



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE ESTUDOS EM DIREITO E SOCIEDADE
FACULDADE DE DIREITO

CLAUDIO FRANCO DE BRITO

ABREVIÇÃO DA VIDA

**: O CONFLITO ÉTICO-JURÍDICO NA DECISÃO DE ABREVIÇÃO DA VIDA DE
PACIENTES TERMINAIS NO BRASIL**

MARABÁ/Pa

2019



CLAUDIO FRANCO DE BRITO

ABREVIÇÃO DA VIDA

**: O CONFLITO ÉTICO-JURÍDICO NA DECISÃO DE ABREVIÇÃO DA VIDA DE
PACIENTES TERMINAIS NO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Direito da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, sob orientação do Prof. Dr. Jorge Luís Ribeiro dos Santos.

MARABÁ/Pa

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Setorial Josineide da Silva Tavares

Brito, Claudio Franco de

Abreviação da Vida: o conflito ético-jurídico na decisão de abreviação da vida de pacientes terminais no Brasil / Claudio Franco de Brito ; orientador, Jorge Luís Ribeiro dos Santos. — Marabá : [s. n.]; 2019.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Instituto de Estudos em Direito e Sociedade, Faculdade de Direito, Curso de Bacharelado em Direito, Marabá, 2019.

1. Direito à vida. 2. Dignidade (Direito). 3. Doentes terminais. 4. Direitos fundamentais. I. Santos, Jorge Luís Ribeiro dos, orient. II. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. III. Título.

CDDir: 4. ed.: 341.272

CLAUDIO FRANCO DE BRITO

ABREVIÇÃO DA VIDA

**: O CONFLITO ÉTICO-JURÍDICO NA DECISÃO DE ABREVIÇÃO DA VIDA DE
PACIENTES TERMINAIS NO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Direito da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, sob orientação do Prof. Dr. Jorge Luís Ribeiro dos Santos.

Aprovado em: Marabá/Pa, 30 de outubro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jorge Luís Ribeiro dos Santos

lattes.cnpq.br/7394020416453806

Prof. Ms. Marco Alexandre da Costa Rosário

lattes.cnpq.br/3558093125990014

MARABÁ/Pa

2019

*A todos aqueles que não sofrem calados.
Quebrantados, mas irresignados do cálice
de fel a sorver. Suas histórias de vida são
o combustível que me move o ideário e me
faz avançar em busca de um mundo
melhor.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Carlos Alberto e Ilanize pela paciência e broncas que forjaram meu caráter, construindo o ser humano que sou hoje.

Aos meus irmãos Carlos Alberto Júnior e Isabel Cristina pela companhia e carinho que me faz sentir amado mesmo quando distante.

Aos mais antigos amigos Jaconias, José Carlos e Maurício em recordação aos bons momentos do passado e que perduram até hoje.

À minha amiga Eliédina por haver sido uma grande influenciadora para que essa fase tivesse início.

Aos amigos que a universidade me deu André, Delfino, Vitoria e ao Grupo de Estudos SB pelos risos incontidos que tornaram esses anos mais leves.

À Eryca Rubielly (Ruby), a pequena pedra preciosa que encontrei na universidade, por haver caminhado junto comigo nesses anos e ter me dado forças a continuar.

Meu muito obrigado.

RESUMO

O presente estudo trata do tema de abreviação da vida. É feito um apanhado histórico sobre casos paradigmáticos de abreviação da vida. É feita uma apresentação conceitual de cada método de abreviação da vida, inclusive métodos de recusa a tratamentos clínicos por parte do paciente. Discute-se a descriminalização da abreviação da vida em solo brasileiro em busca de justiça e dignidade ao paciente terminal. É realizado estudo bibliográfico, de legislação, de decisão de tribunais pátrios e alienígenas bem como o conflito entre os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e do direito a vida. Verificam-se boas iniciativas de materialização da dignidade da pessoa humana em casos isolados também no direito internacional. O estudo confirma a hipótese aventada e conclui que a legislação brasileira é retrógrada e paternalista quando considera que o princípio da dignidade da pessoa humana é suplantado pelo princípio do direito a vida. Verificou-se que o entendimento de sacralidade da vida é um ponto que deva ser debatido em estudos futuros para a evolução do tema.

Palavras chaves: Abreviação da vida. Legislação. Dignidade da pessoa humana. Morte. Direito a vida.

ABSTRACT

The present study deals with the abbreviation theme of life. It is made a historical overview about paradigmatic cases of abbreviation of life. A conceptual presentation of each life abbreviation method, including methods of patient refusal of clinical treatment, is given. The decriminalization of life abbreviation in Brazilian soil is discussed in search of justice and dignity to the terminally ill patient. A bibliographical study, legislation, decision of national and foreign courts, as well as the conflict between the constitutional principles of human dignity and the right to life are carried out. There are good initiatives to materialize the dignity of the human person in isolated cases also in international law. The study confirms the hypothesis and concludes that Brazilian legislation is retrograde and paternalistic when it considers that the principle of human dignity is superseded by the principle of the right to life. It was found that the understanding of the sacredness of life is a point that should be debated in future studies for the evolution of the theme.

Keywords: Abbreviation of life. Legislation. Dignity of human person. Death. Right to life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quadro comparativo dos conceitos de Abreviação da Vida;

Tabela 2 - Quadro comparativo das legislações alienígenas.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. E A VIDA?.....	14
3. SOBRE A MORTE AO LONGO DA HISTÓRIA	17
1. Jesus Cristo e a via-crúcis	17
2. Exércitos	18
3. Grécia e Esparta	19
4. Freud	19
4. CONCEITOS DE ABREVIÇÃO E PROLONGAMENTO DA VIDA	21
1. Eutanásia	21
a) <i>Eutanásia ativa</i>	22
2. Ortotanásia.....	22
3. Distanásia	25
4. Tratamento fútil e obstinação terapêutica	26
5. Cuidado paliativo.....	28
6. Recusa de tratamento médico e limitação consentida de tratamento	29
a) <i>Retirada de suporte vital (RSV) e não-oferta de suporte vital (NSV)</i>	31
b) <i>Ordem de não-ressuscitação ou de não-reanimação (ONR)</i>	31
7. Suicídio assistido	32
5. A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E A EUTANÁSIA	34
1. A dignidade da pessoa humana como fundamento constitucional.....	34
2. A eutanásia no Brasil.....	36
a) <i>Os Códigos Penais Brasileiros</i>	36
b) <i>Projetos de lei em tramitação</i>	39
6. A EUTANÁSIA NO DIREITO COMPARADO	41
1. Holanda	41
2. Bélgica	43
3. Luxemburgo.....	46
4. Colômbia	53
5. Uruguai.....	55

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
8. REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE A.....	69
DECLARAÇÃO DE AUTORIA	75

1. INTRODUÇÃO

A *eutanásia* é um procedimento que tem o objetivo de cessar o sofrimento de pacientes portadores de moléstias diagnosticadas como incuráveis associada a uma situação de sofrimento físico e psicológico e garantir a eles uma morte mais humanizada.

Nesta prática, o agente, movido por compaixão à situação clínica irreversível do paciente, antecipa sua morte evitando assim que aquele, assim como seus familiares, passe por mais sofrimento desnecessário.

Etimologicamente, a palavra *Eutanásia* se origina das expressões gregas “*eu*”, que significa **bom** e “*thanatos*”, **morte**. Esse procedimento se caracterizaria como sendo a boa morte ou o doce findar da vida, condicionado a não existência de sofrimento de natureza física ou moral pelo paciente terminal.

Nesta senda, o Brasil ainda tem muito a evoluir no tratamento de seus pacientes terminais, conforme demonstra pesquisa realizada pela consultoria *Economist Intelligence Unit* e publicada originalmente pela revista *The Economist* sendo republicada no Brasil pelo canal eletrônico de notícias BBC Brasil (2015).

Extraí-se da pesquisa que, o Brasil, quando o assunto é tratamentos paliativos, ocupou a desonrosa antepenúltima posição em um ranking de 40 países, sendo 30 integrantes da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e outros 10 países com dados disponíveis.

Ainda, quando se trata da oferta e disponibilidade de tratamentos, novamente o Brasil amargou as últimas posições, agora subindo à 36ª colocação no ranking devido “à falta de financiamento e reconhecimento nestes países sobre políticas públicas de saúde em tratamento paliativo”, conforme salientou Sheila Payne, diretora do Observatório Internacional para Tratamento no Fim da Vida.

Então, fazendo uma análise acurada das informações prestadas ao quadro, o que se vislumbra no Brasil quando o assunto é morte é que os esforços aplicados a criar um ambiente propício a uma boa morte aos pacientes terminais além de mal gerido é mal interpretado, como se faz um exemplo o DSM-5¹ (2014, p. 125 *et. seq.*), quando, em 2013, passou a prever o luto como doença, como informa o doutor e psicoterapeuta Cloves Amorim em entrevista ao Jornal Folha de Londrina (2017).

Ademais, a morte em nossa sociedade é ainda um tabu na qual, em um país predominantemente cristão, os profissionais médicos também se veem inseridos, tendo que confrontar suas crenças e a pressão de familiares que desejam que seus entes tenham suas enfermidades sanadas “como milagre”.

Em outro *front*, a legislação pátria é retrógrada e paternalista no que se refere aos casos de doentes terminais e só a partir de 2018, com a publicação da Resolução MS nº 41 é que se passa a ter uma normatização dos cuidados paliativos em toda a rede pública de saúde (SUS) brasileira. Esta resolução vem definir que os cuidados paliativos passem a estar disponíveis em todo ponto da rede, desde a atenção básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência.

Até pela evidente lacuna legislativa o Conselho Federal de Medicina publicou as Resoluções 1.805/2006 e 1.995/2012, que tratam do tema de abreviação da vida - mais especificamente ortotanásia -, mas que já se apresentam na vanguarda de um tratamento digno ao paciente terminal.

Outra boa notícia são os Projetos de Lei do Senado nºs 07 e 149/2018, onde se preveem a isenção de crime de omissão de socorro (Código Penal², art. 135) e limitação consentida de tratamento, de autoria dos senadores Lasier Martins e Fabiano Contarato, respectivamente, ambos em tramitação naquela Casa. Embora mereçam críticas diminuiriam o stress por que passam pacientes, familiares e profissionais de saúde nesses últimos momentos.

¹ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

² Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

Todavia, ainda temos a penalização aos demais casos de abreviação da vida e esses devem ser enfrentados por gerar um verdadeiro conflito ético-jurídico na decisão “subjetiva” de abreviação da vida de pacientes terminais no Brasil. “Afim, se não se tratasse de direito, seria, mormente, conhecido como ‘dever de viver’. O que não é o caso.” (Rabelo; Castelli, 2016 *apud* PRUDENTE; BORCHART, 2019, p. 130)

O presente trabalho tem como objetivo discutir a descriminalização da morte assistida no direito pátrio haja vista que a adoção, até agora vigente, da proteção incontestada à vida também é causa de dor e sofrimento, físico e psicológico, aos pacientes terminais e seus familiares e o direito, enquanto guardião da justiça na sociedade, não pode se furtar ao debate.

Em virtude de o direito brasileiro possuir uma legislação retrógrada e paternalista quando se trata de pacientes terminais, essa pesquisa se justifica através da análise do conflito ético-jurídico que se trava na decisão de abreviação da vida no Brasil.

Para tanto, far-se-á uso de técnica qualitativa em uma análise crítica das legislações, decisões e precedentes dos tribunais, pátrios e internacionais, artigos e demais arcabouços correlatos visando demonstrar o atual descompasso em que se encontra o direito brasileiro no que se refere a possibilidade de abreviação da vida aos pacientes terminais.

2. E A VIDA?

Entre as maiores perguntas já feitas pela humanidade, uma se destaca por sua perenidade entre todas as gerações: “Como será a minha morte?”. Não há luta mais inglória do que contra ela - a morte -, todos nós sempre perderemos e pereceremos ao final. Pouco importa se tivemos uma vida de glórias ou desventuras em série, uma vida abastada ou de privações, que tenhamos guiado nossa existência em prol do outro ou sido ensimesmados. Ao final não escaparemos da morte.

Desde que passou a ter consciência de sua existência o homem passou também a temer a morte, esta única certeza que possui desde seu nascimento quando vem “à luz”; em contraposição às “trevas”, como sempre é alegorizada a ausência da vida. Morte e vida não são contrárias, antes de tudo são irmãs.

A morte foi tema de ensaios filosóficos, literários³ etc., mas ela também tem consequências no mundo jurídico. O Direito, como ciência social que é deseja regular a vida social, e por que não, a morte? A lei a trata sob vários aspectos, como o constitucional, o civil, o administrativo, o penal, dentre outros.

Um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, insculpido na Carta Magna de 1988 é a dignidade da pessoa humana. Então, devemos considerar que essa “dignidade” deva ser protegida pelo Estado quando o paciente - em linguagem clínica e jurídica - está em vias de tê-la ofendida.

E como esta dignidade deve ser resguardada em todos os momentos, desde os primeiros estágios de sua concepção⁴ até os derradeiros, o mote da pesquisa

³ **A Morte de Ivan Ilitch**, de Liev Tolstói, publicado 1886; ou **Memórias Póstumas de Brás Cubas**, de Machado de Assis, escrito em princípio como folhetim, de março a dezembro de 1881.

⁴ Aqui não se busca a exatidão clínica do termo ou adentrar em discussões jurídicas acerca do momento em que ocorre a “concepção”; outrossim, busca-se tão somente apresentar um ponto de início da vida em contraponto ao seu fim.

considera a escolha de morrer, em algumas situações, como um verdadeiro direito subjetivo que deve ser respeitado e garantido pelo Estado e, para isso, reúne legislação pátria e estrangeira, assim como decisões de cortes internacionais acerca do tema.

Inclusive o termo “sujeito” como é definido pela Bioética, uma das muitas disciplinas que entremeiam o debate a respeito da morte digna, é conceituado como “o homem dono do seu destino”, conforme nos ensina Robatto (2008, p. 61).

O tema é polêmico e levanta questões de ordem jurídica, moral, política, religiosa e filosófica, que já foram debatidos sob vários enfoques, mas que se encontram longe de ser esgotados.

A pesquisa pretende enfrentar alguns questionamentos, dentre eles: Há um direito de morrer? Pode tal direito ser erigido à categoria de direito fundamental? Sendo direito, qual o seu limite e quais os requisitos para o seu exercício? Como é a atuação da comunidade internacional (países e organizações internacionais) em relação ao tema?

Ademais, torna-se essencial questionar o sentido e o motivo do prolongamento artificial da vida contra a vontade do paciente que, deixa de figurar em um rol de direitos para se tornar uma verdadeira imposição contra aquele que deveria ter sua dignidade preservada pelo Estado.

Antes de mais nada, a pessoa, enquanto goza de autonomia, é guiada em suas liberdades individuais por sua consciência e liberdade de pensamento. Todavia, esta liberdade lhe é tolhida em seu momento mais frágil, quando enfermo e dependente de cuidados de terceiros.

Ainda, para que se possa tratar com propriedade do tema, será necessário fazer a distinção conceitual entre as seguintes categorias operacionais que serão tratadas na pesquisa: a) eutanásia; b) ortotanásia; c) distanásia; d) tratamento fútil e obstinação terapêutica; e) cuidado paliativo; f) recusa de tratamento médico e limitação consentida de tratamento; g) retirada de suporte vital (RSV) e não-oferta de suporte vital (NSV); h) ordem de não-ressuscitação ou de não-reanimação (ONR); e i) suicídio assistido. Algumas dessas categorias, como se verá, são espécies em

relação ao gênero, divisão idealizada por Barroso e Martel (2010, p. 238), que muito auxiliará à compreensão didática do tema.

3. SOBRE A MORTE AO LONGO DA HISTÓRIA

1. Jesus Cristo e a via-crúcis

Na religião cristã, talvez a passagem que causa maior encanto e repulsa em mesma intensidade, independente da religiosidade do leitor registra que, seja aquela que enquanto carregava a cruz na qual seria crucificado e seguia a via-crúcis, Jesus, além de ser cruelmente açoitado pelos soldados romanos seus executores na crucificação teve algumas quedas devido a debilidade de seu corpo e carga lhe imposta.

