamento específico a pessoas diversas. Para que as diferenciações normativas possam ser consideradas não discriminatórias, torna-se indispensável que exista uma justificativa objetiva e razoável, de acordo com critérios e juízos valorativos genericamente aceitos, cuja exigência deve aplicar-se em relação à finalidade e efeitos da medida considerada, devendo estar presente por isso uma razoável relação

de proporcionalidade entre os meios empregados e a finalidade perseguida, sempre em conformidade com os direitos e garantias constitucionalmente protegidos. Assim, os tratamentos normativos diferenciados são compatíveis com a Constituição Federal quando verificada a existência de uma finalidade razoavelmente proporcional ao fim visado.

O princípio da inviolabilidade da vida, para Iacomini (2009, p. 57-58), é exposto da seguinte maneira:

A vida para o indivíduo apresenta valor inestimável, logo, a proteção de sua integridade física ou moral é prioridade, devendo o biodireito resguardá-la, ao máximo, no que diz respeito aos experimentos científicos que envolvam seres humanos, principalmente.

A vida é inviolável, portanto, ninguém pode ser privado arbitrariamente de sua vida, visto que esta inviolabilidade é uma segurança constitucional, bem como penal, pois sanções são impostas penalmente para o indivíduo que violar esse direito.

O princípio da inviolabilidade do direito à vida encontra-se perfeitamente expresso na Constituição Federal, “Artigo 5º: 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, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]”.

Desta forma, conclui-se que a vida não pode ser desrespeitada, sob pena de responsabilização criminal, nem tampouco pode o indivíduo renunciar esse direito e almejar sua morte. Para melhor exemplificar, segue transcrição de Alexandre de Moraes: “O direito à vida tem um conteúdo de proteção positiva que impede configurá-lo como o direito de liberdade que inclui o direito à própria morte”.

A morte é a única certeza que todo o ser humano tem em vida, contudo ninguém, nem nada pode prever o momento do direito à própria morte; sendo assim, a vida deve sempre estar acima de qualquer coisa, prevalecendo-se o princípio da inviolabilidade.

O princípio da informação, segundo Iacomini (2009, p. 58-59):

[...] assegura ao indivíduo o direito de receber dos órgãos públicos informações de seu interesse (art. 5º inciso LXXIII). O complemento deste princípio está presente no enunciado do princípio do consentimento informado, como adotado pela bioética, assegurando ao sujeito, o direito de receber todas as informações sobre o procedimento investigatório científico a que será submetido, se assim o consentir.

O princípio da informação é fundamental no Biodireito, visto que se deve preservar a nitidez para o consentimento informado; é realmente imprescindível que informações sejam prestadas, principalmente, em se tratando de casos que envolvam pesquisas científicas ou doentes em estado terminal.

A ética da investigação humana tenta rejeitar de todas as formas as pesquisas envolvendo seres humanos, porém a sua briga maior está focada na ausência da informação, pois a informação sobre todos os desdobramentos do procedimento que está sendo tomado é fundamental.

O princípio da informação está bem determinado na Declaração de Helsinque de 1982, que será bem analisada nos próximos capítulos; mas, de forma resumida, é possível dizer que foi o momento em que se determinou que em qualquer investigação em seres humanos, cada indivíduo potencial deve ser informado, adequadamente, dos objetivos,

métodos, benefícios antecipados e potenciais riscos do estudo e do mal-estar que este pode implicar.

Por fim, o princípio da proteção à saúde é assim descrito por Iacomini (2009, p. 59):

A própria idéia (sic) de saúde é delineada no preceito do artigo 196 da Constituição Federal que a consagra como um direito de todos e um dever do Estado, como bem será transcrito a seguir:

Artigo 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A saúde faz parte de uma pretensão de desenvolvimento social que deve ser partilhada por todos, independente de raça, cor, religião, sexo ou concepção doutrinária e filosófica; deve-se considerar que a sociedade apresenta necessidade de proteção à saúde, e que a saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção.

Destaca-se também o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano.

Melhorando-se a proteção à saúde, além de a sociedade ganhar o respeito a seu direito fundamental, cria-se uma nova expectativa de melhores condições de vida.

As definições e os princípios aqui expostos, sobretudo, aqueles de caráter absolutamente doutrinário, são a base para a pesquisa monográfica em desenvolvimento. Em que pese possam parecer repetitivos, são profundamente necessários ao conteúdo, tendo em vista que as frequentes transformações na área da biotecnologia e medicina resultam em circunstâncias novas, nunca antes defendidas pelo grupo de normas que regulam o biodireito.

De fato, a bioética e o biodireito possuem suas características próprias. No entanto, esses dois campos de atuação andam vinculados, pois a bioética é a base de efetivação das normas do biodireito, salvaguardando a vida diante das inovações nos ramos da medicina e biotecnologia.

Portanto, a partir dos tópicos desenvolvidos até este ponto, certamente é de suma importância o conhecimento neste instante explanado, afinal, o biodireito leva o conjunto global de discussões a respeito da bioética, remanescendo, desse modo, aos juristas, à sociedade e aos profissionais da saúde, optar por uma direção, por intermédio dos princípios e das normas constitucionais e, acima de tudo, da análise

do princípio da dignidade da pessoa humana, o fundamento essencial do Estado Democrático de Direito, perante a capa do nosso ordenamento jurídico.

4 EUTANÁSIA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Atualmente, imensuráveis são as questões e os debates que compreendem a terminalidade da vida, assim como a chance de o paciente deliberar, entre as inúmeras possibilidades de tratamento disponíveis, se permite ou não obedecer a métodos terapêuticos a seu dispor, com o objetivo de prorrogar o tempo de vida.

