

FUNDAÇÃO DE ENSINO “EURÍPEDES SOARES DA ROCHA”
CENTRO UNIVERSITÁRIO EURÍPEDES DE MARÍLIA- UNIVEM
CURSO DE DIREITO

MILTON MARCHIOLI

**Eutanásia – Legalidade ou Ilegalidade?
Reflexões necessárias do Século XXI**

MARÍLIA
2014

MILTON MARCHIOLI

Eutanásia – Legalidade ou Ilegalidade ?
Reflexões necessárias do Século XXI

Trabalho de Curso apresentado ao Curso de Direito da Fundação de Ensino “Eurípedes Soares da Rocha”, mantenedora do Centro Universitário Eurípedes de Marília - UNIVEM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora:
Prof.^a DANIELA RAMOS MARINHO
GOMES

MARÍLIA
2014

Marchioli, Milton

Eutanásia – Legalidade ou Ilegalidade? Reflexões necessárias do Século XXI / Milton Marchioli;

orientador: Daniela Ramos Marinho Gomes. Marília, SP: [s.n.], 2014.
145f.

Trabalho de Curso (Graduação em Direito) - Curso de Direito
Fundação de Ensino “Eurípides Soares da Rocha”, mantenedora do
Centro Universitário Eurípides de Marília –UNIVEM, Marília, 2014.

1. Eutanásia 2. Resoluções do Conselho Federal de Medicina 3. Código Penal e Eutanásia 4. Legislação alienígena e eutanásia 5. Projetos de Lei sobre ortotanásia

CDD: 341.5561



FUNDAÇÃO DE ENSINO "EURÍPIDES SOARES DA ROCHA"

MANTENEDORA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO EURÍPIDES DE MARÍLIA – UNIVEM
Curso de Direito

Milton Marchioli

RA: 42445-5

Eutanásia - Legalidade ou Ilegalidade? - Reflexões Necessárias do Século
XXI

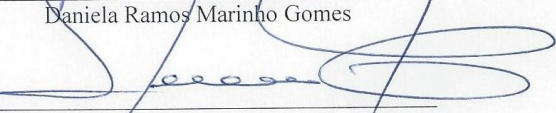
Banca examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Programa de Graduação em Direito da UNIVEM, F.E.E.S.R, para obtenção do Título de Bacharel em Direito.

Nota: 10

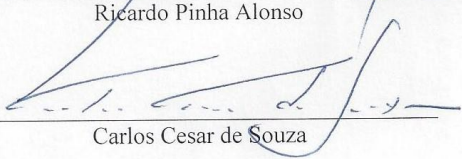
ORIENTADOR(A):


Daniela Ramos Marinho Gomes

1º EXAMINADOR(A):


Ricardo Pinha Alonso

2º EXAMINADOR(A):


Carlos Cesar de Souza

Marília, 03 de dezembro de 2014.

*Ao Senhor Jesus Cristo, pelo esplendor da
vida, presente em todas as atividades do meu
dia a dia;*

Aos amigos pelo incentivo;

*À minha esposa Alda, e ao meu filho
Manassés;*

*Aos doentes terminais que insistem em viver,
e quando a morte é inexorável, desejam morrer
dignamente nos leitos hospitalares, asilos ou
em suas casas.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Senhor Jeová, acima de tudo.

Agradeço a minha orientadora, professora Daniela Ramos Marinho Gomes, pelo estímulo e auxílio prestados na reta final da graduação.

Agradeço, também, à minha família, porto seguro em todos os momentos da minha vida.

Agradeço as manifestações de carinho e apreço, recebidas de todos os colegas da Fundação de Ensino “Eurípides Soares da Rocha”, os quais foram os artifícios e a luz inspiradora, para o sucesso deste trabalho.

Por fim, mas não menos importante, agradeço aos meus amigos, pela compreensão e encorajamento ao longo deste trabalho acadêmico.

Sinceramente, muito obrigado.

“Ao contrário do que se costuma dizer a morte não é toda igual, o que é igual é estar morto”.

José Saramago

MARCHIOLI, Milton. **Eutanásia: legalidade ou ilegalidade? Reflexões necessárias do Século XXI**. 2014. 145f. Trabalho de Curso (Bacharelado em Direito) – Centro Universitário Eurípides de Marília, Fundação de Ensino “Eurípides Soares da Rocha”, Marília, 2014.

RESUMO

A presente monografia tem como objeto de estudo discutir a legalidade ou ilegalidade da Eutanásia e sua reflexão no Século XXI. Em análise crítico-reflexiva da Eutanásia no ordenamento jurídico-penal pátrio, bem como de outros países, se avalia a sua repercussão na bioética: vida e morte dignas. Para a adequada compreensão da problemática envolvendo a normatização do tema no Código Penal, efetua-se uma análise de tentativas de reformas do mesmo nos anos de 1984, 1998 e 2012. Traz-se a lume considerações médicas sobre a estipulação do momento da morte biológica e cerebral, e os Princípios Bioéticos suscitados diante da Eutanásia. O Conselho Federal de Medicina por meio de Resoluções, em respeito ao Princípio da Autonomia do doente, assegura a efetividade das Diretivas Antecipadas de Vontade e a aplicação da Ortotanásia na práxis médica do Brasil. Devido ao embate entre valores constitucionalmente resguardados, intrínseco à discussão abordada, é efetuada, também, uma ponderação acerca do confronto entre o princípio da indisponibilidade da vida e o princípio da dignidade humana nos casos de doenças em doentes terminais.

Palavras-chave: Eutanásia. Vida digna. Morte digna. Indisponibilidade da vida. Diretivas Antecipadas de Vontade. Ortotanásia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1 – BIOÉTICA	12
1.1 Considerações sobre a morte	12
1.2 A vida sob a perspectiva da medicina.....	18
1.2.1 O Direito à Vida sob a perspectiva da Constituição Federal	20
1.2.2 O Direito à Vida Digna sob a perspectiva da Constituição Federal	24
1.3 A Relação Médico-Paciente e Autonomia	29
1.3.1 A Relação Médico-Paciente	29
1.3.2 Autonomia	31
CAPÍTULO 2- CONCEITOS E RESOLUÇÕES DO CFM	40
2.1 Eutanásia	40
2.2 Distanásia	47
2.3 Ortotanásia	50
2.4 Testamento Vital e Diretivas Antecipadas de Vontade	55
2.5 Cuidados Paliativos	59
2.6 Resoluções do Conselho Federal de Medicina	66
2.6.1 Resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina	66
2.6.2 Resolução 1931/ 2009 - Código de Ética Médica	70
2.6.3 Resolução 1995/ 2012 do Conselho Federal de Medicina	71
CAPITULO 3 – DIREITO PENAL- EUTANÁSIA E ORTOTANÁSIA	76
3.1 Eutanásia e o Direito Penal	76
3.2 O Suicídio Assistido e o Direito Penal	85
3.3 A Eutanásia no Direito Estrangeiro	86
3.4 Projetos de Lei para regulamentação da Ortotanásia	96

CONCLUSÕES	104
REFERÊNCIAS	110
ANEXOS.....	122

INTRODUÇÃO

A eutanásia é amplamente discutida por séculos em faculdades e universidades, sendo avaliada em fontes de informações históricas, bioéticas, sociológicas, religiosas e jurídicas, já que por ser tema controverso e midiático, há defensores e opositores de sua aplicação.