Após, já no monte Gólgota⁵, para onde eram levados os que seriam crucificados, foi-lhe oferecido um composto de “vinho com mirra”, o qual recusou. “22 Levaram Jesus ao lugar chamado Gólgota, que quer dizer lugar da Caveira. 23 Então lhe deram vinho misturado com mirra, mas ele não o bebeu.” (BÍBLIA, 1979, p. 915)

Aos que professam da fé cristã, Jesus prevê seu infortúnio e o que mais o futuro lhe aguarda em um lugar chamado Getsêmani⁶. “36 E disse: Abba, Pai, todas as coisas te são possíveis; afasta de mim este cálice; não seja, porém, o que eu quero, mas o que tu queres.” (BÍBLIA, 1979, p. 913)

Em aparte as curiosidades do texto bíblico, embora naquele período histórico já detivessem conhecimento empírico do valor terapêutico da mirra, a ciência conseguiu fazer prova dessa analgesia quase dois mil anos depois, conforme notícia Bonalume Neto (1996).

⁵ Monte Gólgota, na época de Cristo é hoje denominado Monte do Calvário e fica na cidade de Jerusalém, Israel.

⁶ Jardim identificado no início do Monte das Oliveiras, onde atualmente se situa a “Igreja de Todas as Nações” ou “Igreja da Agonia”.

Portanto, os Romanos já faziam uso, a sua maneira, de um certo modo de eutanásia uma vez que, ao se ministrarem analgésicos com o claro objetivo de diminuir a dor é uma das formas de se conduzir do “enfermo” à “boa morte”.

2. Exércitos

Nas guerras antigas, desprovidas de armas de longo alcance, onde ainda se faziam uso de lanças e espadas para guerrear era comum que os sobreviventes matassem aqueles que estavam caídos moribundos e muito feridos, mesmo que fossem de seu próprio exército, em um ato de piedade.

4 E disse Saul para o seu escudeiro: “Desembainha a tua espada e atravessa-me com ela, para que não venham esses incircuncidados e me tirem a vida, escarnecendo de mim”. Mas seu escudeiro o não quis fazer, porque se apoderou dele um excessivo terror; tomou, pois, Saul a sua espada, e deixou-se cair sobre ela. 5 Quando o escudeiro viu que Saul estava morto, jogou-se também sobre sua espada e morreu com ele. (BÍBLIA, 1979, p. 243)

Do excerto acima, em uma passagem bíblica se identifica um caso em que, considerando sua derrota, o personagem decide por sua própria morte ante a vergonha de se ver morto pelo exército inimigo ou então, transformado em prisioneiro daquele.

Também são conhecidas, na cultura oriental a técnica do *seppuku*⁷ onde o samurai, em observância ao código de honra *bushido*, submetia-se ao suicídio ao invés de se sujeitar a cair nas mãos do inimigo, entre outras motivações que implicavam o código de honra samurai e aos quais aquele cumpria com orgulho, de acordo com Wikipédia (2019).

Ademais, na Idade Média, conforme lição de Menezes (1977) citado por Dossi (2017, p. 20), há relatos de que eram oferecidos aos soldados em campo de batalha, que se encontravam feridos mortalmente o “punhal da misericórdia” de forma que estes pudessem dar fim a sua própria vida poupando-se de mais sofrimento.

⁷ Na cultura ocidental conhecido como **haraquiri** ou **haraquíri**.

3. Grécia e Esparta

A sociedade Grega antiga tinha verdadeira ojeriza aos casos de *suicídio*, e atitudes contrárias as leis da pólis eram suportadas não só pelo suicida como por sua família: “Os gregos, segundo o autor, eram hostis ao suicídio, que era visto como uma ofensa ao Estado, existindo castigos para o corpo do suicida e para sua família.” (FELIX, 2009 *apud* GIACOMOLLI, 2015, p. 21)

Todavia, esta mesma sociedade tinha uma boa aceitação quanto a *eutanásia*. Para que um idoso ou doente desse fim a sua vida, bastava-se que o pleito fosse atendido pelo magistrado. Caso suas alegações fossem suficientes para “justificar” o pleito, ser-lhe-ia concedido o “direito de morrer”.

Assim, “grandes nomes da cultura da época, portadores de doenças incuráveis, optaram por pleitear a morte. A eutanásia foi um tema debatido por filósofos como Epicuro, Platão e Plínio.” (MENEZES, 1977 *apud* DOSSI, 2017, p. 19)

Em Esparta, cidade guerreira da Grécia antiga, como buscava sempre a melhora em suas qualidades no front de batalha, a *eutanásia* fazia parte do cotidiano e se tornara um procedimento eugênico quase obrigatório:

“arremessar recém-nascidos com má formação física, idosos, e até mesmo homens pobres, raquíticos e insatisfeitos do alto do monte Taigeto, por serem inúteis para a sociedade, e não terem utilidade enquanto futuros guerreiros (MENEZES, 1977 *apud* DOSSI, 2017, p. 19)

4. Freud

Sigmund Freud, neurocientista e psiquiatra, o “pai da psicanálise” foi acometido de câncer na mandíbula após sua mudança para Londres, em 1938 na 2ª Guerra Mundial.

Durante o tratamento da doença, sofrendo muitas dores, solicitou a seu amigo e médico particular, Max Schuur, que lhe injetasse doses de morfina em doses intervalares para evitar o sofrimento.

Seu pedido foi atendido e Freud faleceu aos 83 anos na Inglaterra.

4. CONCEITOS DE ABREVIÇÃO E PROLONGAMENTO DA VIDA

Barroso e Martel (2010, p. 238) lecionam que, primeiramente, deve-se entender que o termo *eutanásia* veio, ao longo do tempo, sendo usado indistintamente para fazer referência às condutas tanto comissivas quanto omissivas a pacientes em situações as mais distintas possíveis.

Todavia, com o maior espaço assumido pela bioética a partir da segunda metade do século XX, também as discussões sobre a eutanásia ganharam relevância nas sociedades contemporâneas.

Portanto, para que o tema seja bem interpretado haja vista a confusão conceitualista e o leitor consiga diferenciar as condutas aplicadas aos diferentes casos concretos/hipotéticos, far-se-á a conceituação distintiva de cada atitude clínica, quer comissiva quer omissiva conforme se verá abaixo.

1. Eutanásia

Eutanásia, consoante a etimologia da palavra, significa “boa morte”, serena, sem sofrimento.

Segundo Maria Freire Sá (2005) citada por Varalli (2017, p. 29), o vocábulo “eutanásia” vem do grego (*eu* = boa, *thanatos* = morte). Foi utilizado primeiramente pelo historiador latino Suetônio no século II d.C., quando descreveu a morte suave do imperador Augusto, o qual desejava para si e para sua família uma morte sem dor.

a) *Eutanásia ativa*

O termo é utilizado para designar a morte provocada por um terceiro sujeito - médicos - imbuído de compaixão, piedade em relação à pessoa que sofre de uma doença incurável e cuja morte seja inevitável em curto tempo, confirmado clinicamente e que padeça de intenso sofrimento físico e psíquico, conforme esclarecem Barroso e Martel (2010, p. 239).

Conceito este que é corroborado quando posto em medida a Declaração de Veneza sobre Pacientes Terminais (1983) que prevê que caberá ao médico mitigar a dor do paciente agonizante mesmo que suspenso o tratamento devido a enfermidade terminal deste.

Também deve-se considerar conceitualmente que o paciente não possua condições de expressar mais sua própria vontade e assim, a decisão para que o procedimento seja levado a cabo é tomado por seus familiares em conjunto com os médicos, que serão os responsáveis pela execução do mesmo.

A melhor terminologia para definir esse tipo de procedimento seria ***Eutanásia ativa não-voluntária***. Contudo, devido aos demais conceitos que serão tratados abaixo, entende-se que a simplificação seria a melhor saída didática.

2. Ortotanásia

Villas-Bôas (2009, p. 66) explica que o vocábulo “ortotanásia” é derivado das expressões gregas (*orthos* = reto, correto e *thanatos* = morte). Seria, então, a morte no seu tempo certo. Seria ela na melhor forma de se entender, a morte em “seu tempo adequado”.

Assim, a ortotanásia pode ser entendida como a “humanização” da morte. Sendo que, neste procedimento se aplicam apenas métodos de alívio das dores que o paciente possa estar sentindo sem, contudo, fazer uso de métodos extraordinários de prolongamento da vida - logo, impondo também sofrimento físico e psíquico

adicional ao paciente e/ou familiares, conforme preceituam Barroso e Martel (2010, p. 240).

O procedimento, como veremos, pode ser facilmente confundido com omissão de socorro, capitulado no art. 135⁸ do Código Penal de 1940 ou, mais comumente, caracterizado como homicídio, este capitulado no art. 121⁹ do mesmo diploma legal,

⁸ **Omissão de socorro**

Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:

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

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

⁹ **Homicídio simples**

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.

Homicídio qualificado

§ 2º Se o homicídio é cometido:

I - mediante paga ou promessa de recompensa, ou por outro motivo torpe;

II - por motivo fútil;

III - com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel, ou de que possa resultar perigo comum;

IV - à traição, de emboscada, ou mediante dissimulação ou outro recurso que dificulte ou torne impossível a defesa do ofendido;

V - para assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou vantagem de outro crime:

Pena - reclusão, de doze a trinta anos.

Feminicídio (Incluído pela Lei nº 13.104, de 2015)

VI - contra a mulher por razões da condição de sexo feminino: (Incluído pela Lei nº 13.104, de 2015)

VII - contra autoridade ou agente descrito nos arts. 142 e 144 da Constituição Federal, integrantes do sistema prisional e da Força Nacional de Segurança Pública, no exercício da função ou em decorrência dela, ou contra seu cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo até terceiro grau, em razão dessa condição: (Incluído pela Lei nº 13.142, de 2015)

mas muito mais complexo em suas nuances ao desvelar o caso concreto, de acordo com Varalli (2017, p. 32).

Todavia, deve-se ficar claro neste instituto que a causa da morte do paciente é a própria doença e esta seria inevitável independente do que os médicos pudessem fazer; “não há, portanto, abreviação do tempo de vida do paciente nem caracterização de delito”. (VARALLI, 2017, p. 32)

Pena - reclusão, de doze a trinta anos.

§ 2º-A Considera-se que há razões de condição de sexo feminino quando o crime envolve: (Incluído pela Lei nº 13.104, de 2015)

I - violência doméstica e familiar; (Incluído pela Lei nº 13.104, de 2015)

II - menosprezo ou discriminação à condição de mulher. (Incluído pela Lei nº 13.104, de 2015)

Homicídio culposo

§ 3º Se o homicídio é culposo: (Vide Lei nº 4.611, de 1965)

Pena - detenção, de um a três anos.

Aumento de pena

§ 4º No homicídio culposo, a pena é aumentada de 1/3 (um terço), se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as consequências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante. Sendo doloso o homicídio, a pena é aumentada de 1/3 (um terço) se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (quatorze) ou maior de 60 (sessenta) anos. (Redação dada pela Lei nº 10.741, de 2003)

§ 5º Na hipótese de homicídio culposo, o juiz poderá deixar de aplicar a pena, se as consequências da infração atingirem o próprio agente de forma tão grave que a sanção penal se torne desnecessária. (Incluído pela Lei nº 6.416, de 24.5.1977)

§ 6º A pena é aumentada de 1/3 (um terço) até a metade se o crime for praticado por milícia privada, sob o pretexto de prestação de serviço de segurança, ou por grupo de extermínio. (Incluído pela Lei nº 12.720, de 2012)

§ 7º A pena do feminicídio é aumentada de 1/3 (um terço) até a metade se o crime for praticado: (Incluído pela Lei nº 13.104, de 2015)

I - durante a gestação ou nos 3 (três) meses posteriores ao parto; (Incluído pela Lei nº 13.104, de 2015)

II - contra pessoa menor de 14 (catorze) anos, maior de 60 (sessenta) anos, com deficiência ou portadora de doenças degenerativas que acarretem condição limitante ou de vulnerabilidade física ou mental; (Redação dada pela Lei nº 13.771, de 2018)

III - na presença física ou virtual de descendente ou de ascendente da vítima; (Redação dada pela Lei nº 13.771, de 2018)

IV - em descumprimento das medidas protetivas de urgência previstas nos incisos I, II e III do caput do art. 22 da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. (Incluído pela Lei nº 13.771, de 2018)

Ainda, a ortotanásia é indissociável do *cuidado paliativo*. Todavia, também se deve observar que são procedimentos distintos. Embora ambos tenham a gênese voltada à utilização de toda a tecnologia possível para aplacar o sofrimento físico e psíquico do enfermo.

Ademais, sobre o cuidado paliativo se falará em momento apropriado.

3. Distanásia

Em contraposição a eutanásia, a “*distanásia*” conforme ensinam Barbosa e Federico (2018, p. 170) trata-se de um neologismo de origem grega onde se unem o prefixo *dys* = ato defeituoso, afastamento e o sufixo *thanatos* = morte.

Então, “na sua origem semântica, *distanásia* significa morte lenta, com muita dor ou prolongamento exagerado da agonia, do sofrimento e da morte de um paciente, não respeitando a dignidade do morrente.” (SANTANA, RIGUEIRA e DUTRA *apud* BARBOSA e FEDERICO, 2018, p. 170)

Nesta senda, cabe destacar o que prevê o Código de Ética Médica (2018), como um de seus princípios fundamentais, e o qual é apresentado no excerto abaixo, nos seguintes termos:

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

Em outras palavras, o CEM prevê que o médico não recorra à *distanásia* em qualquer hipótese. Todavia, este mesmo médico deve observância ao art. 36, § 2º do mesmo diploma onde é expressa a vedação:

Art. 36 Abandonar paciente sob seus cuidados. (...)

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não o abandonará por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos.

Fica claro que os dois dispositivos em conjunto criam uma ambivalência de sentimentos ao médico em relação ao paciente que, comumente, o levam a optar pela

obstinação nos cuidados àquele. Seria a obstinação terapêutica, que será tratada em momento oportuno neste texto.

Como já aventado pelos dispositivos legais acima apresentados, a distanásia é o procedimento mais comumente adotado aos casos em que o paciente sofre de enfermidade incurável e que depende de cuidados profissionais uma vez que os médicos se encontram sob o jugo de uma legislação que considera a dignidade humana apenas parcialmente, e ignora-a de todo em momentos imediatamente anteriores a sua morte.

Com isso, endossa um modelo médico paternalista, que se funda na *autoridade* do profissional da medicina sobre o paciente e descaracteriza a condição de *sujeito* do enfermo. Ainda que os médicos não mais estejam vinculados eticamente a esse modelo superado de relação, o espectro da sanção pode levá-los a adotá-lo. Não apenas manterão ou iniciarão um tratamento indesejado, gerador de muita agonia e padecimento, como, por vezes, adotarão algum não recomendado pela boa técnica, por sua desproporcionalidade. A arte de curar e de evitar o sofrimento se transmuda, então, no ofício mais rude de prolongar a vida a qualquer custo e sob quaisquer condições. Não é apenas a autonomia do paciente que é agredida. A liberdade de consciência do profissional da saúde pode também estar em xeque. (BARROSO e MARTEL, 2010, p. 243, *grifos no original*)

Portanto, entende-se que a distanásia ao invés de prolongar a vida prolonga o processo de morte do paciente; ao se utilizar de todos os processos disponíveis, ordinários e extraordinários, proporcionais ou não, onde invariavelmente o enfermo terá sua “qualidade de vida” diminuída e sofrimentos físicos e psicológicos aumentados sobremaneira, com reverberação, inclusive a seus familiares, conforme muito bem esclarece o salvamento de voto do ex magistrado Vladimiro Mesa da Sentença C-239/97 (COLOMBIA, 1997-2).