Incontáveis acontecimentos incidem quando o médico, na presença de um problema inesperado do paciente, depara-se com uma condição de enfrentamento e dúvida: como obedecer à escolha do paciente? Como atuar em situações de enfermos que estão em seus últimos momentos, os quais visam a uma morte digna, sem delongas? Por que persistir em métodos ineficientes e opor-se a cuidados paliativos?

Sem dúvida, o parecer do médico não é dos mais simples diante do que está abrangido hoje na legislação e no Código de Ética Médica. Naturalmente, o médico terá em seu encargo a escolha de qual será o procedimento a ser adotado e, em algumas situações, poderá ser reprovado por sua escolha.

A acelerada evolução tecnológica e as descobertas científicas não vem sendo devidamente acompanhadas pelo ordenamento jurídico, o que requer, por parte dos especialistas do ramo do Direito, a compreensão do texto legal para a adaptação das leis em vigor aos acontecimentos que se apresentam.

Concerne, portanto, ao Direito, por intermédio das normas, determinar o ditame social, dado que desfruta de recursos próprios e pertinentes para que esse regulamento seja apreciado. Conforme ensina Diniz (2001, p. 8),

Como o direito não pode furtar-se aos desafios levantados pela biomedicina, surge uma nova disciplina, o biodireito, estudo jurídico que, tomando por fontes imediatas a bioética e a biogenética, teria a vida por objeto principal, salientando que a verdade científica não poderá acobertar crimes contra a dignidade humana, nem traçar, sem limites jurídicos, os destinos da humanidade.

A conexão do biodireito e da bioética impossibilita que práticas desumanas e indevidas ocorram, mas ainda impede que os operadores do direito ajam de forma totalmente legalista. Deste modo, discorreremos a seguir sobre questões substanciais da legislação atual para termos um melhor entendimento do assunto.

4.1 Eutanásia no âmbito penal e civil brasileiro

Inicialmente, é importante destacar que a nossa Constituição Federal não definiu claramente a abordagem jurídica acerca da eutanásia, até porque não é sua atribuição, inicialmente, determinar as ações delituosas. Nessa seara, o que fez a Constituição foi simplesmente preservar a vida humana e a sua dignidade. Um exemplo é o caput do artigo 5º, o qual declara, acerca do direito à vida como direito fundamental, que “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, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]”. O artigo 5º, inciso II, declara que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.

À vista disso, o âmbito penal, por sua vez, não demonstra previsão exclusiva para o tema eutanásia. Todavia, a exibição de considerações da Parte Especial do Código Penal, ao pronunciar o homicídio com redução de pena, igualmente conhecido como homicídio privilegiado, o mostra como motivo de relevante valor moral – que pode ser esclarecido como homicídio eutanásico –, ou melhor, ocasionado pela piedade frente ao inevitável sofrimento da vítima (art. 121, § 1º).

Nesse campo jurídico, uma parcela dos doutrinadores entende a eutanásia – ativa e passiva – como uma atitude delituosa. Entre os constitucionalistas, Tavares (2012) está entre os que sustentam ser o direito à vida um pré-requisito aos demais direitos:

Distingue-se, aqui, entre o chamado homicídio por piedade (“morte doce”) e o direito à morte digna. No Brasil, não se tolera a chamada “liberdade à própria morte”. Não se pode impedir que alguém disponha de seu direito à vida, suicidando-se, mas a morte não é, por isso, um direito subjetivo do indivíduo, a ponto de poder exigi-la do Poder Público. Assim, de um lado, não se pode validamente exigir, do Estado ou de terceiros, a provocação da morte para atenuar sofrimentos. De outra parte, igualmente não se admite a cessação do prolongamento artificial (por aparelhos) da vida de alguém, que dele dependa. Em uma palavra, a eutanásia é considerada homicídio. Há, aqui, uma prevalência do direito à vida, em detrimento da dignidade (TAVARES, 2012, p. 578-579).

Do mesmo modo, o penalista Bitencourt (2008) defende que não se pode admitir que uma pessoa decida livremente da própria vida, considerando não existir um direito sobre a vida, mas tão somente o direito de viver.

Contudo, a questão está longe ser resolvida. Perante o direito à morte digna, por exemplo, nos casos de estado vegetativo irreversível, é possível encontrar suporte aos princípios da dignidade humana e da autonomia da vontade, os quais estão presentes na Constituição Federal de 1988, o que, deste modo, resultaria no direito a uma morte digna.

Nessa perspectiva, o direito à morte digna tem a ver com o direito à escolha do doente, isto é, qual o modo que ele julga mais apropriado para o término de sua vida. Nesse sentido, Matias (2004, p. 43) assevera que:

[...] morrer com dignidade é morrer da maneira e no momento que se considera mais adequado para si, preservando sua personalidade e dando uma correta e coerente continuidade, ou melhor, um coerente término para sua vida, de acordo com o modo como sempre foi conduzida.

Dworkin (2009, p. 280) compartilha do mesmo posicionamento quando ensina que:

A morte domina porque não é apenas o começo do nada, mas o fim de tudo, e o modo como pensamos e falamos sobre a morte a ênfase que colocamos no morrer com dignidade mostra como é importante como a vida termine apropriadamente, que a morte seja um reflexo do modo como desejamos ter vivido.