Os passos da humanidade atingem locais nunca antes imaginados.

A luta pelo direito de morrer é um destes locais *sui generis*.

Apesar do avanço da ciência, e se auscultarmos mais atentamente a realidade sociológica atual, certamente entende-se a complexidade e a profundidade desse tema.

A eutanásia, distante de ser um acontecimento próprio da sociedade, apenas ganha novo espaço frente a problemas ocasionados pelas ações provindas do conhecimento do Homem, que na euforia das descobertas fantásticas, ocorridas nos Séculos XX e XXI, despreendeu-se de alguns aspectos fundamentais para a evolução de uma sociedade mais humanizada.

A morte, que antes ocorria em larga escala diante da impotente medicina, vindo a desenvolver mecanismos de cura relevantes a partir do Século XX com os avanços tecnológicos e farmacológicos, agora se reveste de um Direito Fundamental, acrescida de um substantivo: dignidade.

Ao prolongar a vida, o processo de morte colocou-se no horizonte de forma relevante a partir do uso massivo de novas tecnologias descobertas na rotina da medicina, principalmente nas duas grandes guerras mundiais. Paradoxalmente, neste inusitado cenário, o que assombra não é a morte e, sim, a vida sem dignidade, dignidade medida pelo indivíduo que já não cultua a vida, mas sonha com a morte.

O Estado, que nasceu para garantir a existência digna de seus cidadãos, se vê compelido também a garantir uma morte digna.

Sempre se falou muito sobre o imemorial temor da morte, entranhado na humanidade desde seu primórdio, e característico da raça humana, posto ser o Homem uma criatura que tem plena percepção da finitude de sua existência, visto que, em razão dos avanços tecnológicos da medicina, cada vez mais se fala no medo de não poder partir no momento em que o corpo e a mente, exauridos por sofrimento inexprimível, pedem o descanso final.

Nesse contexto, surge o conceito atual de eutanásia, também conhecida como “homicídio piedoso”. O apressamento do derradeiro instante em que a vida se dissipa, através de uma conduta médica motivada pela compaixão, é alvo de críticos e defensores ferrenhos,

dado os intensos sentimentos que as questões versando sobre vida e morte sempre despertaram nas pessoas e na sociedade hodierna.

Encontra-se, na eutanásia, logicamente, posições conflitantes quanto à sua prática, já que alegam os contrários a tal prática, princípios religiosos, entendendo que, sendo a vida um dom divino, não tem o Homem o direito de subtraí-la de alguém e, além do mais, o Homem foi feito a imagem e semelhança de Deus, portanto qualquer ato contra a vida humana, é um ato contrário a Deus, e entendem, alguns ainda, que quanto maior for o sofrimento, maior será o benefício à alma humana.

Aparecem, também, aqueles que apontam para a questão da sucessão de bens e direitos, entendendo que tal prática pode ser levada a termo apenas em benefício do profissional que a possibilita e ou dos herdeiros, desprezando-se por completo a vontade e as crenças do enfermo.

Entendem os favoráveis à eutanásia que sua utilização não visa exterminar pessoas, mas, amenizar sofrimentos inevitáveis e dolorosos.

Acreditam que a vida, por ser sagrada e também por ser o maior bem que o Homem pode possuir, deve ser mantida, durante todo o seu transcurso, com a maior dignidade possível, até o seu término, com a morte, que também faz parte da vida e, por consequência, também deve ser digna, visto que não basta viver com dignidade, se ao final da vida essa não lhe é proporcionada.

Busca-se nessa monografia elucidar o modo como essa delicada questão vem sendo enfrentada pelo Direito brasileiro, com toda a carga subjetiva e multiplicidade de enfoques que lhe é inerente. É um assunto de relevância social acentuada, vide a crescente preocupação e incerteza, tanto por parte de pacientes perante situações penosas, geradas por enfermidades graves, quanto por parte de médicos que realizam o ato da eutanásia.

A eutanásia não é um problema novo, nem recente, já que a mesma tem sido praticada desde a antiguidade. Mas, continua a ser um problema agudo no limiar do Século XXI, por todas as interrogações que se levantam, quer no plano ético, quer no moral, e ainda no jurídico. O “direito de matar” ou o “direito de morrer” sempre teve em todas as épocas os seus mais tenazes defensores ou opositores.

O primeiro capítulo aborda o Ser Humano diante da iminência da morte e sua percepção pelos familiares e pela medicina. Trata a vida pela perspectiva da medicina e da Constituição Federal, além de abordar a relação médico-paciente sob a égide do Princípio da Autonomia, o mais importante da bioética.

O segundo capítulo tenciona aclarar a definição, o histórico e os aspectos religiosos da eutanásia, colocando em perspectiva a evolução conceitual dessa prática. Intenta-se, também, promover uma desmistificação dos conceitos assemelhados (distanásia e ortotanásia), eliminando a confusão terminológica que permeia o tema, e confunde muitos juristas e legisladores. Ainda no mesmo capítulo, será exposta a visão do Conselho Federal de Medicina na Resolução nº 1805/2006, na qual se regulamenta a ortotanásia, a Resolução nº 1995/2012, na qual em respeito ao Princípio da Autonomia se ratifica as Diretivas Antecipadas de Vontade. E, finalizando o capítulo, é tratado o conceito de qualidade de vida, evidenciando uma mudança da ótica sobre o fenômeno por parte da medicina no atual Código de Ética Médica por meio da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1931/2009.

O terceiro capítulo traz a discussão propriamente dita da eutanásia no Código Penal.

Para atingir o objetivo de maneira mais didática, dividiu-se o capítulo em dois blocos distintos, abarcando primeiramente os aspectos jurídicos no Direito Penal pátrio, e na segunda parte, a discussão da temática nos demais países que já regulamentaram a prática da mesma.

Na primeira parte se expõe o entendimento acerca da eutanásia que vige atualmente em âmbito do Código Penal, assim como as propostas de modificação dessa orientação. Frisa-se a dificuldade em inserir uma previsão específica do instituto no Código Penal brasileiro, a despeito de algumas tentativas nesse sentido em Anteprojetos de Reforma da Parte Especial do Código Penal em 1984, 1998 e 2012. Apesar de nenhuma dessas iniciativas de normatização ter logrado êxito, a frequente ocorrência em que são apresentadas indica o anseio legislativo para que se defina legalmente a situação, conferindo maior segurança ao ordenamento jurídico brasileiro.

Na parte final do capítulo, apontam-se os Projetos de Lei para a legalização da ortotanásia no ordenamento jurídico, com enfoque para a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1805/2006 que exime de culpa a conduta médica como ilícita.

Na desesperada busca do conhecimento que cerca o mundo misterioso da vida e da morte - as ciências biológicas e humanas - de um modo geral, envolvem-se na difícil tarefa de delinear o transcurso da Vida Humana, que diante das descobertas ocasionadas pelo Homem, proporcionam um acirrado debate sobre a manutenção artificial da vida, e o direito de morrer com dignidade, buscando-se, dessa forma, uma resolução desse impasse de legalizar ou não a eutanásia, implementar a ortotanásia sempre que possível, e respeitar sempre a vontade do enfermo em estado terminal em face do Princípio da Autonomia.