4. Tratamento fútil e obstinação terapêutica

O médico vive esse dilema a cada paciente que está em suas mãos para tratamento. Obviamente ele deseja que o enfermo obtenha a cura de sua enfermidade e tenha sua saúde restabelecida.

Mas, e no caso dos pacientes terminais? Quando a pessoa deve parar de lutar contra o inevitável? Quando deve aceitar ser também uma pessoa humana e que haverá casos que serão impossíveis de se tratar? Como diferenciá-los?

Como já dito anteriormente, os médicos seguem o CEM e naquele diploma há previsão expressa acerca da vedação a obstinação terapêutica, senão 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.

Desta forma, depreende-se do texto legal que o médico não poderá “empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas”, mas abre uma brecha ao que exatamente se desejava evitar: todo este trabalho trata de um tema tabu ao paciente.

O paciente e seus familiares temem a morte desde quando tomam consciência de suas existências; e por não se querer morrer tornam o médico um obstinado no tratamento. Aqui afã de eternidade do paciente e ego médico se misturam e criam um monstro: a “obstinação fútil”; a morte do paciente será inevitável, o ego do médico será ferido, a morte sairá ganhando.

Pelos motivos expostos, esse(s) procedimento(s) em muito se assemelha(m) a distanásia, fazendo até que muitos autores os tratem como sinônimos. Contudo, uma das sutis diferenças entre os procedimentos é que naquele o médico “realmente” não se importa com a dor imposta ao morrente e nesse a “vontade expressa” do paciente tem valor.

Ainda, como nos ensina Villas-Bôas (2008, p. 63), apenas o sujeito que está recebendo o tratamento pode fazer a opção pelo sofrimento adicional embora terapêuticamente inútil. Então, caso seja a família que o autorize inicialmente, esta autorização será precária e o médico não terá o dever de manter os cuidados indefinidamente.

5. Cuidado paliativo

O cuidado paliativo não pode ser dissociado da ortotanásia. Em ambos os procedimentos se presume um tratamento que objetiva aplacar o sofrimento do enfermo, fazendo uso de todos os métodos disponíveis, de modo que seus últimos dias possuam melhor qualidade, conforme ensinam Barroso e Martel (2010, p. 240).

O marco inicial do desenvolvimento e da expansão dos cuidados paliativos ocorreu na Inglaterra, com início em 1967, a partir da fundação do St. Christopher's Hospice, por Cicely Saunders, em Londres. Para Saunders, a assistência aos pacientes com doença terminal e suas famílias deveria ser prestada dentro de uma concepção multiprofissional de cuidados totais. (VARALLI, 2017, p. 39)

Então, como se verifica, os cuidados paliativos se traduzem em um processo multidisciplinar onde todos os profissionais envolvidos - médicos, enfermeiros, psicólogos etc. - estarão incumbidos do trabalho de trazer conforto ao paciente em seus últimos dias.

Não se trata aqui apenas do uso de drogas, mas de todo um conjunto de atividades que tornará a proximidade do momento final do paciente menos angustiante. Assim, psicólogos por exemplo, poderão auxiliar em eventos de depressão, não só ao paciente, mas aos familiares daquele que se encontra em vias de sucumbir a enfermidade.

A WHO (Organização Mundial de Saúde - OMS) também apresenta sua definição aos cuidados paliativos, embora mais abrangente haja vista a natureza deste trabalho e a relação daquela entidade, se faz oportuno apresentá-la no excerto abaixo:

A OMS define os cuidados paliativos como a prevenção e o alívio do sofrimento de pacientes adultos e pediátricos e de suas famílias que enfrentam os problemas associados a doenças com risco de vida. Esses problemas incluem sofrimento físico, psicológico, social e espiritual dos pacientes e sofrimento psicológico, social e espiritual dos membros da família. (OMS, 2018, p. 5, *tradução livre*)

Destarte, Barroso e Martel (2010, p. 240) também registram a possibilidade de, levado a cabo, o procedimento do cuidado paliativo, em alguns casos muito pontuais, acabar gerando o denominado “duplo efeito”: o uso de medicamentos em doentes terminais, devido a própria natureza da doença, aliada a debilidade geral do corpo do enfermo pode ter como resultado o abreviamento da vida.

Registre-se que o objetivo do procedimento é atenuar as dores físicas e psíquicas do paciente dando-lhe o máximo de conforto possível. Todavia, o *duplo efeito* é previsível sem ser desejado.

Estes casos de *duplo efeito* podem também ser erroneamente entendidos como casos de “*eutanásia ativa indireta*” conforme leciona Villas-Bôas (2008, p. 65). Todavia, se deve atentar que o procedimento eutanásico se refere obrigatoriamente ao encurtamento da vida que é ativamente assumido pelo terceiro, enquanto no caso em voga a indução à morte é um **efeito colateral** ao tratamento que estava sendo ministrado inicialmente.

Por fim, os cuidados paliativos serão obrigatoriamente oferecidos ao moribundo, conforme previsão do CEM já exposta neste trabalho.

6. Recusa de tratamento médico e limitação consentida de tratamento

A *recusa ao tratamento médico*, conforme ensinam Barroso e Martel (2010, p. 240-241), pode se dar após o médico responsável pelo paciente fornecer ampla e irrestritamente todas as informações acerca do quadro clínico do paciente, de acordo com previsão do CEM, no excerto abaixo:

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Após, será assinado, pelo paciente ou por seus responsáveis, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em que se assume a recusa e isenta o profissional de saúde de responsabilidade ulteriores.

A recusa pode ser ampla ou estrita, conforme seja admitida em qualquer circunstância - por pacientes que podem recuperar a sua saúde com o tratamento que recusam - ou em situações bem determinadas de impossibilidade de A recuperação da saúde com a intervenção. (BARROSO e MARTEL, 2010, p. 241)

Ainda acerca da recusa ao tratamento médico, o Estado de São Paulo editou Lei nº 10.241/1999 prevendo que os usuários de serviços de saúde daquele Estado poderão se recusar voluntariamente e de forma esclarecida aos procedimentos

terapêuticos, mesmo que objetivando o prolongamento de sua via, assim como *optar pelo local de sua morte*, conforme excerto abaixo:

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

(...)

VII - consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;

(...)

XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e

XXIV - optar pelo local de morte.

Então, conforme ensina Villas-Bôas (2008, p. 76) a matéria acima não pode vir a ser considerada matéria penal uma vez que se fundamenta na liberdade do paciente em recusar-se ao tratamento e em escolher o local de sua morte e ambas não se inserem na esfera do homicídio e de sua vedação legal.

Já quanto ao procedimento de *limitação consentida de tratamento*, Barroso e Martel (2010, p. 241) lecionam que haverá aqui também uma verossimilhança ao conceito procedimental da ortotanásia, haja vista que o paciente ou seus responsáveis receberão informação acerca do seu quadro clínico e farão a opção por limita-lo.

Neste caso, haverá a descontinuação de todos os tratamentos ordinários - que poderiam reverter o quadro de um paciente não-terminal, e isso gera muita polêmica nos meios médicos - e são introduzidos tratamentos paliativos para que o enfermo tenha uma morte sem dor, assim como se procede na ortotanásia.

A *limitação consentida de tratamento* também gera muita polêmica por ser mais facilmente enquadrável em omissão de socorro e homicídio, ambos já referenciados neste trabalho e que serão esmiuçados em capítulo próprio.

Diversos autores também entendem que a *limitação...*, embora consentida, se enquadra em um método de eutanásia: a *Eutanásia passiva* como na lição de Varalli (2017, p. 30) citando Pessini (2004) onde o procedimento não visa a interrupção da vida, mas aceita a consequência da doença ou as decisões terapêuticas.

a) *Retirada de suporte vital (RSV) e não-oferta de suporte vital (NSV)*

Os procedimentos de *Retirada de suporte vital (RSV)* assim como a *não-oferta de suporte vital (NSV)* conforme lição de Barroso e Martel (2010, p. 241) fazem parte de um mesmo grupo ao qual a *limitação consentida de tratamento* é o âmago.

Ao ocorrer a suspensão do suporte vital, ou ainda sua não-oferta, os leigos poderiam interpretar tal ação como omissão de socorro ou também como homicídio, já debatidos anteriormente.

Todavia, como nesta pesquisa estamos nos atendo a casos limítrofes à morte, também nestes procedimentos estamos também tratando de instituto diverso daqueles que o código penal abarcaria.

Portanto, Villas-Bôas (2008, p. 64) que a futilidade do tratamento ensejando dor e angustia, física e psíquica ao paciente não podem ser interpretadas como procedimentos de eutanásia. Outrossim, seriam atos relativos ao “exercício médico regular” previstos no CEM, donde o profissional deverá evitar procedimentos extraordinários que venham a prejudicar a “qualidade de vida” do enfermo.

b) *Ordem de não-ressuscitação ou de não-reação (ONR)*

Ainda, os procedimentos de *Ordem de não-ressuscitação ou não-reação (ONR)* são também de acordo com lição de Barroso e Martel (2010, p. 241) parte do mesmo grupo de *limitação consentida de tratamento*. Contudo, um pouco mais específicos e por esse motivo tratados em grupo apartado.

Nesse caso, antes de tudo, deverá haver **consentimento expresso** do paciente terminal ou de seus responsáveis, que ao final será acometido de parada cardiorrespiratória. Este é o motivo que o procedimento faz parte de um subgrupo da *limitação consentida de tratamento*. “A decisão deve ser tomada após o adequado processo de informação e devidamente registrada mediante TCLE.” (BARROSO e MARTEL, 2010, p. 241)

Destarte, Villas-Bôas (2008, p. 69) ressalta que nos casos de falência renal, a introdução de antibióticos que previnam infecções é recomendada. Assim como se recomendam a nutrição e hidratação como cuidados paliativos básicos. Estas

medidas “não devem ser suspensas por estarem ligadas ao respeito devido no lidar com o ser humano, à sua dignidade, posição acatada por muitos profissionais e estudiosos do Direito.”

7. Suicídio assistido

Primeiramente, deve-se entender que o instituto em questão não se trata de um caso relacionado a eutanásia. Todavia, para que o procedimento seja levado a cabo se requerem as mesmas condições daquela. Então, ao fim a diferença reside em quem realiza a ação final.

Destarte, aqui o médico prestará o auxílio moral e material ao paciente moribundo para que ele próprio - o paciente - atinja o objetivo final de se matar. Nessa hipótese, conforme leciona Ribeiro (1999) citado por Dossi (2017, p. 25) a morte do paciente não dependerá da conduta do terceiro.

Também se deve observância acerca da conduta do profissional que fornece auxílio material ao enfermo para realizar o procedimento. Neste caso, uma alusão a crime tipificado seria um erro de interpretação ao procedimento, senão vejamos:

Nem o suicídio assistido se confunde com a indução, instigação ou auxílio ao suicídio, crime tipificado no artigo 122 do Código Penal. [...] No suicídio assistido, a morte não depende diretamente da ação de terceiro. Ela é consequência de uma ação do próprio paciente, que pode ter sido orientado, auxiliado ou apenas observado por esse terceiro. (RIBEIRO, 1998)

Em outras palavras, e conforme lição de Barroso e Martel (2010, p. 242), no caso do suicídio assistido o terceiro não tem nenhuma ação que interfira na liberdade de ação do paciente. Além disso, sua lição orienta que “o suicídio assistido por médico é espécie do gênero suicídio assistido.”

Abaixo é apresentado um quadro comparativo dos conceitos de abreviação da vida.

	TERCEIRO AGENTE		DECISÃO PACIENTE		ATTITUDE MÉDICA		LAUDO MÉDICO		SOFRIMENTO PACIENTE p/ MÉDICO		COMPAIXÃO	
	SIM (Artificial)	NÃO (Natural)	VOLUNTÁRIA	NÃO VOLUNTÁRIA	ATIVA	PASSIVA	MORTE INEVITÁVEL	MORTE EVITÁVEL	RELEVANTE	IRRELEVANTE	CONSIDERADA	DESCONSIDERADA
EUTANÁSIA	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗
ORTOTANÁSIA	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗
DISTANÁSIA	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✓	✗	✓
TRATAMENTO FÚTIL E OBSTINAÇÃO TERAPÉUTICA	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗	✓	✗	✓
CUIDADO PALIATIVO	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗
RECUSA DE TRATAMENTO MÉDICO E LIMITAÇÃO CONSENTIDA DE TRATAMENTO	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗
RETIRADA DE SUPORTE VITAL (RSV) E NÃO-OFFERTA DE SUPORTE VITAL (NSV)	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗
ORDEM DE NÃO-RESSUSCITAÇÃO OU DE NÃO-REANIMAÇÃO (ONR)	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗
SUICÍDIO ASSISTIDO	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗

Tabela 1 - Quadro comparativo dos conceitos de Abreviação da Vida

5. A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E A EUTANÁSIA

“Qualquer que seja nosso ponto de vista sobre o aborto e a eutanásia, queremos ter o direito de decidir por nós mesmos, razão pela qual deveríamos estar sempre dispostos a insistir em que qualquer Constituição honorável, qualquer Constituição verdadeiramente centrada em princípios, possa garantir esse direito a todos.”¹⁰

Ronald Dworkin

1. A dignidade da pessoa humana como fundamento constitucional

A vertiginosa evolução científica e tecnológica registrada pela humanidade no último século, além de fazer melhorar a qualidade de vida em todos os sentidos como nunca antes, conforme se extrai do Relatório de Desenvolvimento Humano de 2016 da ONU, pôs-nos diante de dilemas de natureza ética, moral, religiosa, econômica, cultural e jurídica.

Se a ciência tem condições de manter o corpo que não consegue prover seus próprios sinais vitais por que não o fazer, dando sobrevida aos pacientes terminais e evitando a “perda” de vidas humanas e a dor dos parentes?

O problema que se identifica no questionamento acima é: o que se registra como “perda” é a objetificação da dignidade da pessoa humana, assim afrontando um princípio basilar insculpido em nossa Carta Magna, e já bem delineado desde o preâmbulo, senão vejamos:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como **valores supremos** de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a

¹⁰ Ronald Dworkin, *Domínio da vida*, p. 343.

seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.
(BRASIL, 1988, *grifo nosso*)

O exercício da liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça são nada mais do que a expressão da dignidade subjetiva que o legislador originário almejou que fosse assegurado ao povo brasileiro como **valor supremo** e registrado em vários outros pontos do texto Constitucional¹¹.

Também, Ingo Sarlet (2001) citado por Raquel Santana (2010), expõe sua definição de dignidade da pessoa humana no excerto abaixo:

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

Ainda, cabe registro do exposto na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, quando em seu primeiro Considerando do preâmbulo se reconhece:

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo, (ONU, 1948, *grifo no original*)

José Merino (2015) citado por George Leite (2018) leciona que existem quatro características essenciais à dignidade humana, quais sejam:

- a) é superior em termos qualitativos às dos demais seres do planeta;
- b) não admite gradação, todos os seres humanos são igualmente dignos;
- c) o respeito à dignidade humana é o fundamento de todo direito positivo, seja ele interno ou internacional;
- d) é irrenunciável e se conserva com as pessoas até a morte.

¹¹ Como exemplos, no artigo 5º, incisos III (não submissão a tortura), VI (inviolabilidade da liberdade de consciência e de crença), VIII (não privação de direitos por motivo de crença ou convicção), X (inviolabilidade da vida privada, honra e imagem), XI (inviolabilidade de domicílio), XII (inviolabilidade do sigilo de correspondência), XLVII (vedação de penas indignas), XLIX (proteção da integridade do preso) etc.

Desta forma, verifica-se que a Carta Magna brasileira apenas segue o previsto a um Estado Democrático de Direito e é neste condão que se deseja demonstrar que a dignidade da pessoa humana, assim como insculpida deve ser criticada por sofrer restrições da legislação infraconstitucional pátria vigente.

Justifica-se recorrer a esse diapasão haja vista que a dinâmica social cada vez mais célere não tem sido acompanhada pelo processo de juridicização fática. E a Carta Constitucional, por ser aberta, conforme leciona Ingo Sarlet (2015), confere a possibilidade de dar tratamento jurídico às questões controversas da modernidade em nossa sociedade, como o que se traz como tema desse trabalho.