Sobre a eutanásia ativa direta e a passiva, há uma predominância na doutrina penal brasileira que entende se tratar de homicídio com diminuição de pena de 1/6 (um sexto) a 1/3 (um terço). De acordo com Bitencourt (2008), aplicar-se-á, para o autor da eutanásia, pena diminuída em decorrência do relevante valor moral

frente à compaixão ou piedade ante o irremediável sofrimento da vítima. Hungria (1958, p. 127) destaca que “o legislador brasileiro não se deixou convencer pelos argumentos que defendem, no tocante ao homicídio piedoso, a radical impunibilidade ou a faculdade de perdão judicial”.

De acordo com essa posição doutrinária, a atividade eutanásica ativa direta, ou passiva, está prevista na causa especial de diminuição de pena, estando elencada no artigo 121, §1º, do Código Penal, tendo em vista que o autor da ação ou omissão motiva o término da vida do doente, impulsionado mediante piedade, com o propósito de findar a dor e o sofrimento do paciente. O texto legal prevê o seguinte:

Art. 121. Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

Caso de diminuição de pena

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

Desse modo, no âmbito penal, a prática da eutanásia ativa direta e a da passiva são atividades delituosas, tendo em vista que, sem a ação ou omissão do agente responsável pela prática do fato, a vida não seria extinta. Consumado está, portanto, o tipo penal do artigo 121 do CP “matar alguém”. Garcia (1954, p. 219) lecionava que “causa é a energia criadora do resultado” e, em tal caso, será essa a consequência, sendo boa ou ruim: levar o paciente ao óbito.

Observemos agora o entendimento do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul:

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. MANDADO DE SEGURANÇA. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. IPE-SAÚDE. EUTANÁSIA JUDICIAL. INADMISSIBILIDADE. VOTO VENCIDO DO RELATOR. 1. O fato de não existir droga de eficiência comprovada para combater câncer coloretal metastático, não exonera o Instituto de Assistência à Saúde de custear medicamento, receitado pelo médico, tido como o mais adequado nas circunstâncias, pois o paciente não pode ser abandonado, sob pena de ferimento ao princípio constitucional da dignidade da pessoa (CF, art. 1º, III). 2. A não ser assim, institui-se a eutanásia judicial. Quer dizer, o médico não pode abandonar a luta pela vida, mas o Juiz, considerando que a ciência médica não dispõe de drogas de eficiência comprovada, pode cortar o fornecimento pelo Poder Público, decretando, literalmente, a morte do paciente. 3. Desnecessidade de dilação probatória, pois o direito do paciente de ser medicado não exige, na ausência de alternativa, de prova de que a droga receitada pelo médico seja de eficiência comprovada. 4. Por maioria, apelação provida.

(Apelação e Reexame Necessário Nº 70036415040, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Irineu Mariani, Julgado em 06/10/2010.)

Como já explanado, a conduta de matar alguém está tipificada no artigo 121 do Código Penal, sendo esta uma conduta comissiva. No entanto, poderá também haver conduta omissiva, prevista no artigo 13, §2º, do Código Penal.

Observemos o que narra o texto legal:

Art. 13 - O resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

§ 2º - A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem: (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

a) tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado; (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

c) com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado. (Incluído pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Similarmente, compartilha do mesmo entendimento o doutrinador Greco (2013, p. 153): “tenha ele a obrigação legal de cuidado, proteção ou vigilância; de outra forma, assumida a responsabilidade de impedir o resultado; ou, com o seu comportamento anterior, tenha criado o risco de ocorrência do resultado”.

Bitencourt (2012, p. 754) também versa acerca do assunto: “[...] nesses crimes, o agente não tem simplesmente a obrigação de agir, mas a obrigação de agir para evitar um resultado, isto é, deve agir com a finalidade de impedir a ocorrência de determinado evento”.

Em suma, na eutanásia ativa, seja direta, seja indireta, há uma conduta comissiva, uma ação, ao passo que, na passiva, a conduta é omissiva. Nesse caso, é compreensível que seja o médico o sujeito dessa posição, cuja responsabilidade contratual é resultante do vínculo médico-paciente. Ademais, quanto ao papel do médico, segundo a doutrina, embora sua conduta seja negativa, ele responderá como se a tivesse exercido de maneira positiva.

[...] não há dúvidas de que esses agentes de saúde têm a especial função de garantia de bens jurídicos – sobretudo de bens como a vida e a saúde – dos pacientes. Dessa forma, se descumprir o dever de agir, abstendo-se de realizar a conduta devida e não impedindo o resultado, o médico será

considerado o causador deste mesmo resultado e responderá pelo crime correspondente, seja doloso ou culposo, já que os crimes de omissão imprópria podem ter as duas características. Assim, se o médico, intencionalmente, deixar de atender determinado paciente em perigo de vida, o qual em virtude dessa omissão venha a morrer, responderá pelo crime de homicídio (doloso), mas não pelo de omissão de socorro (SOUZA, 2006, p. 236).

O dever dos médicos é garantir a proteção a bens jurídicos, tais como a vida, a saúde, entre outros. Assim, o médico detém a responsabilidade de impedir o resultado, e, na hipótese de não conseguir impedi-lo, responderá na proporção de sua culpa.

No entanto, a eutanásia ativa indireta requer outro resultado de nossa legislação. Nessa espécie, o emprego de medicamentos essenciais para amenizar a dor do paciente resulta na provocação da morte. No entanto, não se pode esperar do médico outra conduta, posto que, perante o princípio bioético da beneficência, é preciso trazer o bem-estar ao paciente. Seria cruel e infame consentir que alguém seja subordinado a intensa dor e sofrimento, quando se encontram meios que proporcionem um pouco de dignidade (SANTORO, 2010).