Longe de esgotar o assunto e impor uma solução jurídica simplista para tão complexo tema, a presente monografia almeja fornecer argumentos que enriqueçam o debate sobre a eutanásia no Direito Penal, contribuindo para o processo decisório.

Ademais, a ausência de discussões nas faculdades e universidades brasileiras, na matriz curricular dos cursos de direito sobre o assunto é patente, urgindo que se realizem estudos mais aprofundados sobre os reais impactos que uma possível legalização da eutanásia poderá ocasionar na medicina brasileira e no Direito Penal.

CAPÍTULO 1 – BIOÉTICA

1.1 Considerações Sobre a Morte

A única certeza que temos nesta vida é a morte (CAMARGO; SOUZA FILHO, 2012).

A morte é acontecimento natural que se torna fato jurídico quando, pela incidência da norma, dele nascem direitos, deveres, obrigações e responsabilidades.

No Século XXI, a morte entrou na era da alta tecnologia, podendo ser qualificada por cinco características: 1) um *ato prolongado*, gerado pelo desenvolvimento tecnológico; 2) um *fato científico*, gerado pelo aperfeiçoamento da monitoração; 3) um *fato passivo*, já que as decisões pertencem aos médicos e familiares e não ao enfermo; 4) um *ato profano*, por não atender às crenças e valores do paciente; e 5) um *ato de isolamento*, pois o ser humano morre socialmente em solidão (MORITZ, 2005).

A morte sempre existiu e sempre existirá entre nós porque morrer é parte integral da vida e da existência humana, tão natural e previsível como nascer. Por que, então, é tão difícil morrer? Por que, na sociedade moderna, a morte transformou-se num tema a ser evitado de todas as maneiras? (HORTA, 1999).

A morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida. O morrer, como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível, e aquele em que o indivíduo deixa de responder a qualquer medida terapêutica, progredindo inexoravelmente para a morte. A palavra morte frequentemente associa-se a sentimentos de dor, sofrimento, separação e perda. A civilização ocidental moderna foge desse tipo de sentimentos; conseqüentemente, foge da morte (MORITZ, 2005).

Elizabeth Kübler-Ross, autora de *On Death and Dying* (Sobre a Morte e o Morrer), publicado em 1969, a partir de sua experiência e dedicação com pacientes conhecedores da evolução letal de suas doenças, conseguiu categorizar cinco estágios pelos quais os mesmos passam quando da aproximação da morte: 1º) a negação e o isolamento, que funciona como defesa; 2º) a indignação, a raiva contra tudo e todos, inclusive a revolta contra Deus; 3º) a barganha, o desejo de ser recompensado por boas ações; 4º) a depressão, a revolta, a raiva cedem lugar a profundo sentimento de perda; 5º) a aceitação, que não deve ser confundida com o sentimento de felicidade (MORITZ, 2005).

A morte é indiscriminadamente democrática. Todos devem morrer, bons ou maus, ricos ou pobres, pessoas famosas ou anônimos desconhecidos. Sua imprevisibilidade e inevitabilidade é o que aterroriza a maioria das pessoas (HORTA, 1999).

A morte pode representar, para muitos, o fim da vida, e deverá ser compreendida como o término de todas as atividades fisiológicas do corpo humano.

A personalidade jurídica extingue-se com a morte, na qual termina a existência da pessoa natural (artigo 10º, Código Civil), que deixa de ser sujeito de direitos e deveres (BRASIL, 2002). Extinguindo-se a personalidade não há que se falar de pessoa e sujeito de direitos. Em respeito à dignidade humana, o cadáver, o corpo humano inanimado é protegido pelo direito e não pode ser objeto de relações de direito privado patrimoniais, por ser *res extra commercium*, por conservar a memória da pessoa viva, e envolver relações de família. A morte interessa para o direito para efeitos sucessórios, importando, portanto, o momento da morte na determinação de efeitos jurídicos (GOGLIANO, 1993).

O paciente terminal, em agonia, em grande sofrimento, ainda mantém a personalidade jurídica, pois vive, e tem garantido o reconhecimento à sua memória (tutela da honra, do nome, da imagem), e o respeito a seus despojos (inviolabilidade, observância de da Diretivas Antecipadas de Vontade ou Testamento Vital), mesmo após a morte.

Um conceito de morte pode ser extraído de Morais (2010, p.298) que aduz:

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

Há que se relevar que provém do elevado mister da medicina a preservação da vida, seu legítimo esforço na luta contra a morte, buscando impedi-la ou tentando retardá-la. Essa natural inclinação não pode e não deve, contudo, obscurecer a consciência dos médicos de ser a morte a culminância de um processo natural - o processo da vida (HORTA, 1999).

Gogliano (1993) conceitua a morte:

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

Porém, atualmente, há pessoas que, em virtude do estado de saúde em que se encontram, acreditam não ter mais vida, a despeito da persistência de sua dinâmica fisiológica – muitas vezes garantida com auxílio de medicamentos e aparelhos – pois estão impedidas de desfrutá-la de uma forma crida digna (OLIVEIRA, 2012).

Considerando que a morte é um processo lento e gradual, distingue-se a morte clínica (paralisação da função cardíaca e da respiratória) da morte biológica (destruição celular) e da

morte inicialmente conhecida como cerebral e hoje caracterizada como encefálica, a qual resulta na paralisação das funções cerebrais. A morte clínica pode, em face dos avanços tecnológicos da medicina, desaparecer com os processos de reanimação, permitindo, assim, manter a vida vegetativa, mesmo após a superveniência da morte cerebral. A morte, antes identificada como a cessação da atividade espontânea da função cardíaca e respiratória, com a paralisação circulatória irreversível, passou a ser determinada com a paralisação das funções cerebrais (GOGLIANO, 1993).

Muitos doentes sofrem pela falta de perspectiva de vida. Alguns jamais poderão se levantar de suas camas, outros dependerão de aparelhos que os ajude a respirar. Muitos dos que passam por esse sofrimento chegam a pedir para morrer, pois não querem sobreviver da única maneira que lhes resta, não querem se tornar um peso na vida de seus familiares, não querem estar limitados. Não sendo possível viver bem, e não se resignando a essa forma de vida, essas pessoas esperam que seja atendida sua vontade de morrer dignamente (OLIVEIRA, 2012).

Essas considerações refletem um grande e atual questionamento da humanidade relacionado à vida, à liberdade e à dignidade: a pessoa que, acometida de doença, passa por sofrimentos físicos e emocionais e cujo estado, para a medicina, é irreversível ou terminal tem o direito de pedir que lhe ponham termo à sua vida ou para solicitar auxílio ao suicídio? Seria a vida, nesta situação específica, um direito renunciável ou disponível? Poderia o paciente, neste caso, reivindicar o direito de morrer já que a manutenção de seu tratamento médico não pode mais lhe trazer a cura ou melhora? Em suma, existe um direito de morrer dignamente? (OLIVEIRA, 2012).

A tecnologia passa a ser capaz de realizar qualquer coisa: prolongar a vida, aumentar o bem-estar da população e, porque não, evitar a morte. O fim da vida passa a ser um acidente não admissível e todos os meios devem ser utilizados para, ao menos, retardá-lo (AGUIAR, 2007).