2. A eutanásia no Brasil

a) Os Códigos Penais Brasileiros

A eutanásia no Brasil no período pré-colonial, tal qual se dava com os Espartanos, tinha seu caráter eugênico quando os índios das tribos Tupi-Guarani, depois de praticarem sem sucesso processos terapêuticos usuais em seus enfermos, abandonavam-nos porque na concepção dos pajés, aqueles indivíduos eram “impuros”, segundo lição Soares e Monteiro (1948) citado por Félix (2006).

Destarte a questão histórica acima aventada, o Código Criminal do Império (1830), embora já elencasse entre seus dispositivos uma proposta de atenuante por motivos altruísticos em seu artigo 18, § 2º, não manteve o mesmo viés quanto ao auxílio ao suicídio, em seu artigo 196, conforme os excertos abaixo:

Art. 18. São circunstancias attenuantes dos crimes:

(...)

2º Ter o delinquente commettido o crime para evitar maior mal.

...

Art. 196. Ajudar alguém a suicidar-se, ou fornecer-lhe meios para esse fim com conhecimento de causa.

Penas - de prisão por dous a seis annos. (BRASIL, 1830)

Assim, essa primeira legislação penal brasileira, possivelmente influenciada pelo direito lusitano, manteve sanção dura ao agente que mesmo imbuído de zelo altruísta ajuda alguém a por fim a própria vida.

Na mesma linha, ou até mais repressivo, seguiu o Código Penal dos Estados Unidos do Brasil (1890) quando previu em seu artigo 26, alínea c) que não seria atenuada pena ao agente que cometesse homicídio, mesmo que com a anuência da vítima, senão vejamos:

Art. 26. Não derimem nem excluem a intenção criminosa:

(...)

c) o consentimento do offendido, menos nos caso em que a lei sò a elle permite a acção criminal. (BRASIL, 1890)

Por outro lado, a pena máxima para o caso de suicídio assistido é minorada no art. 299 do mesmo diploma. Não chega a ser motivo de alento, haja vista ainda ser considerado um tipo penal, mas já apresenta uma melhora em relação ao Código anterior. Senão, vejamos:

Art. 299. Induzir, ou ajudar alguém a suicidar-se, ou para esse fim fornecer-lhe meios, com conhecimento de causa:

Pena - de prisão cellualar por dous a quatro annos. (BRASIL, 1890)

Não houve também alteração quanto a questão de abreviação da vida no diploma penal seguinte - Consolidação das Leis Penais (1932) - senão para tornar ainda mais rígidas as penas. Senão vejamos:

Art. 294 - Matar alguém:

(...)

§2.º Si o homicidio não tiver sido aggravado pelas referidas oircumstancias:

Pena - de prisão cellualar por 6 a 24 annes. (BRASIL, 1932)

Quanto ao Código Penal (1940), em vigor, já se prevê a atenuante em seu artigo 121, § 1º quando o homicídio é “impelido por motivo de relevante valor social ou moral”.

Art. 121. Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte annos.

Caso de diminuição de pena

§ 1º **Se o agente comete o crime impellido 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. (BRASIL, 1940, *grifo nosso*)

Então, infere-se do texto do dispositivo uma possibilidade de futura descriminalização ao homicídio em ato eutanásico, aos moldes do que se estabelece na Holanda e Uruguai¹² atualmente.

Embora se verifique uma atenuação no tocante ao homicídio misericordioso, o mesmo não ocorreu no caso do suicídio, consoante disposto no artigo 122 do mesmo diploma. Senão vejamos:

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

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

Parágrafo único - **A pena é duplicada:**

Aumento de pena

I - se o crime é praticado por motivo egoístico;

II - **se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.** (BRASIL, 1940)

Desta forma, verifica-se que as penas impostas continuam sendo duras e sem que se trate de atenuantes. Outrossim, serão agravadas as penas aos casos tratados neste trabalho.

Isto posto, considerando o modelo legislativo brasileiro, com vistas a beneficiar os requerentes a abreviação da vida e compreender o princípio da dignidade da pessoa humana ao seu real diapasão de valor supremo constitucional, entende-se que o modelo mais adequado a ser adotado seria o modelo holandês, o qual será tratado oportunamente em tópico futuro deste trabalho, haja vista sua simplicidade de tramitação nas Casas Legislativas e desburocratização de procedimentos.

¹² Os modelos de legislação holandesa e uruguaia serão vistos com mais detalhes em tópico futuro neste trabalho.

b) *Projetos de lei em tramitação*

Tramitam atualmente no Senado Federal dois Projetos de Lei que tratam indiretamente do tema de abreviação da vida. Ambos de 2018 serão pormenorizados abaixo:

- **Projeto de Lei do Senado nº 007/2018**

Tem como maior interesse ao nosso estudo produzir uma alteração no Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 (Código Penal) para isentar de culpa por omissão de socorro prevista no artigo 135 daquele diploma (CP) o médico ou instituição que tiver recusado seu atendimento pelo paciente.

A recusa citada se dará partindo do paciente que o recusará expressamente ou por seu representante legal, caso o paciente não possa expressar-se regularmente.

Desta forma, vejamos abaixo o excerto do projeto de lei:

Art. 6º O art. 13 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, passa a vigorar acrescido do seguinte §3º:

“Art.13.....

§3º Não se considera omissão penalmente relevante a falta de instituição de suporte de vida ou a não realização de tratamento ou procedimento o médico ou odontológico **recusados expressamente pelo paciente ou, nos casos em que o paciente não possa expressar sua vontade, por seu representante legal.**” (NR) (BRASIL, 2018-1, *grifo nosso*)

- **Projeto de Lei do Senado nº 149/2018**

O projeto de lei em análise trata da possibilidade de o indivíduo vir a produzir *diretivas de vontade antecipadas* que expressem sua anuência ou discordância de se submeter a algum procedimento futuro no caso de vir a se tornar um paciente terminal e não ter condições de “expressar autonomamente a sua vontade”, conforme extrai-se do excerto abaixo:

Art. 3º Toda pessoa maior e capaz tem o direito de declarar, de forma antecipada, a sua vontade de receber ou não receber determinados tratamentos médicos em época futura, quando se vislumbra estar em condição clínica que se enquadre na situação definida no inciso III¹³ do art.

¹³ III - pessoa em fase terminal de doença ou acometida de grave e irreversível dano à saúde: pessoa em estágio avançado de doença incurável e progressiva ou vítima de grave e irreversível dano à saúde, cujo prognóstico, em ambos os casos, seja de morte iminente e para a qual, de acordo com a melhor

2º e não puder, em função de sua condição de saúde, expressar autonomamente a sua vontade.

§ 1º A declaração especificada no *caput*, para ser reconhecida pelos profissionais de saúde e pelos serviços de saúde, **deverá estar expressa por meio de escritura públicas em conteúdo financeiro, lavrada em Cartório competente.**

§ 2º Apenas os cuidados ou procedimentos considerados desproporcionais, fúteis ou extraordinários, **inclusive hidratação e alimentação artificiais que apenas visem a retardar o processo natural de morte**, poderão ser alvo de disposições sobre interrupção de tratamento nas diretivas antecipadas de vontade, vedando-se a recusa a tratamentos paliativos. (BRASIL, 2018-2, *grifo nosso*)

Conforme exposto no *caput* do excerto, a ideia de que o indivíduo possa produzir suas diretivas de vontade antecipadas é de grande valia para que se tenha resguardada sua vontade, o conseqüentemente dignidade, em momento futuro que se encontro impossibilitado de expressa-la e vitimado por uma doença em caráter terminal.

Destarte a lampejo dignificante do *caput*, o PLS volta a apresentar a faceta retrógrada e estatizante tão característica ao direito pátrio quando, no § 1º do mesmo dispositivo prevê a necessidade de que a citada diretiva deva ser lavrada em cartório competente por meio de escritura pública.

Ademais, verifica-se que o legislador desconhece o assunto sobre o qual legisla quando considera, consoante disposto no § 2º, que hidratação e alimentação apenas visam a retardar o processo natural de morte e podem ser considerados medidas “desproporcionais, fúteis ou extraordinárias”.

Mais uma vez se faz necessário lembrar que a dignidade da pessoa humana é valor supremo insculpido em nossa Carta Magna e estas medidas “não devem ser suspensas por estarem ligadas ao respeito devido no lidar com o ser humano, à sua **dignidade**, posição acatada por muitos profissionais e estudiosos do Direito.” (Villas-Bôas, 2008, p. 69, *grifo nosso*)

evidência científica, não exista perspectiva de melhora do quadro clínico mediante a instituição de procedimentos terapêuticos;

6. A EUTANÁSIA NO DIREITO COMPARADO

1. Holanda

A Holanda foi o primeiro país no mundo a legalizar e regulamentar a prática da *eutanásia*. E sua motivação teve que ser forçada com o chamado caso *Postma*.

“A médica *Geertruida Postma*, em 1973, foi julgada e condenada pela prática de eutanásia (homicídio) contra sua própria mãe, senhora doente que reiteradamente pedia que a filha lhe retira-se a vida.” (MOLINARI, 2014)

A partir daí os debates quanto aos casos de pacientes terminais se acentuaram e paulatinamente a jurisprudência do país foi se tornando mais receptiva a adoção da prática, porém sem a necessária legalização.

Contudo, a partir de 2001 o Código Penal Holandês foi “complementado” com a entrada em vigor da *Lei relativa ao término da vida a pedido e do auxílio ao suicídio*, em 12 de abril de 2001.

Este novo diploma vinha a “complementar” o Código Penal em dois dispositivos específicos, os artigos 293 e 294, que não foram revogados, mas que afastaria a sua incidência aos médicos que atentassem à sua observância em casos de abreviamento da vida a pacientes terminais. Senão vejamos:

Artigo 293

1 Aquele que deliberadamente encerra a vida de outro por seu desejo explícito e sério, é punido com uma pena de prisão não superior a doze anos ou com uma multa da quinta categoria.

2 O fato referido no primeiro parágrafo **não é punível** se tiver sido cometido por um médico que **atenda aos requisitos de atendimento a que se refere o artigo 2º da Solicitação de Revisão de Cessação e Assistência e Suicídio e informe o médico legista municipal** de acordo com o artigo 7º, segundo parágrafo, da Lei de Entrega de Enterros.

Artigo 294

1 Quem deliberadamente encoraja outra pessoa a cometer suicídio, se o suicídio se seguir, é punido com uma pena de prisão não superior a três anos ou com uma multa da quarta categoria.

2 Aquele que intencionalmente assiste a outra pessoa com suicídio ou lhe fornece os meios para fazê-lo é, se o suicídio ocorrer, punido com uma sentença de prisão não superior a três anos ou com uma multa da quarta categoria. **O artigo 293º, segundo parágrafo, aplica-se *mutatis mutandis*.** (Código Penal Holandês, 1881, *tradução livre, grifo nosso*)

Conforme o excerto acima, o médico que aceitar realizar o procedimento - este pode alegar objeção de consciência para recusar-se à prática do ato eutanásico - deverá se sujeitar a atender aos critérios prévios da *Lei relativa ao término da vida a pedido e do auxílio ao suicídio* que em seu artigo 2º assim prevê:

Artigo 2

1 Os requisitos de atendimento a que se refere o artigo 293, segundo parágrafo, do Código Penal, significam que o médico:

a. **esteja convencido de que houve uma solicitação voluntária** e bem considerada do paciente,

b. está convencido de que havia um sofrimento impossível e insuportável para o paciente,

c. informou o paciente sobre a situação em que estava e sobre suas perspectivas,

d. com a convicção do paciente de que não havia alternativa razoável para a situação em que ele se encontrava,

e. **consultou pelo menos um outro médico independente que atendeu o paciente e deu sua opinião por escrito** sobre os requisitos de atendimento a que se refere os itens a a d, e

f. realizou o término médico da vida ou assistência com suicídio com cuidado.

2 Se o paciente com dezesseis anos ou mais não puder mais expressar sua vontade, mas antes de poder obter uma avaliação razoável de seus interesses naquele estado e uma declaração por escrito, incluindo um pedido de término de vida, feito, o médico pode responder a esta solicitação. Os requisitos de cuidados devidos, referidos no primeiro parágrafo, aplicam-se *mutatis mutandis*.

3 Se o paciente menor tiver entre dezesseis e dezoito anos e puder ser considerado capaz de uma avaliação razoável de seus interesses, o médico poderá responder a uma solicitação do paciente de término de vida ou assistência com suicídio após os pais se os pais que exercem autoridade sobre ele ou seu tutor estão envolvidos na tomada de decisões.

4 Se o paciente menor tiver entre 12 e 16 anos e puder ser considerado capaz de uma avaliação razoável de seus interesses, o médico poderá, se um dos pais ou os pais que exercem ou têm autoridade sobre ele O tutor pode ou pode concordar com o término da vida ou a assistência com suicídio, para atender à solicitação do paciente. O segundo parágrafo aplica-se em

conformidade. (Lei relativa ao término da vida a pedido e do auxílio ao suicídio, 2001, *tradução livre, grifo nosso*)

Então, como se pode inferir do excerto acima, o médico que se presta a colaborar no procedimento eutanásico deve ser providente e se assegurar de que o paciente esteja voluntariamente de acordo e convicto do procedimento ao qual será submetido, que sua opinião clínica é partilhada por, pelo menos mais um médico independente que tenha atendido o paciente - sendo que este também deve observar as regras procedimentais previstas nas alíneas *a* a *d* - e que o sofrimento físico e psíquico ao paciente é insuportável.

Ainda, frise-se que o atendimento ao desejo do paciente pode ocorrer a partir de seus doze anos, obedecidas algumas particularidades da norma expressas nos parágrafos 2 a 4. E após a consumação do procedimento, se deve comunicar ao “médico legista municipal de acordo com o artigo 7º, segundo parágrafo, da Lei de Entrega de Enterros.”. (Código Penal Holandês, 1881, *tradução livre*)

2. Bélgica

A Bélgica legalizou a eutanásia a partir da entrada em vigor da Lei nº 9.590, de 28 de maio de 2002, a *Lei relativa à eutanásia*, e diferentemente do caso holandês a lei belga teve origem da consciência de adequação à realidade.

No diploma legal belga não se distingue entre eutanásia ativa, passiva e indireta haja vista que engloba todas as hipóteses. Todavia, o procedimento se apresenta mais restritivo e meticuloso do que o holandês.

O médico que atende o paciente deverá obrigatoriamente fazer uso de uma segunda opinião clínica e, em certos casos, chegando a quatro opiniões diferentes, com outros especialistas, e aguardando prazos razoáveis entre os atendimentos e pelo menos um mês entre a decisão final em realiza-lo e o procedimento em si como se pode inferir do excerto abaixo:

Art. 3.

§1º Um médico que pratica a eutanásia não comete uma ofensa se tiver satisfeito que:

- [1]o paciente é maior ou menor emancipado, capaz ou ainda menor com capacidade de discernimento e está ciente no momento de sua solicitação;]¹

- o pedido é formulado de forma voluntária, ponderada e repetida, e não resulta de pressão externa;

- o paciente [1] maior ou menor emancipado]¹ está em uma situação médica terminal e relata um sofrimento físico ou psicológico constante e insuportável que não pode ser apaziguado e que resulta de um afeto accidental ou patológico grave ou incurável;

[1] - o paciente jovem e exigente encontra-se em situação médica sem resultado final de sofrimento físico constante e insuportável, que não pode ser apaziguado e causa morte a curto prazo, e que resulta de uma afecção accidental ou patológica grave e incurável;]¹

e cumprir as condições e procedimentos prescritos por esta lei.