Com relação à eutanásia ativa indireta, Lopes, Lima e Santoro (2012) entendem que a ação do médico não é culpável, tendo em vista que é amparada pela excludente da inexigibilidade de conduta diversa, sendo a única a preservar o respeito à dignidade da pessoa humana. Os autores ressaltam ainda que, nessa modalidade, o “ato principal é o alívio da dor insuportável (positivo), enquanto o efeito secundário será a morte do paciente (negativo)” (p. 72). Na eutanásia ativa direta e passiva, é o contrário, tendo em vista que o efeito posterior é positivo, “uma vez que o paciente será morto para que seu sofrimento seja aliviado” (p. 72).

Tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei n.º 6715/09 de reforma da Parte Especial do Código Penal, incluindo, em seu artigo 121, a classificação da ortotanásia como causa de exclusão de ilicitude no homicídio. Com a legalização, a ortotanásia deverá ser atestada por dois médicos. Outro projeto de lei é o de n.º 125/96, que tenciona definir os critérios para a legalização da eutanásia, prevendo a possibilidade de pacientes com intenso sofrimento físico e/ou psíquico solicitarem procedimentos que visem à sua própria morte, e, no caso de impossibilidade de

manifestação judicial, solicitarem mediante autorização judicial (MALUF, 2013, p. 436-434).

O projeto de lei n.º 236 do Senado Federal – Novo Código Penal – sugere a tipificação da eutanásia. Desse modo, a eutanásia seria uma nova modalidade de crime, diferentemente do crime de homicídio. A sua descrição, portanto, consta no artigo 122 do possível novo diploma, *in verbis*:

Art. 122. Matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave:
Pena – prisão, de dois a quatro anos. (CASTELLO, 2002, texto digital)

No tocante ao nosso Código Civil, é possível encontrar diversos artigos referentes ao tema. Um deles é o artigo 15, o qual aduz que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”. Outros artigos assinalam a responsabilidade civil do agente que pratica a eutanásia. Um exemplo disso é o artigo 927, informando que “aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”. Também é sublinhado o ato ilícito da conduta, conforme refere o artigo 186: “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.

Compartilha do mesmo entendimento Cavalieri Filho (2005, p. 24), ao sustentar que a “Responsabilidade Civil é um dever jurídico sucessivo que surge para recompor o dano decorrente da violação de um dever jurídico originário”. Portanto, o requisito a ser exigido na responsabilidade civil é a culpa, compreendendo não só a culpa *stricto sensu*, mas também o dolo. Neste caso, a vítima só obterá a reparação do dano se provar a culpa do agente.

Conforme abordado neste trabalho, entende-se que a relação entre médico e paciente é contratual. Embora seja contratual, é subjetiva e com culpa, devendo a vítima, ou seus familiares, comprovar o resultado não esperado, tendo em vista negligência, imprudência ou imperícia. Com relação a esse assunto, Maluf (2013, p. 453) entende que:

Sob o enfoque da responsabilidade civil, a relação médico-paciente é contratual, e visa não somente a cura do paciente, mas sobretudo, a

prestação de cuidados conscienciosos, atentos à ética profissional e as prescrições deontológicas, no limite do exercício profissional, observados ainda os ditames bioéticos.

Prosseguindo com o texto, aduz que:

[...] embora a natureza do trabalho do médico seja contratual, decorrente das obrigações contratadas, não domina os princípios da responsabilidade objetiva, porque nem sempre é possível a obtenção do êxito na execução de seu trabalho (MALUF apud RIZZARDO, 2009, p. 329).

Finalizando o entendimento, vejamos uma jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça acerca do assunto:

RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. NEGLIGÊNCIA. INDENIZAÇÃO CABÍVEL. FECUNDAÇÃO IN VITRO. RECURSO ESPECIAL.

1. Afasta-se a alegada violação do art. 535, II, do CPC na hipótese em que o não-acatamento das argumentações deduzidas no recurso tenha como consequência apenas decisão desfavorável aos interesses do recorrente.
 2. Médico que deixa de prestar assistência pós-cirúrgica a paciente que tem seu estado de saúde agravado, alegando que a piora não decorre do ato cirúrgico que realizou, mas de outras causas, encaminhando-a a profissionais diversos, deve responder pelo dano ocasionado à paciente, pois deixou de agir com a cautela necessária, sendo negligente.
 3. O conhecimento de recurso especial fundado na alínea “c” do inciso III do art. 105 da Constituição Federal pressupõe a coincidência das teses discutidas, porém, com resultados distintos.
 4. Recurso especial não-conhecido.
- (REsp 914329 / RJ- RECURSO ESPECIAL - 2007/0001491-8)

Portanto, compreende-se que, nos referidos artigos, essa responsabilidade pode ser advinda do médico, devendo seu comportamento ser viciado pela culpa e ter relação direta com o resultado. No entanto, o artigo 935 narra que: “a responsabilidade civil é independente da criminal, não se podendo questionar mais sobre a existência do fato, ou sobre quem seja o seu autor, quando estas questões se acharem decididas no juízo criminal”.

Conforme citado no último artigo, o médico pode vir a ser absolvido no crime, mas se ele vir a ser condenado, não mais se discute a responsabilidade civil.

Como dito anteriormente, a eutanásia é tratada como homicídio na esfera penal, e a pessoa que a pratica tem a obrigação de indenizar. Essas afirmações são encontradas nos artigos 948 e 951 do Código Civil, reproduzidos a seguir:

Art. 948. No caso de homicídio, a indenização consiste, sem excluir outras reparações:

I - no pagamento das despesas com o tratamento da vítima, seu funeral e o luto da família;

II - na prestação de alimentos às pessoas a quem o morto os devia, levando-se em conta a duração provável da vida da vítima.