A tradicional definição de morte como o instante da parada dos batimentos cardíacos tornou-se obsoleta. Hoje, é vista como um processo e não mais como um momento, ou evento. Morrem primeiro os tecidos mais dependentes do oxigênio em falta, sendo o tecido nervoso o mais sensível de todos. Três minutos de ausência de oxigenação são suficientes para a falência encefálica que levaria à morte encefálica ou, no mínimo, ao estado permanente de coma, em vida vegetativa (HORTA, 1999).

Em 1968, o Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS), vinculado à Organização Mundial da Saúde (OMS) e à UNESCO, reuniu-se em Genebra, e estabeleceu critérios sobre morte cerebral aprovados por unanimidade, em declaração conjunta

por todos os países que compareceram, fundada sobre "o que se deve entender por morte do doador", em casos de transplantes: 1) perda de todo sentido ambiente; 2) debilidade total dos músculos; 3) paralisação espontânea da respiração; 4) colapso da pressão sanguínea no momento em que deixa de ser mantida artificialmente; 5) traçado absolutamente linear de eletroencefalograma (GOGLIANO,1993).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (1987) publicou a Resolução de nº 1.480 de 08 de agosto de 1997 para regulamentar a “morte encefálica”, à época extremamente necessária, já que Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, determinava em seu artigo 3º que competia ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de Morte Encefálica, (BRASIL, 1997) o que dificultava a captação de potenciais doadores de órgãos pela ausência de norma orientadora pelo Conselho Federal de Medicina.

A Lei nº 9.434/97 determina a obrigatoriedade de que seja feita a notificação, em caráter de emergência, em todos os casos de morte encefálica comprovada, tanto para hospital público, como para a rede privada, e não está a conceituá-la, mas referir-se a um conceito já sedimentado na medicina nos últimos vinte anos (BRASIL, 1997).

Em 2007, o Conselho Federal de Medicina publica a Resolução de nº 1826, a qual, em face do artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil e da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante de órgãos, a fim de normatizar a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador (BRASIL, 1997).

Posteriormente, foi publicada a Lei de nº 10.211 de 2001 (BRASIL, 2001) que revogou os §§ 1º a 5º do artigo 4º da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, e alterou o artigo 4º da mesma Lei, que afirmava que salvo manifestação de vontade em contrário, se presumiria autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica *post mortem*, o que provocou enormes debate na sociedade. O artigo 4º da Lei nº 10.211 respeitando o Princípio da Autonomia corrigiu o vício de vontade aduzindo:

Art. 4º - A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (BRASIL, 2001).

Mal necessário, castigo, falha médica. Várias são as formas de encarar a morte. O que se sabe é que, feliz ou infelizmente, é inevitável. Faz parte da condição humana a mortalidade, em que pese esta condição, às vezes, parecer esquecida. A morte deve ser entendida como uma fase integrante da vida. Não é um evento à parte. É o fim do processo de viver. É a última etapa do ciclo da vida. Se o homem é um ser mortal, naturalmente, sua vida termina com a morte (OLIVEIRA, 2012).

A medicina, hoje, elege como objetivo somente a busca da saúde, encarando a morte como um resultado acidental de doenças previstas como evitáveis e contingentes. É sentida como falha. Encarar a morte como parte integrante da vida seria um passo importante para que a medicina se voltasse para os cuidados com o bem-estar do paciente, deixando para traz uma conduta insistentemente voltada para a cura, tornando-a focada na preservação da qualidade de vida do paciente (PESSINI, 1996).

Entretanto, exacerbando ainda mais a questão sobre a vida e a morte, cabe trazer a reflexão de Shakespeare, quando descreve o fato mais inexorável de nossa existência, ou seja, a morte: “Morrer é dormir. Nada mais. E por um sonho, diremos, as aflições se acabarão e as dores sem número, patrimônio da nossa débil natureza. Isto é o fim que deveríamos solicitar com ânsia. Morrer é dormir [...] e talvez sonhar.” (SHAKESPEARE, 2002).

Alves (2003) sintetiza em pensamento ímpar considerações sobre a morte:

Mas tenho muito medo de morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza. (ALVES, 2003).

A interdição da morte está relacionada ao avanço da tecnologia médica, fascinando pacientes, familiares e profissionais de saúde. Há o deslocamento do lugar da morte: das casas para os hospitais. Atualmente, o erro médico vincula-se à perda de limites, ao prolongar o processo de morrer com sofrimento. A morte se tornou distante, asséptica, silenciosa e solitária. Se a morte é vista como fracasso ou indignidade, o profissional se vê perdendo batalhas e derrotado. O paciente que sobrevive é guerreiro, mas quando piora é visto como perdedor (KOVÁCS, 2014).

O cenário da morte e do morrer se transforma não só para os pacientes incuráveis e terminais, mas também para os próprios médicos, os quais põem em discussão um dos princípios deontológicos no qual tradicionalmente sempre se inspiraram. Desde a antiguidade,

no juramento de Hipócrates, obrigavam-se a jamais administrar medicamentos letais mesmo a pedido do paciente. Que sucederia se viesse a cair esse pilar da ética médica? (HORTA, 1999).

A morte pode se tornar evento solitário, sem espaço para a expressão do sofrimento e para rituais. A caricatura que a representa é o paciente que não consegue morrer, com tubos em orifícios do corpo, tendo por companhia ruídos de máquinas, expropriado de sua morte. O silêncio impera, tornando penosa a atividade dos profissionais com pacientes gravemente enfermos. O prolongamento da vida e da doença amplia o convívio entre pacientes, familiares e equipe de cuidados, com estresse e risco de colapso (KOVÁCS, 2014).

A não consideração da morte como uma dimensão da existência humana e do consequente desafio de lidar com a mesma como um dos objetivos da medicina faz com que se introduzam tratamentos agressivos que somente prolongarão o processo de morrer (FELIX, 2007).

Houve desapropriação da morte na era moderna, afastando pessoas do seu processo de morrer, numa flagrante perda de autonomia e consciência (SCHRAMM, 2002).

As pessoas menos afortunadas financeiramente, que, raras vezes, têm acesso às modernas tecnologias, morrem, muitas vezes, na espera de uma chance de consultar um médico; é a denominada “eutanásia social” ou mistanásia. Os mais privilegiados economicamente têm à sua disposição inúmeros tratamentos, que, por vezes, são extremamente úteis, mas, por vezes, acarretam apenas a morte longe da família, longe dos amigos, longe do calor humano e próximo do frio das máquinas hospitalares. Vida é nascimento, desenvolvimento e morte, por vezes o desenvolvimento é menor do que esperávamos, e a morte chega antes do que almejávamos, mas ela também é parte da vida (FELIX, 2007).

O poema “Campo Santo” (PRADO, 1991, p. 173-174) mostra de modo belo e contundente essa perspectiva de reconciliação entre vida e morte:

Na minha terra
a morte é minha comadre.
a grande tarefa é morrer...

Enegrecidas de chuva e velas,
adornadas de flores sobre as quais
sem preconceito as abelhas porfiam,
a vida e a morte são uma coisa só...

Ressurgiremos...