§ 2º Sem prejuízo das condições adicionais que o médico desejar colocar em sua intervenção, ele deve, antecipadamente e em todos os casos:

1º informar o paciente sobre seu estado de saúde e expectativa de vida, consultar o paciente sobre sua solicitação de eutanásia e discutir com ele as possibilidades terapêuticas ainda concebíveis, bem como as possibilidades oferecidas pelos cuidados paliativos e suas consequências. Ele deve chegar com o paciente acreditando que não há outra solução razoável em sua situação e que a solicitação do paciente é totalmente voluntária;

2º para verificar a persistência do sofrimento físico ou mental do paciente e sua vontade repetida. Para esse fim, ele realiza com o paciente várias entrevistas, espaçadas em um tempo razoável, tendo em vista a evolução da condição do paciente;

3º consultar outro médico sobre a natureza grave e incurável da afecção, especificando os motivos da consulta. O médico consultado toma nota do arquivo médico, examina o paciente e certifica-se da natureza constante, insuportável e inaplicável do sofrimento físico ou psíquico. Ele escreve um relatório sobre suas descobertas.

O médico consultado deve ser independente, tanto em relação ao paciente quanto ao médico assistente, e ser competente quanto à patologia em questão. O médico assistente informa o paciente sobre os resultados desta consulta;

4º se houver uma equipe de assistência médica em contato regular com o paciente, discutir a solicitação do paciente com a equipe ou membros da equipe;

5º se essa for a vontade do paciente, discutir seu pedido com os familiares que este designar;

6º garantir que o paciente tenha tido a oportunidade de discutir seu pedido com as pessoas que ele queria conhecer.

[1] 7º Além disso, quando o paciente é um menor não-manipulado, consultar um psiquiatra infantil ou um psicólogo, especificando os motivos dessa consulta.

O especialista consultado toma nota do arquivo médico, examina o paciente, garante a capacidade de discernimento do menor e o certifica por escrito.

O médico assistente informa o paciente e seus representantes legais do resultado desta consulta.

O médico assistente deve discutir com os representantes legais do menor fornecendo todas as informações mencionadas no § 2, 1º, e garantir que eles concordem com a solicitação do paciente menor.^[1]

§ 3º Se o médico considera que a morte ^[1] do paciente adulto emancipado ou menor^[1] obviamente não irá intervir em pouco tempo, ele deve, além disso:

1º consultar um segundo médico, psiquiatra ou especialista da patologia em questão, especificando os motivos da consulta. O médico consultado toma nota do arquivo médico, examina o paciente, assegura a natureza constante, insuportável e inaplicável do sofrimento físico ou mental e a natureza voluntária, ponderada e repetida da solicitação. Ele escreve um relatório sobre suas descobertas. O médico consultado deve ser independente do paciente e do médico assistente e do primeiro médico consultado. O médico assistente informa o paciente sobre os resultados desta consulta;

2º aguardar pelo menos um mês entre a solicitação por escrito do paciente e a eutanásia.

§ 4º ^[1] A solicitação do paciente, bem como a concordância dos representantes legais, se o paciente for menor de idade, são registradas por escrito.^[1] O documento é escrito, datado e assinado pelo próprio paciente. Se ele não estiver em condições de fazê-lo, seu pedido deverá ser registrado por escrito por uma pessoa importante de sua escolha, que não possa ter nenhum interesse material na morte do paciente.

Essa pessoa menciona o fato de que o paciente não é capaz de formular sua solicitação por escrito e indica os motivos. Nesse caso, o pedido é registrado por escrito na presença do médico, e a referida pessoa menciona o nome do médico no documento. Este documento deve ser colocado no arquivo médico.

O paciente pode revogar sua solicitação a qualquer momento; nesse caso, o documento é removido do registro médico e devolvido ao paciente.

^[1] § 4/1. Após o pedido do paciente ter sido tratado pelo médico, a possibilidade de apoio psicológico é oferecida às pessoas envolvidas.^[1]

§ 5º Todas as solicitações feitas pelo paciente, bem como os procedimentos do médico assistente e seus resultados, incluindo o(s) relatório(s) do(s) médico(s) consultado(s), são registrados regularmente no prontuário do paciente.

⁽¹⁾ <L 2014-02-28 / 03, art. 2,003; Em vigor: 22-03-2014>

Art. 3a. <inserido por L 2005-11-10 / 68, art. 2; Efetivo: 23-12-2005> Um farmacêutico que administra uma substância de eutanásia não comete uma ofensa quando o faz com base em uma prescrição na qual o médico menciona explicitamente que está de acordo com esta lei.

O farmacêutico fornece pessoalmente a substância de eutanásia prescrita ao médico. O rei estabelece os critérios de prudência e as condições a serem atendidas pela prescrição e administração de medicamentos que serão utilizados como substância eutanásia.

O rei tomará as medidas necessárias para garantir a disponibilidade de substâncias eutanásicas, incluindo farmácias acessíveis ao público. (BÉLGICA, 2002, *tradução livre*)

Então, conforme se verifica, o médico que se dispôr - aqui também o médico poderá se opor invocando a cláusula de objeção de consciência - a realizar o procedimento eutanásico no Estado Belga deverá deixar bem claro ao paciente quais são suas reais potencialidades de vida, o paciente deve deixar registrado formalmente seu desejo e este só será atendido após o prazo mínimo de um mês.

Registre-se ainda, devido ao caráter restritivo da legislação belga, que apenas médicos poderão realizar o procedimento eutanásico e qualquer um que o realizar em desconformidade aos padrões ali previstos será enquadrado na hipótese de crime de homicídio simples, sendo que também o suicídio assistido, naquele país, é passível de punição.

3. Luxemburgo

O Grão-Ducado do Luxemburgo foi o terceiro país a aprovar a regulamentação à prática eutanásica. Contudo, a aprovação final dessa lei, que teve início em 20 de fevereiro de 2008 e só passou a vigor em 19 de março de 2009, enfrentou problemas de ordem político-religiosa.

Naquele país, todas as leis deviam, até então, ser promulgadas pelo Arquiduque e este recusara-se a promulgar a lei que regulamentava a eutanásia no país alegando questões de ordem religiosa.

Para contornar esse impasse, o Parlamento alterou a legislação nacional de forma que essa atribuição deixasse de ser do Arquiduque, tornando-o figura cerimonial ao país, como ensina José Goldim (2014).

Isto posto, Luxemburgo, diferentemente da Bélgica, passou a ter duas leis que tratam da abreviação da vida, uma lei a respeito de ortotanásia e distanásia e outra acerca de eutanásia e suicídio assistido.

Verifica-se a preocupação com a dignidade da pessoa humana logo no artigo 1º da *Lei sobre ortotanásia* quando são previstos cuidados paliativos à universalidade de pacientes terminais, conforme o excerto abaixo:

Art. 1. Declaração do direito a cuidados paliativos e definição

Qualquer pessoa na fase avançada ou terminal de uma condição grave e incurável, qualquer que seja a causa, a seguir denominada “a pessoa no final da vida”, tem acesso a cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos são cuidados ativos, contínuos e coordenados, praticados por uma equipe multidisciplinar em relação à dignidade da pessoa cuidada. Eles visam cobrir todas as necessidades físicas, psíquicas e espirituais da pessoa que está sendo atendida e apoiar as pessoas ao seu redor. Eles envolvem o tratamento da dor e do sofrimento psíquico.

Os cuidados paliativos são prestados no hospital, em uma instalação de acordo com as leis sobre seguro de saúde e seguro de assistência a longo prazo ou em casa. Para as pessoas atendidas em casa ou em uma instituição para obter ajuda e cuidados, é garantida a estreita cooperação de um hospital. A entrega de suprimentos, atos e serviços pelas diferentes categorias de prestadores de serviços que trabalham com a pessoa cuidada é registrada em uma caderneta de cuidados cuja forma e conteúdo são determinados pelo Regulamento Grão-Ducal, com a opinião de grupos representativos de prestadores de serviços.

O Estado assegura o treinamento adequado da equipe médica e de enfermagem. Um regulamento grão-ducal determina a organização de treinamento médico específico em cuidados paliativos para médicos e outras profissões da saúde. (LUXEMBURGO, 2009-1, *tradução livre, grifo nosso*)

Então, como infere-se do excerto, o Estado se encarregará de dar treinamento adequado a uma equipe multidisciplinar que prestará os cuidados paliativos aos pacientes terminais onde quer que este paciente se encontre: *no hospital, em uma instalação de acordo com as leis sobre seguro de saúde e seguro de assistência a longo prazo ou em casa.*

Além do já exposto, nos artigos 2º e 3º do mesmo diploma, objetiva-se por um lado proteger o paciente contra a obstinação terapêutica, mesmo que seja essa requerida por parte da família do paciente, enquanto por outro lado também se protege o paciente, tanto quanto possível, de um “duplo efeito” quanto ao tratamento paliativo fornecido pelo profissional médico. Senão vejamos:

Art. 2. Recusar obstinação irracional

Não é sancionado criminalmente e não pode dar origem a uma ação civil por prejudicar o fato de **um médico recusar ou abster-se de implementar**, em fase avançada ou terminal, um afeto grave e incurável, que essa é a causa, **exames e tratamentos inapropriados ao estado da pessoa no final da vida e que, de acordo com o conhecimento médico do momento, trariam à pessoa no final da vida nem alívio nem melhora da sua condição ou esperança de cura.**

A disposição anterior não prejudica a obrigação do médico de fornecer à pessoa no final da vida os cuidados paliativos definidos no artigo anterior ou de iniciá-la.

Art. 3. Efeito secundário do tratamento da dor

O médico tem a obrigação de aliviar efetivamente o sofrimento físico e psíquico da pessoa no final da vida.

Se o médico descobrir que não pode efetivamente aliviar o sofrimento de uma pessoa na fase avançada ou terminal de uma condição grave e incurável, seja qual for a causa, **que ao aplicar um tratamento que possa ter o efeito secundário para avançar seu fim de vida, ele deve informá-lo e obter seu consentimento.** (LUXEMBURGO, 2009-1, *tradução livre, grifo nosso*)

Também o testamento vital e as diretivas de vontade do paciente serão levadas em consideração pela lei, tanto quanto possível, consoante previsão dos artigos 4º a 8º, o que demonstra a preocupação da legislação novamente com a dignidade da pessoa que está no término de sua vida.

Já no tocante a lei que descriminaliza a eutanásia e o suicídio assistido, há a disposição de que apenas o médico poderá realizar tal procedimento, e deverá atender aos requisitos materiais ali previstos, os quais podemos verificar no excerto abaixo:

Art. 2.

1. Não é sancionado criminalmente e não pode dar origem a uma ação civil por danos causados por um médico para responder a um pedido de eutanásia ou suicídio assistido, **se forem cumpridas as seguintes condições básicas:**

- 1) o paciente é capaz e consciente no momento de sua solicitação;
- 2) o pedido é formulado voluntariamente, refletido e, quando apropriado, repetido e não resultante de pressão externa;
- 3) o paciente está em uma situação médica desesperada e relata sofrimento físico ou psicológico constante e insuportável, sem perspectiva de melhora resultante de uma condição acidental ou patológica;
- 4) o pedido do paciente de eutanásia ou suicídio assistido é registrado por escrito.

2.O médico deve, em todos os casos, antes de realizar a eutanásia ou o suicídio assistido, cumprir as seguintes condições de forma e procedimento:

- 1) informar o paciente sobre seu estado de saúde e sua expectativa de vida, consultar o paciente sobre sua solicitação de eutanásia ou suicídio assistido e discutir com ele as possibilidades terapêuticas ainda possíveis e as possibilidades oferecidas pelo paciente, cuidados paliativos e suas consequências. Deve-se ter convicção de que a solicitação do paciente é voluntária e que aos olhos do paciente não há outra solução aceitável em sua situação. As entrevistas são gravadas no arquivo médico, sendo a remessa¹⁴ a prova da informação;
- 2) verificar a persistência do sofrimento físico ou psíquico do paciente e seu desejo recentemente expresso ou reiterado, respectivamente. Para esse fim, ele realiza com o paciente várias entrevistas, espaçadas em um tempo razoável, tendo em vista a evolução da condição do paciente;
- 3) consultar outro médico sobre a natureza grave e incurável da afecção, especificando os motivos da consulta. O médico consultado toma nota do prontuário, examina o paciente e garante a constante, insuportável e sem perspectiva de melhora de seu sofrimento físico ou psíquico. Ele escreve um relatório sobre suas descobertas. O médico consultado deve ser imparcial, tanto em relação ao paciente quanto ao médico assistente, e ser competente na patologia em questão. O médico assistente informa o paciente sobre os resultados desta consulta;
- 4) a menos que o paciente oponha, discuta a solicitação com a equipe de saúde em contato regular com o paciente;
- 5) a menos que o paciente oponha, discuta seu pedido com a pessoa de confiança designada por ele em suas disposições de fim de vida ou no momento de seu pedido de eutanásia ou suicídio assistido;
- 6) garantir que o paciente tenha tido a oportunidade de discutir sua solicitação com as pessoas que deseja conhecer;
- 7) verifique com a Comissão Nacional de Controle e Avaliação se as provisões de fim de vida em nome do paciente estão registradas lá.

A solicitação do paciente deve ser registrada por escrito. O documento é escrito, datado e assinado pelo próprio paciente. Se ele estiver permanentemente incapaz de escrever e assinar seu pedido, o pedido será registrado por escrito por uma pessoa importante de sua escolha.

Essa pessoa menciona o fato de que o paciente não é capaz de formular sua solicitação por escrito e indica os motivos. Nesse caso, o pedido é registrado por escrito e assinado pelo paciente ou pela pessoa que o escreveu na presença do médico assistente cujo nome também deve ser indicado no documento. Este documento deve ser colocado no arquivo médico.

O paciente pode revogar sua solicitação a qualquer momento; nesse caso, o documento é removido do registro médico e devolvido ao paciente.

Todas as solicitações feitas pelo paciente, bem como as medidas tomadas pelo médico assistente e seu resultado, incluindo o(s) relatório(s) do(s) médico(s) consultado(s), são regularmente registradas no arquivo paciente médico.

¹⁴ A título informativo: A “remessa” a que o texto se refere é o encaminhamento dos documentos relativos aos atos de abreviação da vida que deverão ser encaminhados à Comissão Nacional de Controle e Avaliação (artigos 6º e seguintes) que faz a fiscalização se os métodos e procedimentos previstos em lei são seguidos.

Art. 3.

O médico assistente pode, se achar necessário, ser acompanhado ou se aconselhar por um especialista de sua escolha e pagar o aviso ou atestado da intervenção deste último no prontuário do paciente. Se for um relatório médico, o aviso ou atestado é colocado no arquivo do paciente. (LUXEMBURGO, 2009-2, *tradução livre, grifo nosso*)

Infere-se do texto legal acima exposto que o paciente que deseja se submeter ao procedimento deverá ser capaz (maior de idade) para a legislação do Grão-Ducado, o que demonstra uma restrição não existente na legislação Belga.

Ademais, o pedido será registrado por escrito, comprovado que o paciente não cede a pressão de terceiro para realizar o procedimento e que sofre física e psiquicamente em sua condição terminal.

Após, atendidos os procedimentos iniciais, o médico passará aos “seus” procedimentos pré-eutanásicos previstos no item 2 do mesmo dispositivo no qual o médico esclarece ao paciente todo seu (do paciente) prospecto quanto a doença deixando-o a par da real situação e possibilidades que possui.

Também aqui se fará uso de outro médico especialista independente “sobre a natureza grave e incurável da afecção” que acomete o paciente e também serão realizadas entrevistas em intervalos espaçados para dar tempo ao paciente “amadurecer” a ideia acerca do ato que será tomado - que poderá ser revisto a qualquer tempo.

Ainda, prevê a lei que regulariza a eutanásia em Luxemburgo que o médico está protegido de qualquer sanção civil ou criminal ao atender a disposições de fim de vida de um paciente terminal, conforme se verifica no excerto abaixo:

Art. 4.

1. Qualquer pessoa com maior idade e capacidade poderá, no caso de não poder mais manifestar seus desejos, registrar por escrito, em disposições de fim de vida, as circunstâncias e condições sob as quais deseja se submeter à eutanásia, se o médico descobrir:

- ela tem uma condição acidental ou patológica grave e incurável,
- ela está inconsciente,
- e que esta situação é irreversível de acordo com o estado atual da ciência.