Art. 951. O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

Desse modo, conclui-se que, na esfera penal, não se admite a morte provocada por compaixão, e na esfera civil, o médico que a praticou, comprovado o dano, deverá reparar financeiramente a sua conduta.

4.2 Eutanásia e o Código de Ética Médica

O exercício da medicina é indubitavelmente pautado pela admissão de práticas que se destinam ao bem-estar do paciente. Nesse sentido, o Código de Ética Médica Resolução CFM n.º 1931/2009 (texto digital), contém as normas que os médicos no exercício da profissão devem seguir. O Conselho Federal de Medicina, por meio da resolução n.º 1.805/2006 (texto digital), regulamenta a possibilidade de o médico, autorizado pelo paciente ou seu responsável legal, limitar ou suspender tratamentos exagerados e desnecessários que prolonguem a vida do doente em fase terminal, ou seja, trata-se da prática da ortotanásia (também conhecida como eutanásia passiva).

O artigo 41 do Código de Ética veda ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido de seu representante legal. Vejamos:

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

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

Ou seja, é vedada a prática da eutanásia pelos médicos. Ainda segundo o mesmo código, no capítulo I, inciso VI, acerca dos princípios fundamentais:

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.

Com relação aos pacientes e familiares, o capítulo V, art. 36, assevera que é vedado ao médico:

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

[...]

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Para Maluf (2013, p. 429), o Código de Ética Médica em vigor garante “ao paciente maior autonomia na tomada de decisões atinentes à expressão de sua vontade em relação ao tratamento a ser-lhe administrado, tal como demonstram os princípios fundamentais”, citando os artigos elencados no Capítulo I, inciso XXI, XXII; capítulo IV, art. 22, 24, 36 e 41. A doutrinadora complementa ainda que houve uma grande mudança com esse novo código de ética em relação à manifestação da autonomia da vontade e liberdade de escolha do paciente e à própria relação médico-paciente, sendo mais humanitária, dividindo as questões clínicas com os pacientes e seus familiares (MALUF, 2013). Outro destaque da autora é o trâmite no Congresso nacional do projeto de lei n.º 125/96, com vistas à definição de critérios para a legalização da eutanásia, como já abordado no presente trabalho.

Ainda, é possível ao paciente realizar um testamento vital. Nesse sentido, o Conselho Federal de Medicina aprovou no dia 30.08.2012 a resolução nº 1995/12, ao qual concede ao paciente registrar seu testamento vital na ficha médica ou no prontuário médico. Desta forma, o testamento vital é um grande progresso no Brasil pois faz com que o médico realize a vontade do paciente. No entanto é necessária uma lei própria para evitar conflitos sobre esse tema.

4.3 Argumentos pró e contra

São suscitados diversos pontos positivos e negativos quanto ao fim da vida. Relativamente aos argumentos favoráveis à eutanásia, compreende-se que este seja um caminho para diminuir a dor e o sofrimento do enfermo e de seus familiares,

principalmente quando o doente se encontra em fase terminal, ou com uma falta absoluta de qualidade de vida, sendo, nesse contexto, uma solução para uma morte pouco dolorosa, ou seja, uma morte digna. “A dor, sofrimento e o esgotamento do projeto de vida, são situações que levam as pessoas a desistirem de viver” (PINTO; SILVA, 2004, p. 36). Desse modo, viver seria pior do que morrer, tendo em vista que a dor causada pela doença terminal pode tornar a vida extremamente difícil, e conduzir à morte seria uma atitude humanitária.

Existe ainda o argumento do respeito à autonomia de vontade do doente, de reconhecer o seu direito de decidir o seu destino, ou melhor, de como conduzir sua vida, sendo ele, portanto, livre para tomar suas próprias decisões. A autodeterminação, princípio fundamental dos direitos humanos, visto aqui como o livre-arbítrio do ser humano, é um argumento primordial a favor da eutanásia. Para Maluf, a eutanásia não defende a morte, mas uma escolha por parte de quem a entende como a melhor opção ou como a única opção possível. Desse modo, “vida”, em sua concepção, é “inserção, e, nesse sentido, a denominada qualidade de vida que não pode ser transformada num demorado e penoso processo de morrer” (MALUF, 2013, p. 439). Para Pessini (2004, p. 3), é importante:

O respeito à autonomia da pessoa, levando em conta seus aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, dar amparo à família do doente, sua individualidade, empregar um trabalho multidisciplinar dos profissionais, voltado sobretudo para que o atendimento humanizado permita que o doente possa enfrentar positivamente os desafios que lhe são impostos nos momentos finais de sua existência.

Em seu livro “Bioética: um grito por dignidade de viver”, o autor discorre sobre a integridade do doente, a qual será respeitada quando o paciente: É cuidado com tratamento adequado; receba cuidados contínuos e não seja abandonado quando seu quadro se torne irreversível; seja protagonista, e não mero objeto, do processo de cuidados da saúde; tenha controle, na medida do possível, das decisões a respeito de sua vida; possa recusar a distanásia; seja ouvido e respeitado em seus medos, pensamentos, sentimentos e valores; possa optar, quando possível, por despedir-se da vida no local que desejar (PESSINI, 2004).

Além disso, quando o doente passa a ser prisioneiro do seu corpo, e acaba dependendo dos outros para satisfazer suas necessidades básicas, começa a crescer nele a possibilidade de vir a requerer uma morte digna – para não se tornar

um fardo para sua família. Segundo Kubler-Ross (apud DINIZ, 2009, p. 395), “morrer com dignidade significa ter permissão para morrer com seu caráter, com sua personalidade, com seu estilo”.