1.2 A Vida Sob a Perspectiva da Medicina

Existem várias teorias para definir quando se inicia a proteção do direito à vida, destacando-se a concepcionista que teve como seguidores a Igreja Católica e Protestante, visto que a vida humana começa desde a concepção; a teoria da nidação, nesta deve ocorrer a fixação do óvulo no útero; a da implementação do sistema nervoso, para que se apresente caracteres humanos, como atividade cerebral, e por último a teoria do nascimento como exteriorização do ser (TAVARES, 2008).

A vida pode ser interpretada pelo conceito da saúde, definido pela Organização Mundial da Saúde – OMS – como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade”. Quando esses três aspectos apresentam-se de forma satisfatória para uma pessoa, pode-se considerar que tem uma vida saudável. A vida não contém apenas o caráter biológico, mas considerada também “na sua aceção biográfica mais compreensiva”. De nada adiantaria a Constituição assegurar outros direitos fundamentais, como a igualdade, a intimidade, a liberdade, o bem-estar, se não ratificasse a vida humana num desses direitos (SILVA, 2014).

A vida não se resume apenas a seu caráter biológico, mas integra-se também de elementos psíquicos e espirituais que compõem a personalidade da pessoa. A concepção deste direito não deve ser feita de forma isolada, mas à luz do princípio da dignidade da pessoa humana. Aumentar o tempo e a qualidade de vida, tornando-a melhor e mais saudável, é o grande objetivo da medicina. Para alcançá-lo, a medicina pode contar com os avanços científicos que têm lhe proporcionado grandes e importantes avanços tecnológicos (OLIVEIRA, 2012).

Em uma sociedade com grande desenvolvimento tecnológico nas ciências da saúde, o médico, ao lado dos demais profissionais de saúde, sente-se angustiado, já que na origem positivista do pensamento médico está o diagnosticar e curar. A possibilidade da morte deixa o profissional sem resposta adequada à determinada situação clínica, pois as decisões tornam-se apenas técnicas, e baseadas em protocolos clínicos, como se a vida pudesse ser medida em médias, modas, medianas e desvios-padrões.

Os ensinamentos de Hipócrates são o pilar de sustentação da dignidade da profissão médica. O médico em sua colação de grau se obriga que é dever manter a vida das pessoas, salvar vidas e não retirá-las no tradicional “Juramento de Hipócrates”:

Juro por Apolo, médico, e por Esculápio, por Hygéia, por Panacéia, e por todos os deuses e deusas, constituindo-os juízes de como, na medida das minhas forças e do meu juízo, haverei de fazer executado o seguinte juramento

e o seguinte compromisso: considerarei aquele que me ensinou esta arte o igual a meus pais; prometerei partilhar com ele os meus bens; e, se padecer necessidades, torná-lo-ei participante deles; considerarei os seus filhos meus irmãos, e, se quiserem aprender esta arte, haverei lh'a ensinar sem qualquer salário nem compromisso. Dos preceitos, das lições ouvidas e de todas as mais instruções farei a transmissão aos meus filhos, aos filhos do meu mestre, aos discípulos ligados por uma obrigação, tendo jurado segundo a lei médica; porém, a ninguém mais. Aplicarei os regimes de vida para a utilidade dos doentes de acordo com a minha capacidade e o meu juízo, abstendo-me de qualquer malefício ou dano (injustiça). Não porei nenhum veneno em mãos de ninguém, mesmo que m'o peçam, nem tomarei a iniciativa de o aconselhar; igualmente não entregarei a nenhuma mulher um pessário abortivo. Passarei a minha vida e praticarei a minha arte pura e santamente. Não operarei de nenhum modo os padecentes de litíase (não praticarei a litotomia), deixando a prática desse ato aos profissionais. Em quantas casas entrar, fá-lo-ei só para a utilidade dos doentes, abstendo-me de todo o mal voluntário e de toda voluntária maleficência e de qualquer outra ação corruptora, tanto em relação a mulheres quanto a jovens, sejam livres ou escravos. O que for que veja ou ouça, concernente à vida das pessoas, no exercício da minha profissão ou fora dela, e que não haja necessidade de ser revelado, eu calarei, julgando que tais coisas não devem ser divulgadas. Se eu cumprir fielmente este juramento sem infringir, seja-me dado gozar, feliz, da minha profissão, honrado por todos os homens, em todos os tempos; mas se o violar e perpetrar um perjúrio, que o contrário me suceda. (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2009).

Desse modo, com tanta tecnologia, ciências da saúde em notável evolução, e com a ética médica envolvida na arte de curar, o médico deve fazer o possível para manter o doente com vida, cumprindo nada mais que sua obrigação. No entanto, surge então outra questão: qual o limite de tratamentos, de cuidados que o médico deve utilizar no enfermo? (BOTTEGA; CAMPOS, 2011).

A obstinação em prolongar pelo maior tempo possível o funcionamento do organismo de pacientes terminais não deve mais encontrar guarida no Estado Democrático de Direito, porque o preço dessa obstinação é uma gama indizível de sofrimentos gratuitos, seja para o enfermo, seja para os familiares. Um exemplo disto é o caso do espanhol Pedro Martínez, que foi acometido pela esclerose lateral amiotrófica (degeneração dos neurônios motores), e que tomou a decisão de que não viveria mais e, para tanto, pedia por uma sedação terminal (SÁ; MOUREIRA, 2012, p.76).

1.2.1 O Direito à Vida sob a Perspectiva da Constituição Federal

A Constituição Federal de 1988, no capítulo que trata dos direitos e deveres individuais e coletivos, consagra no “caput” do artigo 5º, a vida como direito fundamental. Segundo tal dispositivo: “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida [...]” (OLIVEIRA, 2012).

Entretanto, a definição desse direito não é tarefa das mais fáceis, por ser a vida dinâmica que se transforma incessantemente sem perder sua própria identidade, sendo um processo vital que se instaura com a concepção, transforma-se, progride, mantendo sua identidade, até que muda de qualidade, deixando, então, de ser vida para ser morte (SILVA, 2014).

Dalmo Dallari, é incisivo ao lembrar que “a vida é um bem de todas as pessoas, de todas as idades e de todas as partes do mundo. Nenhuma vida humana é diferente de outra, nenhuma vale mais nem vale menos do que outra. E nenhum bem humano é superior à vida” (DALLARI, 2009).

O direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui em pré-requisito à existência do exercício de todos os demais direitos. Constitui a fonte primária de todos os outros bens jurídicos (OLIVEIRA, 2012).

A inviolabilidade da vida é a regra constitucional, embora não exista direito absoluto em tese, e principalmente nesse assunto, visto que a própria legislação brasileira considera excludente da antijuridicidade o aborto quando for para salvar a vida da mãe, quando a gravidez for oriunda de um estupro, e quando dos crimes previstos no Direito Penal Militar (ANDRADE, 2011).

O direito à vida integra-se à pessoa até o seu óbito, compreendendo o direito de nascer, o de continuar vivo e o de subsistência, mediante trabalho honesto ou prestação de alimentos, sendo irrelevante que seja idosa, nascitura, criança, adolescente, portadora de anomalias físicas ou psíquicas, que esteja em coma ou que haja manutenção do estado vital por meio de processo mecânico e está garantido por norma constitucional em cláusula pétrea, que é intangível, pois contra a mesma nem mesmo existe o poder de emendar (BOTTEGA; CAMPOS, 2011).