As disposições de fim de vida também podem incluir uma seção específica em que o declarante determina as providências a serem tomadas para o método de enterro e a cerimônia fúnebre.

Nas disposições de fim de vida, o registrante pode designar uma pessoa de confiança importante, que informe o médico assistente dos desejos do declarante de acordo com suas últimas declarações sobre ele.

Arranjos em fim de vida podem ser feitos a qualquer momento. Eles devem ser registrados por escrito, datados e assinados pelo declarante.

2. Se a pessoa que deseja escrever provisões para o fim da vida útil for permanentemente fisicamente incapaz de escrever e assinar, suas disposições em fim de vida poderão ser registradas por escrito por uma pessoa importante de sua escolha.

Os arranjos em fim de vida serão feitos na presença de duas testemunhas principais. As disposições de fim de vida útil devem então especificar que o declarante não pode escrever e assinar e declarar os motivos. As disposições em fim de vida devem ser datadas e assinadas pela pessoa que escreveu a declaração, pelas testemunhas e, quando aplicável, pela pessoa de confiança.

Um atestado médico que atesta essa impossibilidade física permanente é anexado às provisões de fim de vida.

As provisões de fim de vida serão registradas como parte de um sistema oficial para o registro sistemático de provisões de fim de vida na Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação.

As disposições de fim de vida útil podem ser reiteradas, retiradas ou adaptadas a qualquer momento. A Comissão Nacional de Controle e Avaliação deve solicitar a cada cinco anos, a partir do pedido de registro, a confirmação da vontade do declarante. Todas as alterações devem ser registradas na Comissão Nacional de Controle e Avaliação. No entanto, nenhuma eutanásia poderá ser realizada se, como resultado das etapas que ele for obrigado a tomar de acordo com o parágrafo 3 a seguir, o médico tomar conhecimento de uma manifestação dos desejos do paciente após as disposições de fim de vida registradas, pelo qual ele retira seu desejo de se submeter à eutanásia.

Qualquer médico que trate um paciente no final da vida ou um paciente em situação médica terminal é obrigado a verificar com a Comissão Nacional de Controle e Avaliação se existem disposições de fim de vida em nome do paciente registrada.

Os procedimentos relacionados ao registro de provisões em fim de vida, bem como o acesso a essas provisões pelos médicos responsáveis por uma pessoa no final de sua vida, podem ser determinados pelo Regulamento Grão-Ducal.

Este regulamento pode propor uma fórmula para descarte no final da vida útil que os registrantes possam usar.

3. Não é sancionado criminalmente e não pode dar origem a uma ação civil por danos, o fato de um médico responder a um pedido de eutanásia como resultado de disposições em fim de vida, conforme previsto nos parágrafos 1 e 2, se o médico encontrar:

1) que o paciente tem uma condição acidental ou patológica grave ou incurável,

2) que ele está inconsciente,

3) que esta situação é irreversível de acordo com o estado atual da ciência.

O médico deve, em todos os casos e antes de prosseguir com a eutanásia, cumprir as seguintes condições de forma e procedimento:

1) consultar outro médico sobre a irreversibilidade da situação médica do paciente, informando-o dos motivos dessa consulta. O médico consultado toma nota do arquivo médico e examina o paciente. Ele escreve um relatório de suas descobertas. Se uma pessoa de confiança for designada nas provisões de fim de vida, o médico assistente informará essa pessoa de confiança dos resultados desta consulta. O médico consultado deve ser imparcial com o paciente e com o médico assistente e ser competente quanto à patologia em questão;

2) se houver uma equipe de saúde em contato regular com o paciente, discuta o conteúdo das provisões de fim de vida com a equipe de saúde ou com os membros da equipe de saúde;

3) se as provisões de fim de vida útil designarem uma pessoa confiável, discuta com elas os desejos do paciente;

4) Se as disposições em fim de vida útil designarem uma pessoa de confiança, discuta os desejos do paciente com os parentes do paciente a quem a pessoa de confiança designa.

As provisões de fim de vida, bem como todas as medidas tomadas pelo médico assistente e seus resultados, incluindo o relatório do médico consultado, são registradas no arquivo médico do paciente. (LUXEMBURGO, 2009-2, *tradução livre, grifo nosso*)

Por medidas preventivas, o médico deverá observar aos procedimentos também previstos no dispositivo, mas que ali são postos para dar segurança jurídica ao procedimento de humanização de abreviamento da vida.

Por fim, é importante informar que, assim como se preocupa com a dignidade do paciente a legislação que trata da abreviação da vida de Luxemburgo também o faz no tocante ao médico quando o autoriza a recusar-se a realizar o procedimento eutanásico ou de suicídio assistido, conforme disposto no artigo 15º daquele diploma legal.

4. Colômbia

Em 1997, conforme nos ensina José Goldim (2018), após um questionamento acerca da inconstitucionalidade do artigo 326¹⁵ do Código Penal Colombiano, então vigente, apresentado pelo cidadão José Eurípides Parra Parra, a Corte Constitucional Colombiana se reuniu para apreciar a demanda.

A decisão emanada pela Corte recebeu a referência de “Acórdão C - 239/97” (1997), o qual despenalizou a prática do homicídio piedoso, mas não legalizou o procedimento eutanásico. Contudo, o texto final do acórdão ainda é elucidativo quando se trata de dignidade da pessoa humana em uma sociedade com forte influência da igreja católica. Senão vejamos:

PROTEÇÃO À VIDA DO DOENTE TERMINAL - O dever do Estado produz ou é enfraquecido / **DOENTE TERMINAL** - Consentimento informado do paciente de morrer com dignidade / **DIREITO DE MORRER DE FORMA DIGNA**

O dever do Estado de proteger a vida deve então ser compatível com o respeito à dignidade humana e o livre desenvolvimento da personalidade. Portanto, a Corte considera que, **diante de pacientes terminais que sofrem sofrimento intenso, esse dever estatal cede ao consentimento informado do paciente que deseja morrer de maneira digna.** De fato, nesse caso, o dever do Estado é consideravelmente enfraquecido porque, segundo relatórios médicos, pode-se argumentar que, além de uma dúvida razoável, a morte é inevitável em um tempo relativamente curto. Por outro lado, a decisão de como enfrentar a morte adquire uma importância decisiva para o paciente terminal, que sabe que não pode ser curado e, portanto, não está escolhendo entre a morte e muitos anos de vida plena, mas entre a morte em condições que ele escolhe ou morre pouco tempo depois em circunstâncias dolorosas e que julga indigno. **O direito fundamental de viver de uma maneira digna implica, então, o direito de morrer dignamente,** porque condenar uma pessoa a prolongar sua existência por um curto período de tempo, quando ela não a quer e sofre de profundas aflições, é equivalente não apenas ao tratamento cruel e desumano, proibido pela Carta, mas a uma anulação de sua dignidade e sua autonomia como sujeito moral. A pessoa seria reduzida a um instrumento para a preservação da vida como um valor abstrato. (COLÔMBIA, 1997, *tradução livre, grifo nosso*)

No excerto acima, extraído do Acórdão C - 239/97, os magistrados demonstram a preocupação com a dignidade da pessoa humana em seus derradeiros momentos

¹⁵ **Artigo 326. HOMICÍDIO POR PIEDADE.** Quem matar outro por misericórdia, para acabar com o sofrimento intenso de lesões corporais ou doenças graves e incuráveis, ficará preso por seis meses a três anos.

de vida até reconhecendo a necessidade de o Estado escusar-se de agir em busca de uma “oportunidade” ao paciente terminal ter sua dignidade assegurada.

Destarte, a decisão deixa a desejar quando se verifica que foi, em grande parte, lastreada por preceitos religiosos e deixou de fora o artigo 327¹⁶ também do Código Penal, o qual vem a tratar sobre suicídio assistido.

Tal necessidade fica clara nos esclarecimentos de votos dos magistrados Jorge Arango Mejia e Carlos Gaviria Diaz, conforme excerto abaixo:

Esclarecer voto Julgamento C - 239 / 97

ASSISTÊNCIA AO SUICÍDIO - Necessidade de estender a interpretação permissiva / **DOENTE NÃO TERMINAL** - Possibilidade de optar por uma morte digna (Esclarecimento da votação)

A decisão da Corte sobre homicídio piedoso constitui um importante desenvolvimento da Carta, em questões relativas à dignidade da pessoa, sua autonomia moral e a obrigação do Estado de proteger a vida. Acreditamos, é claro, que a interpretação permissiva deveria ter sido estendida ao “auxílio ao suicídio” referido no artigo 327 do Código Penal, conforme proposto no projeto de decisão. Além disso, que a opção legítima para a morte não deveria ter sido restrita ao paciente “terminal” (restrição que não foi feita no artigo), uma vez que existem casos dramáticos de pacientes não “terminais”, como quadriplégicos, por exemplo. , que devem entender a possibilidade de optar por uma morte digna, se julgarem seu sofrimento esmagador.

Referência: dente Expe D - 1490

Pedido de inconstitucionalidade contra o artigo 326 do Decreto 100 de 1980 - Código Penal -.

É óbvio que as decisões de uma corporação deliberativa, como o Tribunal Constitucional, são o resultado de um debate e, se possível, de um consenso. Em nossa opinião, a decisão da Corte sobre homicídio piedoso constitui um importante desenvolvimento da Carta, em questões relativas à dignidade da pessoa, sua autonomia moral e a obrigação do Estado de proteger a vida. Acreditamos, é claro, que a interpretação permissiva deveria ter sido estendida ao “auxílio ao suicídio” referido no artigo 327 do Código Penal, conforme proposto no projeto de decisão. Além disso, que a opção legítima pela morte não deveria ter sido restrita à condição “terminal” (restrição que não foi feita no artigo), uma vez que existem casos dramáticos de pacientes não “terminais”, como os quadriplégicos, por exemplo, para aqueles que devem entender a possibilidade de optar por uma morte digna, se julgarem seu crescimento esmagador .

Tais discrepâncias são significativas, mas estão subordinadas ao acordo alcançado em torno da tese central que informa a sentença.

Data ut supra.

¹⁶ **Artigo 327. INDUÇÃO OU AJUDA DE SUICÍDIO.** Qualquer pessoa que efetivamente induza outra pessoa ao suicídio, ou lhe empreste efetiva assistência para a realização de uma realização, ficará presa por dois a seis anos.

Então, entende-se que além da possibilidade aventada de se regulamentar a eutanásia naquele país, poder-se-ia ter ido adiante e revisto a norma que pune o apoio material ao suicídio assistido nos casos de doentes terminais, os quais continuam sendo criminalizados pela lei.

5. Uruguai

Com sua ideia vanguardista, é justo imaginar que o Código Penal Uruguaio seja o primeiro no mundo a abordar a questão de abreviamento da vida sem o viés ideológico tão presente nos dias atuais.

Consoante nos ensina José Goldim (1997), a norma daquele país promulgada em 1933 já trazia entre seus dispositivos o instituto do “homicídio piedoso” inscrito em seu artigo 37, sendo abordado em capítulo concernente às **causas de impunidade**, senão vejamos:

Artigo 37. (Do homicídio piedoso) Os juízes têm o poder de exonerar o sujeito de registro honroso, autor de um homicídio, **praticado por motivos de misericórdia, mediante repetidos pedidos da vítima**. (URUGUAI, 1933, *tradução livre, grifo nosso*)

Conforme infere-se do excerto acima, é facultado aos juízes daquele país exonerar um indivíduo que tenha cometido um homicídio, desde que atendidos os requisitos previstos no dispositivos, quais sejam: 1) possuir um registro honroso (bons antecedentes); 2) o praticar por misericórdia à vítima; 3) a vítima ter solicitado reiteradas vezes o mesmo pedido.

Destarte, verifica-se que a Lei holandesa¹⁷ que trata do tema possui muita semelhança ao texto legal uruguaio haja vista que aquela, assim como essa, visa a não punibilidade do agente que se propõe ao procedimento eutanásico, desde que

¹⁷ Lei relativa ao término da vida a pedido e do auxílio ao suicídio.

cumpridos os requisitos estabelecidos no dispositivo e não a uma autorização deliberada ao procedimento.

Ainda, quanto ao suicídio assistido, o Código Penal Uruguaio segue o mesmo padrão de seu vizinho latino, a Colômbia, vedando peremptoriamente qualquer possibilidade, consoante disposição do artigo 315 daquele diploma, conforme excerto abaixo:

Artigo 315. (Determinação ou auxílio ao suicídio) Quem determinar que outro cometa suicídio ou ajude-o, se ocorrer a morte, será punido com seis meses de prisão a seis anos de prisão.

Esse valor máximo pode ser excedido até o limite de doze anos, quando o crime é cometido em relação a uma criança com menos de dezoito anos, ou um sujeito de inteligência ou deprimido por doença mental ou abuso de álcool ou uso de estupefacientes. (URUGUAI, 1933, *tradução livre*)

Conforme exposto, diferentemente a previsão do “homicídio piedoso” o suicídio assistido não é tolerado e não há alternativa de perdão judicial ao agente ativo.

Abaixo é apresentado um quadro comparativo das legislações alienígenas.

CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS PELO MÉDICO	HOLANDA		BÉLGICA		LUXEMBURGO		COLÔMBIA		URUGUAI	
	EUTANÁSIA	SUICÍDIO ASSISTIDO	EUTANÁSIA	SUICÍDIO ASSISTIDO	EUTANÁSIA	SUICÍDIO ASSISTIDO	EUTANÁSIA	SUICÍDIO ASSISTIDO	EUTANÁSIA	SUICÍDIO ASSISTIDO
REGULAMENTADA POR LEI ESPECÍFICA	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✗
APENAS MÉDICOS PODEM SER RESPONSÁVEIS PELO PROCEDIMENTO	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✗
O MÉDICO PODE RECUSAR-SE A PRATICAR O ATO ALEGANDO OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✗
a) <i>Solicitação voluntária do paciente</i>	✓	✓	✓	✗	✓	✓	***	✗	✓	✗
b) <i>Sofrimento impossível e insuportável para o paciente</i>	✓	✓	✓	✗	✓	✓	***	✗	***	✗
c) <i>O paciente foi informado sobre sua situação e perspectivas</i>	✓	✓	✓	✗	✓	✓	***	✗	***	✗
d) <i>Convicção do paciente de que não haviam alternativas razoáveis à sua situação</i>	✓	✓	✓	✗	✓	✓	***	✗	***	✗
e) <i>Consultou um médico independente que atendeu o paciente e confirmou os critérios acima</i>	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✗
POSSIBILIDADE A PACIENTE MENOR DE 18 ANOS	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✓	✗
DESPENALIZA A PRÁTICA DO "HOMICÍDIO PIEDOSO"	***	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✓	✗

Tabela 2 - Quadro comparativo das legislações alienígenas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se iniciou o trabalho de pesquisa, constatou-se que no Brasil vigoram dois princípios basilares insculpidos em nossa Constituição os quais em inúmeras oportunidades são tratados como se fossem pertencentes a hierarquias distintas no ordenamento pátrio, quais sejam: direito a vida e; dignidade da pessoa humana. O primeiro sempre sobrepujando o segundo, e por este motivo torna-se importante o estudo da *Abreviação da vida e o conflito ético-jurídico na decisão de abreviação da vida de pacientes terminais no Brasil*.

Diante desse quadro desequilibrado da hermenêutica brasileira, a pesquisa apresentou como objetivo geral suscitar discussão com o objetivo de futura descriminalização da abreviação da vida, de modo que seja superado o entendimento até agora predominante de que o princípio do direito à vida deva se sobrepor ao princípio da dignidade da pessoa humana.

O tema - abreviação da vida - é tabu na sociedade ocidental sacralizada e o direito a vida apresenta os defensores mais aguerridos, em termos de princípios. Contudo, consoante a mesma hierarquia de ambos os princípios em comento, é imperiosa a necessidade de sopesá-los quando diante do caso concreto para que o paciente, o clínico e o jurídico, receba do Estado a justiça dignificante que almeja.