Como argumentos contrários à prática eutanásica, são evidenciadas as crenças religiosas, bem como os motivos políticos e sociais. Para a maioria das religiões, a eutanásia é tida como uma usurpação do direito à vida humana, podendo somente Deus tirar a vida de alguém (MALUF, 2013). “Algumas religiões, apesar de estar consciente dos motivos que levam a um doente a pedir para morrer, defende acima de tudo o caráter sagrado da vida [...]” (PINTO; SILVA, 2004, p. 37). Nesse sentido, Santo Agostinho (apud GONÇALVES, 2007, texto digital) assevera: “nunca é lícito matar o outro: ainda que ele quisesse, mesmo se ele pedisse [...] nem é lícito sequer quando o doente já não estivesse em condições de sobreviver”.

Para Maluf (2013), outro argumento contrário tem relação com o ponto de vista da ética médica, tendo em vista o juramento de Hipócrates, segundo o qual a vida é tida como um dom sagrado e o médico não pode ser juiz da vida ou da morte de outrem. Além disso, há casos em que o doente, mesmo desenganado pelos médicos, consegue curar-se. Outros argumentos contrários apontados pela doutrinadora tendem para a parte legal, dado que o Código Penal em vigor não especifica o crime de eutanásia, condenando qualquer ato que não seja natural na extinção de uma vida. Sendo qualquer homicídio, mesmo que a pedido da vítima, ou por “compaixão”, punidos criminalmente (MALUF, 2013).

Como já indicado no presente trabalho, o direito à vida é um direito absoluto, estando ele manifestamente protegido pela nossa Constituição Federal, no título Dos Direitos e Garantias Fundamentais, em seu artigo 5º. Desse modo, é regido pelos princípios da irrenunciabilidade e inviolabilidade da vida, entende-se, portanto, que a vida em abstrato é irrenunciável. Segundo Moraes (2000, p. 91): “O direito à vida tem um conteúdo de proteção positiva que impede configurá-lo como o direito de liberdade que inclua o direito à própria morte”. Ou seja, pela constituição, temos o direito à vida e não o direito de extingui-la.

5 CONCLUSÃO

O direito é um instrumento societário, propenso a adaptações. Isso posto, essa temática permanece interminavelmente livre para discussões e opiniões, com o propósito de introduzir mais um direito, qual seja, o direito à “boa” morte.

No entanto, o direito à morte digna não se confunde com o direito de morrer, ou seja, não se consolida exatamente como um direito. O presente trabalho monográfico explanou que o direito de morrer dignamente ainda é uma questão extremamente complexa, não apenas no Brasil, mas em grande parte dos países que se comprometem a encará-la.

Não existe ainda no Brasil uma lei que comporte, ou preveja, um tipo penal eutanásico próprio. No entanto, nosso ordenamento jurídico referiu institutos que, de alguma maneira, poderiam ser usados para punir essa prática, especialmente com relação à eutanásia passiva, a qual tem pena diminuída.

Ademais, reconhecemos que a ortotanásia é uma prática lícita e protegida pela bioética, bem como pela Constituição, tendo em vista que o médico não tem o condão de salvar o paciente quando sua morte for súbita e inevitável, sendo, desse modo, inútil prorrogar a vida do paciente. Todavia, concerne ao médico proporcionar ao doente os devidos cuidados paliativos a fim de que ele disponha de uma morte digna.

O suicídio assistido (eutanásico) não se confunde com a eutanásia, dado que, na eutanásia (ativa e passiva), a morte é provocada por uma terceira pessoa, enquanto no suicídio assistido, ela é provocada pelo próprio interessado (paciente),

acompanhado por esse terceiro. É, portanto, evidente que essa é uma conduta punível, sendo a lei penal brasileira clara ao expor que a indução, a instigação ou o auxílio ao suicídio é crime, conforme disposto no artigo 122 do Código Penal. Além disso, somente é aplicada a pena se o suicídio for consumado, ou se da tentativa ocorrer lesão corporal grave.

Concluimos também que a distanásia é uma prática contrária à Constituição, bem como aos princípios e conceitos preconizados pela bioética, dado que acarreta dor física e moral ao doente.

Verificamos ainda que a eutanásia ativa indireta está de acordo com os fundamentos aceitos pelo Direito, uma vez que se preocupa em mitigar o sofrimento do doente sem buscar a sua morte, por meio do uso de medicamentos. Contudo, esses mesmos medicamentos empregados podem ter consequências capazes de antecipar a morte do paciente. Esta modalidade está filiada ao princípio bioético da beneficência (fazer o bem ao paciente), não sendo a atitude do médico culpável, já que ele é amparado pela excludente da inexigibilidade de conduta diversa (exclusão da culpabilidade).

Quanto à eutanásia ativa direta e a passiva, entendemos que são práticas ilícitas repelidas pelo parágrafo 1º do artigo 121 do Código Penal, sendo caracterizadas como homicídio piedoso – dispõe de causa especial de diminuição de pena, dado que o autor da ação ou omissão liquida a vida da vítima com o fim de acabar com seu sofrimento, sendo considerado ato piedoso.

Assim, o posicionamento com relação à eutanásia, é, portanto, que seja concedido o direito à morte digna, em obediência à nossa Constituição Federal que preconiza pelo respeito à dignidade da pessoa humana e pela autonomia de vontade do paciente, mas com a ressalva de que deve haver aprimoramento das leis e dos conceitos concernentes aos direitos do paciente.