O direito à vida deverá ser respeitado perante a prescrição constitucional de sua inviolabilidade absoluta, sob pena de destruir ou suprimir a própria Constituição Federal, ocasionando a ruptura do sistema jurídico, já que a vida está acima de qualquer lei, e é ileso a atos dos Poderes Públicos, devendo ser protegida contra quem quer seja, até mesmo contra seu próprio titular, por ser irrenunciável e inviolável (DINIZ, 2014).

A vida é o pressuposto de existência da pessoa humana e do surgimento da personalidade. Sendo assim, possui um valor absoluto, contemplando, portanto, os demais direitos do homem. O direito à vida, contemplado na Constituição, pode ser conceituado como o direito fundamental que origina os demais direitos, visto que não há que se falar em qualquer outra garantia constitucional na ausência de vida, caracterizando-se, dessa forma, como um pressuposto para a existência de qualquer norma jurídica (PEREIRA; ALARCON, 2009).

O direito à vida está garantido por norma constitucional em cláusula pétrea, que é intangível, pois contra a mesma nem mesmo existe o poder de emendar. Fere de morte a Constituição Federal toda legislação que, explícita ou implicitamente, vier a contrariá-la, por força do artigo 60, § 4º, IV, que impede qualquer emenda que possa abolir os direitos fundamentais (DINIZ, 2014).

A inviolabilidade do direito à vida segundo a maioria dos autores que o defendem, tem seu respaldo na Constituição Federal, no artigo 5º, *caput*, e na Declaração Universal dos Direitos Humanos, artigo 3º, que preceituam, respectivamente:

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e a propriedade [...]. (BRASIL, 1988).

Art. 3º. Todo homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal. (DECLARAÇÃO ...1948).

Assim, surge por consequência o respeito à dignidade da pessoa humana, que é fundamento do Estado Democrático de Direito, disposto no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, que é a essência de todo o ordenamento jurídico:

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

III – a dignidade da pessoa humana; [...]. (BRASIL, 1988, grifo nosso).

Outrossim, a pessoa humana e sua dignidade constituem fundamento e fim da sociedade e do Estado, prevalecendo o seu valor sobre qualquer tipo de avanço científico e tecnológico. Por conseguinte, não poderão bioética e biodireito admitirem conduta que venha a reduzir a pessoa humana à condição de coisa, retirando dela sua dignidade e o direito a uma vida digna. A inviolabilidade do direito à vida encontra, além do respaldo na Constituição Federal do Brasil, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, artigo 3º, que preceitua que: “Todo homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (FELIX, 2007).

Pontuando o valor máximo conferido ao direito à vida, o Ministro Gilmar Mendes assinala que:

[...] dada a capital importância desse direito e em reconhecimento de que deve ser protegido, sobretudo nos casos em que seu titular se acha mais vulnerável a Constituição Federal, no artigo 227, dispõe ser “dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida”. [...] Proclamar o direito à vida responde a uma exigência que é previa ao ordenamento jurídico, inspirando-o e justificando-o. Trata-se de um valor supremo na ordem constitucional que orienta, informa

e dá sentido último a todos e demais direitos fundamentais. (MENDES; COELHO; BRANCO 2009, p.393-394).

A vida humana deve ser protegida contra tudo e contra todos, pois é objeto de direito personalíssimo. Nessa seara, é a posição de Bitencourt (2004, p.28).

A conservação da pessoa humana, que é a base de tudo, tem como condição primeira a vida, que mais que um direito, é a condição básica de todo o direito individual, porque sem ela não há personalidade, e sem esta não há o que se cogitar de direito individual. O respeito à vida humana é, nesse contexto, um imperativo constitucional, que, para ser preservado com eficácia, recebe ainda a proteção penal. A sua extraordinária importância, como base de todos os direitos fundamentais da pessoa humana, vai ao ponto de impedir que o próprio Estado possa suprimi-la, dispondo a Constituição Federal que ‘não haverá pena de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX’ (art. 5º, inciso XLVII, letra a). Com efeito, embora seja um direito público subjetivo, que o próprio Estado deve respeitar, também é direito privado, inserindo-se entre os direitos constitutivos da personalidade. Contudo isso não significa que o indivíduo possa dispor livremente da vida. Não há um direito sobre a vida, ou seja, um direito de dispor, validamente, da própria vida. Em outros termos a vida é um bem indisponível, porque constitui elemento necessário de todos os demais direitos.

Canotilho (2003) afirma que o direito à vida pressupõe sua proteção perante terceiros. Aduz o autor:

Muitos direitos impõem um dever ao Estado (poderes públicos) no sentido de proteger perante terceiros os titulares de direitos fundamentais. Nesse sentido o Estado tem o dever de proteger o direito à vida perante eventuais agressões de outros indivíduos (é a ideia traduzida pela doutrina alemã na fórmula Schutzpflicht). Daí o falar-se da função de proteção perante terceiros. (CANOTILHO, 2003, p. 407).

Cumprido destacar que, não obstante o direito à vida assumir posição de relevo no ordenamento jurídico pátrio, sendo reconhecido como bem jurídico constitucional digno de tutela penal, não possui, como qualquer outro, caráter absoluto. Existem situações em que o Código Penal admite a possibilidade de mitigação do direito à vida, como quando prevê não configurar crime o agente que “mate outrem” amparado por causas de justificação, tais como legítima defesa, estado de necessidade, estrito cumprimento do dever legal ou exercício regular de direito, ou, ainda, diante de discriminantes putativas, bem como quando autoriza determinadas formas de aborto ou não incrimina a tentativa de suicídio.

Oportuno trazer à colação a Teoria Kelseniana a respeito da posição hierárquica da Constituição Federal frente as demais espécies normativas, objetivando considerar que os direitos e garantias individuais contidos em sua ordem não podem sofrer exceção por espécie normativa de calibre inferior. Daí porque as propostas legislativas ordenadas em lei, sobre a

licitude da eutanásia, ferem o Estado Democrático de Direito, porquanto agredem a ordem constitucional (KELSEN, 2006).

Kelsen (2006, p. 247) assinala, neste sentido:

A ordem jurídica não é um sistema de normas jurídicas ordenadas no mesmo plano, situadas umas do lado das outras, mas é uma construção escalonada de diferentes camadas ou níveis de normas jurídicas. A sua unidade é produto da conexão de dependência que resulta do fato de a validade de uma norma, que foi produzida de acordo com outra norma, se apoiar sobre essa outra norma, cuja produção, por sua vez é determinada por outra; e assim por diante, até abicar finalmente na norma fundamental - pressuposta. A norma fundamental hipotética, nestes termos é, portanto, o fundamento de validade último que constitui a unidade desta interconexão criadora. Se começarmos levando em conta apenas a ordem jurídica estadual, a Constituição representa o escalão de Direito positivo mais elevado.