Ficou demonstrado que a legislação pátria pune de forma bastante rígida as motivações altruísticas do homicídio e suicídio, assim como não considera a convicção do paciente a se negar de receber tratamento clínico, tipificando o caso como omissão de socorro e punindo o médico.

Estes casos ao serem analisados à luz do conflito principiológico já citado, corroboram a teoria apresentada uma vez que a dignidade do paciente é considerada secundária à “obrigatoriedade do direito a vida”.

Isto posto, com fulcro a introduzir uma discussão sobre a abreviação da vida em solo brasileiro, foram apresentados casos de legislações alienígenas que buscam regulamentar ou, senão remediar em favor do paciente a luta por dignidade ao fim da vida quando aqueles encontram-se em estágio terminal e fragilizados física e psicologicamente pela lida diária contra a enfermidade.

Foram identificados bons exemplos de legislações que tratam do caso de abreviação da vida, como a Holanda, na qual o paciente pode requerer o procedimento a partir dos 12 anos e o médico-agente deverá atender a uma série de critérios¹⁸; ou o Grão-Ducado de Luxemburgo que produziu duas normas que atendem de forma abrangente as diversas características de abreviação da vida.

Assim como ocorreu na Bélgica, onde o processo de regularização decorreu do entendimento que a legislação daquele país precisava se adequar aos novos tempos, também foi desejado como objetivo deste trabalho a sensibilização dos legisladores pátrios para o tema e a sua regulamentação.

Todavia, a partir da análise dos projetos de lei que tramitam no Senado Federal, constata-se que amiúde as Casas Legislativas não tem sido capazes de boa produção normativa o que se traduz em um mau agouro no tocante a uma regulamentação a curto ou médio prazo que atenda ao objetivo principal do trabalho.

Partiu-se da hipótese de que o Brasil possui uma legislação paternalista e retrógrada porque dentre diversos fatores de poder a religião ainda apresenta grande força na sociedade e “dita comportamentos” que deveriam já ser revestidos da laicidade e guiados por ditames científicos.

Então, durante o desenvolvimento do trabalho verificou-se que, além da não evolução da lei penal no tocante à dignidade da pessoa humana, as poucas tentativas de modernização legislativa partidas do Senado Federal mostraram-se muito mais um compilado das Resoluções emanadas pelo Conselho Federal de Medicina, mas com um nível burocrático que corrobora a hipótese aventada.

¹⁸ Registre-se que os critérios adotados para o procedimento eutanásico na Holanda são empregados quase imutáveis pelos demais países que também regulamentaram a abreviação da vida.

Isto posto, concluiu-se que no “conflito” entre os princípios constitucionais do direito a vida e da dignidade da pessoa humana a valoração se encontra amplamente desequilibrada em favor do primeiro como absoluto em detrimento do segundo que detém mesma hierarquia no direito pátrio e mesmo apelo no direito internacional.

Então, para que se pudesse expressar acerca do tema com propriedade, buscou-se doutrina, decisões de tribunais e legislação pátrias e alienígenas, dados estatísticos de agências internacionais, além de artigos de estudiosos que se debruçaram sobre o enredo da abreviação da vida em suas mais diversas vertentes.

Durante a busca bibliográfica, identificou-se o tabu que é o tema em nossa sociedade pela quase ausência de doutrina que o tratasse, os países que possuem legislações regulamentadoras também têm históricos mais íntimos com a laicidade - assunto que não foi relacionado ao tema principal do trabalho - e os artigos encontrados e que produzem lastro a este trabalho, em sua esmagadora maioria possuem viés acadêmico.

Ademais, por se encontrar ainda em um nível incipiente de desenvolvimento doutrinário os poucos estudiosos do tema desenvolvem suas próprias conceituações sobre as diversas formas de abreviação da vida o que mantém uma miríade de nomenclaturas relativas ao mesmo conceito, com pouco ou nenhuma possibilidade de se encontrar uma “corrente majoritária” tão comum nas áreas do direito.

Assim, para pesquisas futuras quanto ao tema cabe o estudo comparado entre as sociedades cujas legislações dão maior valor à dignidade da pessoa humana em conjunto a laicidade da sociedade.

É relevante destacar que não se opõe ao direito a vida, nem o direito a expressão do credo do indivíduo. Contudo, é fato que o viés religioso se não fundamenta, serve de combustível para balizar as composições legislativas dos países que opõem-se em regulamentar a abreviação da vida, como o Brasil, mesmo tendo a “isonomia literal” principiológica já debatida acima.

O que se busca, é que o princípio universal da dignidade da pessoa humana e o princípio universal do direito à vida, quando confrontados no caso concreto sejam

sopesados em caráter adstrito ao nível científico e não vinculado a dogmas político-religiosos.

Ademais o direito a vida não pode se tornar uma carga para o indivíduo, uma obrigação de viver a todo custo. A dignidade da pessoa humana deve ser respeitada até na hora de sua morte.

8. REFERÊNCIAS

- A BÍBLIA. Rio de Janeiro: Paumape, 1979. 1118 p.
- ASSEMBLÉIA GERAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 35., 1983, Veneza. **Declaração de Veneza sobre o paciente terminal**. Veneza: 1983. 1 p. Disponível em: <<https://www.ghc.com.br/files/DECLARACAO%20DE%20VENEZA.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2019.
- AVANSINI, Carolina. **Brasil não tem qualidade de morte**. 2017. Publicada em: Folha de Londrina - O Jornal do Paraná. Disponível em: <<https://www.folhadelondrina.com.br/reportagem/brasil-nao-tem-qualidade-de-morte-982523.html>>. Acesso em: 25 set. 2019.
- BARBOSA, Gabriella Sousa da Silva; FEDERICO, Losurdo. Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 5, n. 2, p.165-186, 1 maio 2018. ISSN 2359-5639. Quadrimestral. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/rinc.v5i2.52151>>. Acesso em: 11 set. 2019. <<https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/52151>>.
- BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia**: Edição comemorativa do cinquentenário da Faculdade de Direito “Prof. Jacy de Assis”, Uberlândia, v. 38, n. 1, p.235-274, 10 dez. 2010. ISSN 2178-0498. Semestral. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/18530/9930>>. Acesso em: set. 2019.
- BBC Brasil. **Brasil fica entre piores em ranking de tratamentos paliativos a pacientes terminais**. 2015. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/10/151006_estudo_tratamentos_paliativos_hb>. Acesso em: 24 set. 2019.
- BELGISCH. Lei nº 9590, de 28 de maio de 2002. **Loi relative à l'euthanasie**. Bruxelles, le 28 mai 2002. Disponível em: <http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002052837&table_name=loi> . Acesso em: 10 out. 2019.

- BONALUME NETO, Ricardo. Mirra dada a Jesus é analgésico, diz equipe. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 04 jan. 1996. Seção Brasil [versão eletrônica]. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1996/1/04/brasil/28.html>>. Acesso em: 12 set. 2019.
- BRASIL (Estado de São Paulo). **Lei nº 10.241**, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado. São Paulo, SP, 17 mar. 1999. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10241-17.03.1999.html>>. Acesso em: 12 set. 2019.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, de 05 de outubro de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 08 out. 2019.
- BRASIL. **Decreto nº 22.213**, de 14 de dezembro de 1932. Aprova a Consolidação das Leis Penais, da autoria do Sr. Desembargador Vicente Piragibe. Rio de Janeiro, RJ, 14 dez. 1932. Biblioteca digital do STF (Domínio Público). Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/bibliotecadigital/DominioPublico/72115/pdf/72115.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2019.
- BRASIL. **Decreto nº 847**, de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal. Sala das sessões do Governo Provisorio. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/D847.htmimprensa.htm>. Acesso em: 15 out. 2019.
- BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848**, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 11 set. 2019.
- BRASIL. **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Manda executar o Código Criminal. 08 jan. 1831. Registrada a fl. 39 do liv. 1º de Leis. Secretaria de Estado dos Negócios da Justiça em 7 de Janeiro de 1831. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm>. Acesso em: 15 out. 2019.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 07**, de 05 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre os direitos dos pacientes em serviços de saúde; altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para isentar do crime de omissão penalmente relevante a falta de instituição de suporte de vida ou a não realização de tratamento ou procedimento médico recusados; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências, para proibir a reutilização de produtos para a saúde descartáveis. Brasília, DF: Diário Oficial do Senado Federal, 05 fev. 2018. n. 01, p. 747-755. Em tramitação no Senado Federal - Autoria: Senador Pedro Chaves (PSC/MS). Disponível em:

<<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132125>>.

Acesso em: 25 set. 2019.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 149**, de 03 de abril de 2018. Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde. Brasília, DF: Diário Oficial do Senado Federal, 03 abr. 2018. n. 37, p. 985-992. Em tramitação no Senado Federal - Autoria: Senador Lasier Martins (PSD/RS). Disponível em:

<<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>>.

Acesso em: 25 set. 2019.

BRASIL. **Resolução CFM nº 1.805**, de 09 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Brasília, DF, 28 nov. 2006. Seção 01, p. 169-169.

Disponível em:

<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>.

Acesso em: 16 out. 2019.

BRASIL. **Resolução CFM nº 1.995**, de 09 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, DF, 31 ago. 2012. Seção 01, p. 269-270. Disponível em:

<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf>.

Acesso em: 16 out. 2019.

BRASIL. **Resolução CFM nº 2.217/2018**, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF, 01 nov. 2018. Disponível em:

<<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 11 set. 2019.

BRASIL. **Resolução MS nº 41**, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). 225. ed. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 23 nov. 2018. Seção 1, p. 276. ISSN 1677-7042.

Disponível em:

<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESOLUCAO-N41.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2019.

COLOMBIA. Corte Constitucional. **Sentencia nº C-239/97**, Referencia: Expediente D - 1490. Demandante: José Eurípides Parra Parra. Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 326 del decreto 100 de 1980 - Código Penal. Relator: Magistrado Ponente: Dr. CARLOS GAVIRIA DIAZ. Santafé de Bogotá, DC, 20 de maio de 1997. Disponível em:

<<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>>. Acesso em: 14 out. 2019.

COLOMBIA. Corte Plena Constitucional. Homicidio Por Piedad-elementos/homicidio Pietistico O Eutanasico/homicidio Eugenesico nº C. 239/97. Relator: Magistrado

- Carlos Gaviria Díaz. Santafé de Bogotá, D.C., 11 de junio de 1997. **Sentencia C-239/97 Sobre Homicidio Por Piedad-elementos/homicio Pietistico O Eutanásico/homicio Eugenesico**: Salvamento de voto del ex magistrado Vladimiro Naranjo Mesa. Disponível em: <<http://www.lavozdelderecho.com/index.php/docu/item/3553-salvamento-de-voto-del-exmagistrado-vladimiro-naranjo-mesa>>. Acesso em: 10 Set 2019.
- COLOMBIA. **Decreto-Ley nº 100**, de 23 de janeiro de 1980. Por el cual se expide el nuevo Código Penal. Bogotá, D.E., 20 fev. 1980. Diário Oficial nº 35.461. Disponível em: <http://www.minjusticia.gov.co/portals/0/MJD/docs/pdf/codigo_penal_1980.pdf>. Acesso em: 14 out. 1980.
- DOSSI, Alessandro de Araújo. **Eutanásia e seus aspectos gerais e legais perante a lei brasileira**. 2017. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Direito, Faculdade de Direito - Programa de Pós-Graduação, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2017. Disponível em: <<https://www.unimep.br/phpg/bibdig/aluno/visualiza.php?cod=1693>>. Acesso em: 11 set. 2019.
- DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**. tradução Jefferson Luiz Camargo; revisão da tradução Silvana Vieira. - São Paulo: Martins Fontes, 2003. - (Justiça e direito)
- FELIX, Criziany Machado. **Eutanásia: reflexos jurídico-penais e o respeito à dignidade da pessoa humana ao morrer**. 2006. 241 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/4758>>. Acesso em: 14 out. 2019.
- GIACOMOLLI, Lucas. **Direito à morte digna**. 2015. 75 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharelado em Direito, Universidade do Vale do Taquari - Univates, Lajeado, 2015. Disponível em: <<https://www.univates.br/bdu/handle/10737/1435?mode=full>> . Acesso em: 11 set. 2019.
- GOLDIM, José Roberto. **Eutanásia - Colombia**. 2018. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/eutacol.htm>>. Acesso em: 14 out. 2019.
- GOLDIM, José Roberto. **Eutanásia - Luxemburgo**. 2014. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/eutalux.html>>. Acesso em: 10 out. 2019.
- GOLDIM, José Roberto. **Eutanásia - Uruguai**. 1997. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/eutanuru.htm>>. Acesso em: 14 out. 2019.
- LEITE, George Salomão. **A morte e o direito [recurso eletrônico]: há um direito de morrer dos pacientes terminais?** - 1. ed. - Florianópolis [SC]: Tirant Lo Blanch, 2018.

LUXEMBOURG. **Loi du 16 mars 2009**, relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant: 1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat; 3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux; 4. le Code du travail. Luxemburgo, 16 mar. 2009. Disponível em: <<http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n1/jo>>. Acesso em: 10 out. 2019.

LUXEMBOURG. **Loi du 16 mars 2009**, sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Luxemburgo, 16 mar. 2019. Disponível em: <<http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>>. Acesso em: 12 out. 2019.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [*recurso eletrônico*]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. - 5. ed. - Dados eletrônicos. - Porto Alegre: Artmed, 2014.

MOLINARI, Mario. **Eutanásia**: análise dos países que permitem. 2014. Disponível em: <<https://mariomolinari.jusbrasil.com.br/artigos/116714018/eutanasia-analise-dos-paises-que-permitem>>. Acesso em: 10 out. 2019.

NEDERLAND. **Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding**, wet van 12 april 2001, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding). Nederland, 12 april 2001. Disponível em: <<https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2018-08-01/>>. Acesso em: 10 out. 2019.

NEDERLAND. **Wetboek van Strafrecht**, wet van 3 maart 1881. Nederland, 3 maart 1881. Disponível em: <<https://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/2019-08-01>>. Acesso em: 10 out. 2019.

ONU, Organização da Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>> . Acesso em: 08 out. 2019.

PRUDENTE, Amanda Juncal; BORCHART, Carolina Bombonato. A morte digna como direito fundamental. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p.118-140, 5 fev. 2019. Conselho Nacional de Pesquisa e Pos-Graduacao em Direito - CONPEDI. <http://dx.doi.org/10.26668/indexlawjournals/2525-9695/2018.v4i2.5044>. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/330978025_A_MORTE_DIGNA_COMO_DIREITO_FUNDAMENTAL>. Acesso em: 11 set. 2019.

- RIBEIRO, Diaulas Costa. **Eutanásia: Viver bem não é viver muito.** 1998. Direito Médico e Biodireito. Disponível em: <http://www.diaulas.com.br/artigos.asp?id=209&p_ch>. Acesso em: 19 set. 2019.
- ROBATTO, Waldo. **Eutanásia: sim ou não? Aspectos bioéticos.** Curitiba: Instituto Memória, 2008. 128 p.
- SANTANA, Raquel Santos de. **A dignidade da pessoa humana como princípio absoluto.** 2010. Disponível em: <<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/5787/A-dignidade-da-pessoa-humana-como-principio-absoluto>> . Acesso em: 08 out. 2019.
- SARLET, Ingo Wolfgang. **Uma Constituição aberta a outros Direitos Fundamentais?** 2015. In Revista **Consultor Jurídico**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2015-mar-13/direitos-fundamentais-constituicao-aberta-outros-direitos-fundamentais>>. Acesso em: 08 out. 2019.
- UN, United Nations Development Programme. **Human Development Report 2016: Human Development for Everyone.** New York: Ny, 2016. 286 p. Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/relatorios-de-desenvolvimento-humano/rdhs-globais.html>> . Acesso em: 08 out. 2019.
- URUGUAY. **Ley nº 9.155**, de 04 de dezembro de 1933. Código Penal. No fue publicado. Disponível em: <https://parlamento.gub.uy/sites/default/files/CodigoPenal2014-02.pdf?width=800&height=600&hl=en_US1&iframe=true&rel=nofollow>. Acesso em: 15 out. 2019.
- VARALLI, Janaina Thais Daniel. **A morte digna, direito fundamental.** 2017. 186 f. Tese (Doutorado) - Curso de Direito, Programa de Estudos Pós-graduados em Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/20718?mode=full>>. Acesso em: 11 set. 2019.
- VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 1, p.61-83, 2008. ISSN: 1983-8042. Trimestral. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_%20bioetica/article/viewFile/56/59>. Acesso em: 11 set. 2019.
- WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers.** Geneva, 2018. 88 p. (Integrating palliative care and symptom relief into primary health care). Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 12 set. 2019.