Por fim, se mostra fundamental a regulamentação jurídica adequada com relação à eutanásia, bem como aos demais institutos aqui explanados. É importante encarar essa temática sempre tendo como guia os princípios e fundamentos da bioética e o Estado Democrático de Direito, objetivando e ponderando, a todo o

tempo, o respeito à autonomia de vontade do paciente e a dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Tomás de. **Suma Teológica**: 2 parte da 2 parte, questões 1-79. 2. ed. Tradução de Alexandre Correa. Organização e Direção de Rovílio Costa e Luis Albert de Boni. Livraria Sulina Editora e Grafosul, 1980.

BARRETO, Vicente de Paulo. **Dicionário de Filosofia do Direito**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006, p. 101.

BÍBLIA. **Bíblia sagrada online**. [200-]. Disponível em: <<https://www.bibliaonline.com.br/acf/mt/5>> Acesso em: 17 mar. 2017

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. v.2. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p 23-24.

_____. **Tratado de Direito Penal**: Parte Geral 1. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. (Ebook).

BOREM, Aluizio; SANTOS, Fabrício R. **Biologia simplificada**. Viçosa: UFV, 2001. p. 209.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Eutanásia, ortotanásia e distanásia. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 10, n. 871, 21 nov. 2005. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/7571>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº N.º 6.715, de 2009, Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/730674.pdf>> Acesso em: 06 jun. 2017.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 07 jun. 2017.

_____. Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 07 jun. 2017.

_____. Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 07 jun. 2017.

_____. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 236, de 2012. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>> Acesso em: 06 jun. 2017.

_____. Senado Federal. Projeto de Lei n.º 125/96. Autoriza a pratica a morte sem dor nos casos em que especifica e da outras providencias. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/27928/pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 914329 / RJ (2007/0001491-8) autuado em 16/01/2007. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?src=1.1.3&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&num_registro=200700014918. Acesso em: 7 jun. 2017.

CAMARGO R.S.; SOUZA FILHO, J. A morte como certeza única. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n.1, p. 76-79, 2012.

CARVALHO, Gisele Mendes de Carvalho. **Aspectos Jurídico-penais da Eutanásia**. São Paulo. IBCCRIM, 2001.

CASTELLO, Rodrigo. **A COMISSÃO DE JURISTAS PARA A ELABORAÇÃO DE ANTEPROJETO DE CÓDIGO PENAL...** Jusbrasil, 2002. Disponível em: <<https://rodrigocastello.jusbrasil.com.br/artigos/121936917/eutanasia>> Acesso em: 07 jun. 2017.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 6. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2005.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.805/2006**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm> Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. **Resolução CFM nº 1931/2009**. Aprova o código de ética médica. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm> Acesso em: 06 jun. 2017.

_____. **Resolução CFM nº 1995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <<http://testamentovital.com.br/wp-content/uploads/2014/07/resolu%C3%A7ao-1995-CFM.pdf>> Acesso em: 06 jul. 2017.

DINIZ, Maria Helena, **O estado atual do biodireito**. 3. ed., São Paulo, Saraiva, 2006.

_____. **O estado atual do biodireito**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

_____. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001 792p.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais. 2.ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

GOGLIANO, Daisy. Pacientes terminais: morte encefálica. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v.1,n.2, p.1, 1993. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/493/310>. Acesso em: 21 mar. 2017

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007, p. 491.

FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto. **Tipos de Eutanásia**. 1997-2003. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/eutantip.htm>> 16 mai. 2017.

GAFO, Javier. **La Eutanasia**: El Derecho de uma Morte Humana. Madrid: Ediciones Temas de Hoy, 2000.

GARCIA, Basileu. **Instituições de Direito Penal**, vol. I, Tomo I. São Paulo: Max Limonad, 1954.

GARCIA, Diego. **Fundamentos de bioética**. Madri: Eudema, 1989.

GASPARETTO JUNIOR, Antonio. **Aktion T4**. Infoescola, [200-]. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/segunda-guerra/aktion-t4/>> Acesso em: 21 mar. 2017.

GOLDIM, José Roberto. Definição de Distanásia. **Revista Bioética**, UFRGS, 1998. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/distanas.htm>> Acesso em 6 jun. 2017.

_____. Breve Histórico da Eutanásia. **Revista Bioética**, UFRGS, 2000. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/euthist.htm>> Acesso em: 17mar. 2017.

_____. Suicídio Assisido. **Revista Bioética**, UFRGS, 2004. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/suicass.htm>> Acesso em: 17mar. 2017.

_____. Princípio do Duplo Efeito. **Revista Bioética**, UFRGS, 1997. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/duploef.htm>>. Acesso em 6 jun. 2017.

GONÇALVES, A. B. Eutanásia: Direito de matar ou direito de morrer? **Âmbito Jurídico**. Rio Grande, 14 mar. 2007. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1804>. Acesso em: 24 mai. 2017.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**: Parte Geral. Vol. 1. 15. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2013.

GUIMARÃES, Marcello Ovidio Lopes. **Eutanásia**: Novas Considerações Penais. São Paulo Leme: J. H. Mizuno, 2011.

HORTA, Márcio Palis Eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 7, n. 1., 1999. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/290> Acesso em: 22 mar. 2017.

HUMPHRY, Derek; WICHETT, Ann. **El Derecho a Morir. Comprender la Eutanasia**: Ensayo. Tradução de Maria Rosa Buixaderas. Barcelona: Tusquets Editores., 1989.

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**. 4. ed. vol. V, Rio de Janeiro: Forense, 1958, p. 127.