O direito à vida diz respeito à própria existência do indivíduo, enquanto o de integridade corporal, ou simplesmente, de integridade física, consiste na incolumidade física da pessoa e em sua saúde. O direito de integridade corporal se situa logo atrás do direito à vida. Não se confunde, pois, o direito à integridade física com o poder de disposição que o proprietário possui em relação à coisa que lhe pertence, objeto de seu direito. Não possui o indivíduo, em relação ao próprio corpo, um jus utendi, um jus fruendi e um jus abutendi como possuiria em relação a um bem de sua propriedade (PAGANELLI, 1997).

Indubitavelmente o direito à vida, é direito absoluto, intocável, irrenunciável, constituindo o alicerce do atual modelo de Estado de Direito Democrático, não podendo sofrer exceção por lei inferior, nem mesmo por Emenda à Constituição, posto ser estatuído por cláusula pétrea, a qual possui eficácia plena, ou seja, uma eficácia absoluta, pois contém uma força paralisante total de toda a legislação que vier a contrariá-la, quer implícita, quer explicitamente (BULOS, 1999).

Quanto à natureza do direito à vida, muito se discutiu, e afirmou-se mesmo a dizer que esse direito constituir-se-ia em um direito de propriedade. Este ponto de vista não vem encontrando apoio entre os autores, que não mais aceitam a ideia de que cada um de nós possui um direito de propriedade sobre o próprio corpo. Ihering, em seus ensinamentos, já o negava. Um dos principais argumentos dos opositores à teoria da propriedade sobre o próprio corpo está no fato de que o proprietário de uma coisa tem o poder de disposição sobre a mesma. Assim, na qualidade de proprietário de seu corpo, teria o indivíduo amplo poder de disposição sobre o mesmo, podendo mutilá-lo, ou destruí-lo, estando também, conseqüentemente, autorizada a extrema diminuição permanente da integridade física que se traduziria na perda da própria vida. Estaria, desse modo, autorizado o suicídio, e a eutanásia (PAGANELLI, 1997).

Por fim, a vida é protegida mesmo em pessoas predispostas a doarem órgãos vivos. A disponibilidade do corpo humano é limitada pela proporção entre o interesse individual ofendido e a potencial vantagem social esperada. A indisponibilidade do corpo humano, no todo ou em parte, todavia, em uma dada sociedade, sofre a influência de argumentos que por vezes privilegiam o interesse do Estado, de grupos, do bem comum, da função social sobre o interesse individual (SANTOS, 1992).

A indisponibilidade do corpo humano deve considerar, sobretudo, que a vida é o bem jurídico de mais alto valor, inalienável e intransferível, que exige dever geral de abstenção, de não lesar e não perturbar, oponível a todos (efeito *erga omnes*). Nesse sentido, o consentimento do sujeito de direito tem validade limitada em sua expressão, conteúdo e extensão. Destarte, somente é válido o consentimento obtido sem vícios na manifestação da vontade, decorrentes de coação, fraude, dolo ou simulação, pois deve ter capacidade de compreender os fatos, discernir e manifestar-se de modo livre e espontâneo (SANTOS, 1992)

O consentimento pelo doador para a retirada de qualquer órgão dependerá de circunstâncias pessoais, do funcionamento organismo humano após a retirada, e a evidência que a retirada para doação em transplante não comprometerá a saúde do doador ou sua vida, ou seja, há consentimento obedecendo ao princípio da autonomia do mesmo (BRASIL, 1997).

1.2.2 O Direito à Vida Digna sob a Perspectiva da Constituição Federal

Na experiência brasileira, a Constituição Federal é um marco, pois ancorou como fundamento da República Federativa do Brasil a dignidade da pessoa humana, de forma a orientar toda a atividade legislativa, estatal ou privada, à consecução do projeto de realização do indivíduo como interesse superior e primeiro. Logo, toda a normativa civil deve também orientar-se no sentido de dirigir a atividade privada à concretização e efetivação da dignidade da pessoa humana (RODRIGUES, 2003).

Nesse sentido, cumpre mencionar na Constituição Federal:

Art. 170, *caput*: A ordem econômica fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios;

Art. 226, § 7º: Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva, por parte de instituições oficiais ou privadas;

Art. 227, *caput*: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária, além de

colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988).

Quanto à dignidade da pessoa humana, não há dúvidas em sua conceituação, interpretação e importância, mas no que se refere à inviolabilidade da vida muitos entendem ser este princípio bastante restrito, não se permitindo flexibilização, exceto as expressas na Lei. Sucede que, embora seja um direito, a inviolabilidade da vida não é um dever. O indivíduo tem direito ao tratamento que lhe assegure a vida, mas não tem a obrigação (dever) de ao mesmo se submeter (ANDRADE, 2011).

A dignidade humana, protegida juridicamente, vem se solidificando cada vez mais como um direito absoluto, inerente a toda pessoa.

Assim, Barroso e Martel (2012) contribuem dizendo que:

No mundo contemporâneo, a dignidade humana tornou-se o centro axiológico dos sistemas jurídicos, a fonte dos direitos materialmente fundamentais, o núcleo essencial de cada um deles. De fato, no plano dos direitos individuais, ela se expressa na autonomia privada, que decorre da liberdade e da igualdade das pessoas. Integra o conteúdo de dignidade a autodeterminação individual e o direito ao igual respeito e consideração. As pessoas têm o direito de eleger seus projetos existenciais e de não sofrer discriminações em razão de sua identidade e de suas escolhas. (BARROSO; MARTEL, 2012, p. 37).

Entretanto, não há como falar sobre a vida sem falar sobre a existência digna. Ainda que não se consiga precisar a concepção do termo dignidade, ao menos parece certo não se falar que uma vida seja digna se ausente o bem-estar de natureza física, mental e social – aspectos que formam o conceito de saúde. Tendo caráter social, tal condição cabe ao Estado promover (OLIVEIRA, 2012).

A vida deve ser digna em toda sua existência, e ainda mais no momento da morte com afirma Felix (2007, p.153-154):

O fundamento da premissa exposta encontra respaldo nas considerações já exaradas de que a vida é um direito disponível – por parte de seu titular – e relativo. O direito à vida deve, pois, compreender todas as fases da vida humana, quais sejam: nascimento, crescimento e morte. Todos concordamos que o nascimento deve dar-se em condições dignas, bem como que a trajetória de vida de uma pessoa deve ser o mais condizente possível com a dignidade da pessoa humana. E por que razão não o ser na última etapa dessa vida, seu momento culminante, final e derradeiro: a morte?

Dispomos diariamente de nossa vida, ao fazer escolhas, ao tomar atitudes, ao deixar de tomá-las e por que não deveríamos dispor do tratamento a que desejamos nos submeter? Ou que não desejamos? Por que não poderíamos escolher quando basta de sofrimentos? Por que, na iminência da morte, ou em condições humanas degradantes, não podemos fazer o que por uma vida inteira fizemos: decidir?

[...] entendemos que não deverá haver ingerência do direito penal a fim de criminalizar a conduta realizada pelo médico, porquanto, destaca-se que o

Direito Penal é um conjunto de normas jurídicas voltadas ao poder punitivo do Estado, mas, assim como tudo que decorre das relações do homem, não é estático, está em frequente mutação [...].