WIKIPÉDIA. **A Morte de Ivan Ilitch**. 2019. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/A Morte de Ivan Ilitch](https://pt.wikipedia.org/wiki/A_Morte_de_Ivan_Ilitch)>. Acesso em: 25 out. 2019.

WIKIPÉDIA. **Memórias Póstumas de Brás Cubas**. 2019. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Mem%C3%B3rias P%C3%B3stumas de Br%C3%A1s Cubas](https://pt.wikipedia.org/wiki/Mem%C3%B3rias_P%C3%B3stumas_de_Br%C3%A1s_Cubas)>. Acesso em: 25 out. 2019.

WIKIPÉDIA. **Seppuku**. 2019. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Seppuku>>. Acesso em: 26 set. 2019.

APÊNDICE A

PROJETO DE PESQUISA

ABREVIÇÃO DA VIDA

O CONFLITO ÉTICO-JURÍDICO NA DECISÃO DE ABREVIÇÃO DA VIDA DE PACIENTES TERMINAIS NO BRASIL

Claudio Franco de Brito
Matrícula: 201540401044
Faculdade de Direito, UNIFESSPA
claudio_brito_fis@hotmail.com

1. DELIMITAÇÃO DO TEMA

Etimologicamente, a palavra Eutanásia se origina das expressões gregas “eu”, que significa bom e “*thanatos*”, morte. Esse procedimento se caracterizaria como sendo a boa morte ou o doce findar da vida, condicionado a não existência de sofrimento de natureza física ou moral. O termo foi cunhado pelo filósofo Francis Bacon, em 1623, buscando expressar o tratamento adequado a doenças incuráveis.¹

A Declaração sobre a eutanásia, da Sagrada Congregação para Doutrina da Fé (05/05/1980), é um documento importante que diz o seguinte a respeito da eutanásia: “Por eutanásia, entendemos uma ação ou uma omissão que, por natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar toda a dor. A eutanásia situa-se, portanto, no nível das intenções e no nível dos métodos empregados”.²

¹ ADONI, André Luiz. **Bioética e Biodireito: Aspectos Gerais sobre Eutanásia e o Direito a Morte Digna**. Revista dos Tribunais. São Paulo, ano 9, v. 818, 2003.

² SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para Morrer: eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos**. 2a. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015. 218p.

A eutanásia é uma forma de tratamento que tem o objetivo de cessar o sofrimento de pacientes portadores de moléstias diagnosticadas como incuráveis associada a uma situação de sofrimento físico e psicológico e garantir a eles uma morte mais humanizada.

Nesta prática, o agente, movido por compaixão à situação clínica irreversível do paciente, antecipa sua morte evitando assim que aquele passe por mais sofrimento.

É uma morte assistida, mas difere da ortotanásia e do suicídio assistido.

Em algumas culturas, sacrificavam-se idosos, débeis e enfermos que representavam um estorvo para a vida em coletividade, em uma espécie de seleção natural.³

Na Índia antiga, o portador de doença incurável “era conduzido por sua família às margens do Ganges e, enchendo-lhe a boca e o nariz com o lodo sagrado, o jogavam ao rio”, e “entre os hebreus se guardava certa consideração aos condenados à morte, até o ponto de preparar-lhes bebidas que fizessem menos dolorosa sua execução, e talvez, com este sentido eutanásico, dessem ao Nosso Senhor Jesus Cristo o vinho misturado com fel”.⁴

Segundo Hartmann (2010, p.118), o princípio da autonomia é como princípio informador do agir médico, a autonomia aponta para o direito de autodeterminação do paciente, ao reconhecer e privilegiar sua vontade.

2. PROBLEMATIZAÇÃO

No Brasil a prática de abreviação da vida, embora não seja tipificada como crime, é enquadrada, por analogia ao homicídio (CP, art. 121)⁵ e os agentes que se propõe a efetivá-la mesmo movidos por sentidos altruístas, sofrem os rigores da lei.

Destarte, o agente poderá ter considerado a seu favor o atenuante do instituto do homicídio privilegiado, previsto no mesmo diploma (CP, art. 121, § 1º)⁶. Todavia, é apenas

³ RÖHE, Anderson. **O paciente terminal e o direito de morrer**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. 134 p.

⁴ RAMOS, Augusto César. **Eutanásia: Aspectos éticos e jurídicos da morte**. Florianópolis: OAB. SC Editora, 2003.

⁵ Art. 121. Matar alguém: Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

⁶ **§ 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.

uma possibilidade que será apreciada pelo juízo na análise do caso concreto e, de toda sorte, ainda não será o caso ideal já que ao agente continuará sendo imputado o fato criminoso.

No caso da ortotanásia, esse método já é aceito pelo Conselho Federal de Medicina desde 2010. Já o caso de suicídio assistido também é enquadrado como crime (CP, art. 122)⁷, e este ganha contornos ainda mais complexos de acordo com a relação entre agente e paciente.

A autora Santos (1998) enuncia a obrigatoriedade do profissional da saúde e do investigador, de promover o bem do paciente e se baseia na regra da confiabilidade: “No Código de Ética Médica, no artigo 2º, evidencia este princípio, dispõe que: “o alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional”. Nos casos de pacientes em fase terminal a utilização de tratamentos terapêuticos para tão somente prolongar a vida, a fim de evitar danos previsíveis, tem estado ao lado deste princípio.”.

É certo que podem ser construídos roteiros interpretativos e formulados procedimentos padrões. Todavia, a delicadeza da matéria requer mais. Mais diálogo, mais debate democrático e, especialmente, construção de políticas públicas. [...]. Considerando-se as suas limitações de alcance normativo subjetivo (apenas os profissionais da medicina) e as suas limitações quanto à delegação normativa, acaba por traçar caminhos inseguros. (LOPES JUNIOR, 2014).

2.1. Hipótese

A forma como é encarado o princípio do “direito à vida” cria uma distorção quando, neste caso, enfrenta o princípio da “dignidade humana”.

Ora, não se pode alegar que o primeiro será absoluto se o paciente terminal é mantido com sua “dignidade humana” minorada, haja vista que seu sofrimento é vilipendiado para que seu “direito à vida” seja mantido intocado.

⁷ **Art. 122.** Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça: **Pena** - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave. **Parágrafo único** - A pena é duplicada: **I** - se o crime é praticado por motivo egoístico; **II** - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.

Destarte, não se pode desconsiderar a dor causada aos familiares e até outras pessoas, que por pura empatia, conseguem ver a descabida racionalização de uma norma frente a justiça do caso concreto.

Desta forma, entende-se que a legislação pátria se encontra defasada e em franco descompasso ao direito que privilegia a dignidade da pessoa humana.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

O presente projeto tem o objetivo de discutir a descriminalização da morte assistida no direito pátrio haja vista que a adoção, até agora vigente, da proteção incontestável à vida também é causa de dor e sofrimento, físico e psicológico, aos pacientes terminais e seus familiares e o direito, enquanto guardião da justiça na sociedade, não pode se furtar ao debate.

3.2. Específicos

- a) Discutir a autorização à abreviação da vida no Brasil;
- b) Sensibilizar os legisladores a promover uma legislação aplicada ao tema.

4. METODOLOGIA

Diante do tema a ser estudado, qual seja Biodireito e Bioética, o referencial teórico se encontra espalhado em uma miríade de leis esparsas e não codificadas.

Não obstante, a doutrina também é incipiente nas áreas, senão por correlação a assuntos mais sedimentados.

Assim, o objetivo maior é o estudo de toda essa parcela do direito, voltada à área do Biodireito, a fim de que se possa atualizar o conhecimento como forma de aprimorar a aplicação das legislações em matéria tão delicada.

4.1. Métodos

Método de análise crítica da legislação pátria: A presente obra intenta analisar o descompasso presente na legislação atual em relação ao caso de abreviação da vida. A atual situação é controversa por apresentar norma que tipifica por analogia ao homicídio o agente que efetiva ao ato de abreviação da vida do paciente terminal.

4.2. Técnica

Qualitativa. Utilizar como base de pesquisa as legislações pátrias a fim de detectar os elementos que demonstrem a distorção desta com o direito contemporâneo.

4.3. Área Geográfica da Pesquisa

Âmbito nacional

4.4. Campo de Conhecimento

Estudo do Biodireito e da Bioética

4.5. Material

Utilizar-se-á livros, artigos, decisões, precedentes e demais arcabouços correlatos.

4.6. Referencial Teórico

André Luiz ADONI, Ivair Alberto Martins HARTNANN, Dalmir LOPES JR, Vanessa IACOMINI, Augusto César RAMOS, Maria de Fátima Freire de SÁ, Diogo Luna MOUREIRA, Maria Celeste Cordeiro Leite SANTOS

5. CRONOGRAMA

ETAPAS (ANO/2018)	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
Levantamento bibliográfico	X								
Fichamentos de textos		X	X						
Organização e sistematização do material			X						
Confecção do primeiro capítulo				X					
Confecção do segundo capítulo					X				
Confecção do terceiro capítulo						X			
Revisão ortográfica							X		
Análise da monografia pelo orientador							X		
Revisões sugeridas								X	
Defesa da monografia									X

REFERÊNCIAS

- ADONI, André Luiz. Bioética e Biodireito: Aspectos Gerais sobre Eutanásia e o Direito a Morte Digna. Revista dos Tribunais. São Paulo, ano 9, v. 818, 2003.
- BRASIL. Constituição (1940). Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro, RJ: Diário Oficial da União, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Decreto-Lei/Del2848.htm>. Acesso em: 12 dez. 2018.
- HARTNANN, Ivair Alberto Martins. O direito de autodeterminação do paciente. Revista da Ajuris, ano 37, n. 118. Porto Alegre: Ajuris, 2010.
- LOPES JR, Dalmir; IACOMINI, Vanessa (Org.). Bioética e Biodireito - fim da vida. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2015. v. 1. 188p.
- RAMOS, Augusto César. Eutanásia: Aspectos éticos e jurídicos da morte. Florianópolis: OAB. SC Editora, 2003.
- RÖHE, Anderson. O paciente terminal e o direito de morrer. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. 134 p.
- SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. Autonomia para Morrer: eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos. 2a. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015. 218p.
- SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **O equilíbrio de um Pêndulo a Bioética e a Lei: Implicações Médico-legais**. São Paulo: Ícone Editora. 1998.

DECLARAÇÃO DE AUTORIA¹

Discente: **CLAUDIO FRANCO DE BRITO**

CPF: [REDACTED]

Código de matrícula: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

e-mail: [REDACTED]

Curso: **Direito Bacharelado**

Disciplina: **Monografia Jurídica I**

Orientador (se aplicável): **Prof. Dr. Jorge Luís Ribeiro dos Santos**

Título/subtítulo do trabalho: **Abreviação da vida: O conflito ético-jurídico na decisão de abreviação da vida de pacientes terminais no brasil**

Declaro, para os devidos fins, que

1. Estou ciente de que pratica plágio o estudante que, dentre outras coisas:²

¹ A presente declaração de autoria foi desenvolvida a partir do uso de elementos constantes em diversos modelos de declarações de autoria, a saber: declaração de autoria da Universidade Federal Tecnológica do Paraná (<<http://www.utfpr.edu.br/curitiba/estrutura-universitaria/diretorias/dirgrad/departamentos/quimica-e-biologia/graduacao/tecnologia-em-processos-ambientais/tcc/tcc2/tcc2-declaracao-autoria>>); declaração de autoria do Instituto Federal de Tocantins (<<http://www.gurupi.ifto.edu.br/ensino/cursos/superiores/licenciatura/artes-cenicas/arquivos/arquivos-de-tcc/declaracao-de-autoria-de-trabalho1.odt>>); declaração de autoria da Universidade de Oxford, Reino Unido (<<https://www.ox.ac.uk/students/academic/guidance/skills/plagiarism7wssM>>); declaração de autoria desenvolvida pelo sítio Plagio.Net (<http://www.plagio.net.br/download/declaracao_de_autoria.zip>); declaração de autoria da Universidade Estadual de Londrina (<<http://www.uel.br/cef/demh/especializacao/doc/declara.pdf>>); declaração de autoria da Universidade de Coimbra, Portugal (<http://www.uc.pt/feuc/eea/mestrados/Documentos/Declaracao_Autoria>); declaração de autoria da Universidade do Cabo, África do Sul (<http://www.uct.ac.za/downloads/uct.ac.za/about/policies/plagiarism_students.pdf>). Todos os documentos foram acessados em 06/10/2016.

² A definição de plágio utilizada nessa normativa é uma versão modificada do disposto no art. 13 do Regulamento n.º 288/2012 - Regulamento Disciplinar dos Estudantes da Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://www.uc.pt/regulamentos/ga/vigentes/regulamento_disciplinar_dos_estudantes_da_uc.pdf> (acesso em 06/10/2016).

- a) no âmbito de um trabalho para uma unidade curricular, de um relatório de estágio ou projeto, de um trabalho de conclusão de curso, dissertação de mestrado ou tese de doutorado pretende fazer passar por seu o trabalho de outrem. Concretamente, considera-se plágio a reprodução de obra alheia e a submissão da mesma como trabalho próprio ou quando há a inclusão, em trabalho próprio, de ideias, textos, tabelas ou ilustrações (quadros, figuras, gráficos, fotografias, retratos, lâminas, desenhos, organogramas, fluxogramas, plantas, mapas e outros) transcrito de obras de terceiros sem a devida e correta citação da referência;
 - b) Apresenta trabalho de outrem, alterando a ordem ou alguns termos, como se fosse um trabalho próprio;
 - c) Compra ou utiliza um texto escrito por outrem e o apresenta como se fosse original;
 - d) Copia e cola textos de um livro, artigo ou da web, introduzindo-os no trabalho próprio, sem citar e identificar a fonte de informação;
 - e) O estudante que assina um trabalho de grupo sem que tenha contribuído para a sua realização;
 - f) O estudante que, para nova avaliação, utiliza, parcial ou totalmente, um trabalho que já foi avaliado e classificado no âmbito de outra unidade curricular, quando é exigido que o trabalho apresentado seja original;
 - g) O estudante que, para realizar o seu trabalho, utiliza dados parcial ou totalmente forjados;
 - h) O estudante que fornece, a título gratuito ou pago, um trabalho que sabe que outro vai apresentar, total ou parcialmente, como seu.
2. Estou ciente do conteúdo normativo do art. 184 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848/1940), que tipifica o crime de violação de direitos autorais.
 3. Estou ciente do conteúdo da normativa interna da Faculdade de Direito da UNIFESSPA, que dispõe sobre o conceito de plágio, prevê penalidades aplicadas aos discentes em caso de plágio e adota a Declaração de Autoria.

4. Estou ciente de que a prática de plágio poderá implicar minha reprovação na disciplina para a qual o trabalho é apresentado e que, em acréscimo, poderei ser responsabilizado criminalmente pela prática do crime de violação de direitos autorais.
5. O presente trabalho é de minha autoria e de minha inteira responsabilidade.
6. Não há qualquer plágio no trabalho entregue.
7. O conteúdo deste trabalho é original e não foi entregue a nenhuma outra disciplina ou curso.
8. Afirmando que para realizar este trabalho acadêmico, usei as normatizações pertinentes da ABNT que disciplinam a apresentação de citações, referências e trabalhos acadêmicos.
9. Eu não permitirei a ninguém copiar o meu trabalho com a intenção de passá-lo como se fosse seu.

Local e data: *Marabá/Pa, 30 de outubro de 2019.*

Assinatura do discente: _____