IACOMINI, Vanessa. **Biodireito e o Combate à Biopirataria**. Curitiba: Juruá Editora, 2009.

JOÃO PAULO II, Papa. **Declaração sobre a eutanásia**. Cidade do Vaticano: Vaticano, 1980. Disponível em: <http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html> Acesso em: 15 mai. 2017

JOÃO PAULO VI, Papa. **Constituição *Gaudium et spes*, n. 27**, Roma, 1965, Concílio. Vaticano. II. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/edh_enciclica_gaudium_spes.pdf> Acesso em: 15 mai. 2017.

KOVÁCS, Maria Julia. Bioética nas Questões da Vida e da Morte. In: **Instituto de Psicologia-USP**. Vol. 14, n. 2, p. 115-167. São Paulo, 2003.

LICURZI, Ariosto. **El Derecho de Matar (De la Eutanasia a la Pena de Muerte)**. 2 ed. Pereyra, Córdoba, 1934.

LOPES, A. C.; LIMA, C. A. S.; SANTORO, L. F. **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia**: Aspectos médicos e jurídicos. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Editora Antheneu, 2012.

MABTUM, Matheus M.; OZAKI, Veridiana T. R.; PENNA, João Bosco. Eutanásia e as manifestações prévias da vontade do paciente. In: MARCHETTO, Patrícia Borba et al. **Temas fundamentais de direito e bioética**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 235.

MÁDERO, Miguel Carlos. Constituição, Bioética e Biodireito. In: GARCIA, Maria. MONTAL, Zélia Cardoso; GAMBA, Juliane Cravieri. (Coord.) Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de Bioética e Biodireito**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MATIAS, Adeline Garcia. **A Eutanásia e o Direito à morte digna à luz da Constituição**. 65f. Monografia (Graduação). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004.

MEZZARROBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia S. **Manual de metodologia da pesquisa no Direito**. São Paulo: Saraiva, 2009.

MORACHE, Georges Auguste. Naissance et mort Paris: Alcan, 1904. p. 33.

Disponível em:

<<https://books.google.pt/books?id=OiA1Fa0DRgEC&q=Morache,+Georges+Auguste>>
> Acesso em: 12 mar. 2017

MORAES, Alexandre de. **Direitos Humanos Fundamentais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000. p. 91

MORAIS, I. M. Autonomia pessoal e morte. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v.18, n.2, p 289-309, 2010.

NAMBA, Edisson Tetsuzo, **Manual de bioética e biodireito**. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

NOSTRE, Guilherme Alfredo de Moraes. **Bioética e Biodireito: Aspectos Jurídico-Penais da Manipulação de Embriões, do Aborto e da Eutanásia**. 2001. Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Paulus, 1996.

PESSINI, Léo. Distanásia: Até quando investir sem agredir. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 4, n. 1., 1996. Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357>
Acesso em: 22 mar. 2017.

_____. **Eutanásia: Por que abreviar a vida?** Coleção Bioética em perspectiva. São Paulo-SP: Editora do Centro Universitário São Camilo Loyola, 2004.

_____. **Sobre o conceito ético de ‘Mistanásia’**. A12 Artigos, São Paulo-SP, 02 out. 2015. Acesso em: <<http://www.a12.com/artigos/detalhes/sobre-o-conceito-etico-de-mistanasia>> Acesso em: 16 mai. 2017.

PESSINI, Leocir. **Distanásia: Até quando prolongar a vida?** 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo Loyola, 2007.

PINTO, Susana M. F.; SILVA, Moreira da; FLORIDO, A. C. A Incapacidade Física, **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871- 6196: (Março 2004) 34-39

RAMOS, Augusto César. **Eutanásia: aspectos éticos e jurídicos da morte**. Florianópolis: OAB/CS Editora, 2003. p.107.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Apelação Cível 70036415040. Comarca de origem Bento Gonçalves. Disponível em:
<http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&num_processo_mask=70036415040&num_processo=70036415040&codEmenta=3819134&templntTeor=true>. Acesso em: 07 jun. 2017.

RIZZARDO, Arnaldo. **Responsabilidade civil**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 329.

RODRIGUES, Paulo Daher. **Eutanásia**. Belo Horizonte, Livraria Del Rey Editora, 1993.

ROYO, Villanova; MORALES, Ricardo. **Direito de Morrer sem Dor: O Problema da Eutanásia**. Tradução de J. Catoira e C. Barbosa. São Paulo: Edições e Publicações Brasil Ltda, 1933.

SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte Digna: O Direito do Paciente Terminal**. Curitiba: Juruá, 2010.

SILVA, Sônia Maria Teixeira da. Eutanásia. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, 01 dez. 2000, ano 5, n. 48,. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/1863>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo e ROLAND SCHRAMM, Fermin. A Eutanásia e os Paradoxos da Autonomia. Temas Livres. **Ciência e Saúde Coletiva**. Centro Universitário Serra dos Órgãos e Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, [S.d].

SOUZA, Sporleder de Paulo Vinicius. O médico e o dever legal de cuidar: algumas considerações jurídico-penais. **Revista Bioética**. 14 (2):229-238, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/24/27> Acesso em: 18 mai. 2017.

STRENGER, Irineu. **Direito Moderno em Foco: Responsabilidade Civil, Direito Internacional Privado, Direito Marítimo, direito comercial internacional, conexões do conhecimento jurídico, direito ecológico, arbitragem internacional, teoria geral do direito**. 2 ed. São Paulo: Editora LTr., 2004.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 578-579.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da Eutanásia ao prolongamento Artificial**. Aspectos Polêmicos na Disciplina Jurídico-penal do Final de Vida. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2005.