Com o reconhecimento do respeito à dignidade humana, a bioética e o biodireito passam a ter um sentido humanista, estabelecendo uma conexão com a justiça. As práticas das “ciências da vida”, que podem trazer enormes benefícios à humanidade, contêm riscos potenciais muito ameaçadores e imprevisíveis e, portanto, os profissionais da saúde devem estar atentos para que não cruzem os limites éticos impostos pelo respeito à pessoa humana e à sua vida, integridade e dignidade (BOTTEGA; CAMPOS, 2011).

A dignidade possui uma dúlice perspectiva, qual seja: uma dimensão autonômica e outra assistencial, ou protetiva. Quando não for possível, dadas às circunstâncias, a conduta de uma determinada pessoa ser pautada pela dimensão autonômica, em especial nas questões bioéticas deve-se seguir respeitando a dignidade da pessoa humana, na sua perspectiva protetiva, ou seja, deve-se analisar o caso pelo prisma da beneficência e da não-maleficência, pois o direito à assistência é devido a todos os seres humanos, mesmo aos incapazes de reger-se de forma autônoma (DWORKIN, 2009).

Os direitos da personalidade são desenhados a partir de um “mínimo ético” (atuação do direito para o cumprimento de preceitos morais básicos) e de um “mínimo existencial” (o conjunto de bens e utilidades básicas imprescindíveis para uma vida com dignidade), que não podem ser violados nem pelo Poder Público, nem pelos demais membros da sociedade privada. A personalidade jurídica, atenta ao valor máximo da dignidade humana, diz respeito ao reconhecimento de um mínimo de garantias e direitos fundamentais, assegurados à pessoa para que ela possa viver dignamente. Não se pode privilegiar apenas a dimensão biológica da vida humana, negligenciando-se a qualidade de vida do indivíduo (RODRIGUES, 2003).

Sarlet (2008, p. 70) defende a dignidade da pessoa humana:

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

Em face do exposto, pode-se perceber a relativização do direito à vida a fim de assegurar o respeito devido à dignidade da pessoa humana. Essa conduta impõe-se em

decorrência da necessidade de refutarmos situações indignas e degradantes, porquanto temos o direito à vida e não um dever de perpetuação; viver não é uma obrigação; não é, e não pode ser considerado compulsório. Abstratamente, o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana deveriam coexistir em harmonia, sendo, dessa forma, um direito à vida digna. Contudo nem sempre esse ideal é atingido. É, pois, nesse ponto, que a discussão acerca do direito de morrer encontra o seu maior gargalo, porquanto, para alguns, o direito à vida deve sobrepor-se à dignidade da pessoa humana e, para outros, esta deve sobrepor-se àquele (FELIX, 2007).

A dignidade da pessoa humana é uma verdadeira cláusula geral de tutela e promoção da pessoa humana, tomada como valor máximo pelo ordenamento jurídico. Assim, impõe reconhecer a elevação do ser humano como centro de todo o sistema jurídico, no sentido de que as normas são feitas para a pessoa e para a sua realização existencial, devendo garantir um mínimo de direitos fundamentais para lhe proporcionar vida com dignidade. A vida não se resume apenas a seu caráter biológico, mas integra-se também de elementos psíquicos e espirituais que compõem a personalidade da pessoa. A concepção deste direito não deve ser feita de forma isolada, mas à luz do princípio da dignidade da pessoa humana (OLIVEIRA, 2012).

Assim se posiciona Lenza (2012, p.973) quanto a se ter uma vida digna:

A vida deve ser vivida com dignidade. Definido o seu início (tecnicamente pelo STF), não se pode deixar de considerar o sentimento de cada um. A decisão individual terá que ser respeitada. A fé e esperança não podem ser menosprezadas, e, portanto, a frieza da definição não conseguirá explicar e convencer os milagres da vida. Há situações que não se explicam matematicamente e, dessa forma, a decisão pessoal (dentro da idéia de ponderação) deverá ser respeitada. O radicalismo não levará a lugar algum. A Constituição garante, ao menos, apesar de ser o Estado laico, o amparo ao sentimento de esperança e fé que, muitas vezes, dá sentido a algumas situações incompreensíveis.

A pessoa capaz, devidamente informada, em decorrência da dimensão autonômica da dignidade da pessoa humana em harmonização com o direito à vida poderá dispor acerca da suspensão ou não aplicação de determinadas terapêuticas como a ortotanásia (FELIX, 2007).

O direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana deveriam coexistir em harmonia, sendo, dessa forma, um direito à vida digna. Não se trata de um ideal utópico, mas de uma finalidade asseverada na Carta Nacional que busca sua constante efetividade na realidade do país (PEREIRA; ALARCON, 2009).

Quando estivermos diante de situações em que o indivíduo capaz solicita a prática da eutanásia, cria-se uma tensão entre direitos fundamentais de igual hierarquia, quais sejam: o direito à vida e o respeito devido à dignidade da pessoa humana.

Felix (2007) interpreta a tensão entre direitos fundamentais de igual hierarquia: o direito à vida e o respeito devido à dignidade da pessoa humana.

Quando estivermos diante de situações em que o indivíduo capaz solicita a prática da eutanásia ou com ela concorda, estamos diante de uma tensão entre direitos fundamentais de igual hierarquia, quais sejam: o direito à vida e o respeito devido à dignidade da pessoa humana. Dessa forma, a legitimidade da interpretação somente preservar-se-á na medida em que respeitarmos a máxima da proporcionalidade, em sua tripla dimensão: adequação, necessidade e proporcionalidade em sentido estrito. Todavia, questiona-se: qual das posições dessa máxima deverá pautar a decisão a ser tomada? O postulado da concordância prática ou a dimensão de peso ou de importância? É possível conciliar ambos os direitos em questão? Ou devemos proceder ao dimensionamento de peso ou importância para verificar qual princípio que deverá ser condicionalmente precedido?

A resposta a essa questão parece-nos que decorrerá da dimensão que dermos ao direito à vida; porquanto, se consideramos como uma faculdade que pode ou não ser exercida por seu titular, e não um dever, uma imposição, uma compulsoriedade, temos que é viável, pela aplicação do princípio da proporcionalidade, chegarmos à conclusão de que o direito à vida é complementado pelo respeito devido à dignidade da pessoa humana e assim, respectivamente, sendo possível a harmonização de ambos por meio do postulado da concordância prática. (FELIX, 2007, p. 152-153).

Atualmente, ante o avanço da medicina e dos processos biotecnológicos, deve ser considerado o aspecto da qualidade de vida, nos termos da afirmação de Sócrates: “*o que vale não é o viver, mas o viver bem*”. Apesar do valor absoluto do direito à vida, o mesmo deve ceder quando se apresenta excluído e desamparado das demais garantias asseguradas na Constituição Federal (PEREIRA; ALARCON, 2009).

Sá (2002) afirma que há os que postulem a dignidade da vida dotar em dimensões biológicas e biográficas, sendo que esta importa e, quando ausente, plausível a opção eutanásica:

Certo é que a dignidade deve aliar duas dimensões ao seu conceito: a dimensão biológica, como atinente ao aspecto físico-corporal, e a dimensão biográfica, que pertence ao campo dos valores, crenças e opções. E o Direito não pode preocupar-se somente com a primeira questão, mas, ao contrário, buscar a unidade do ser humano. (SÁ, 2002, p. 96).

Friedrich Nietzsche (apud FANTON, 2004) observa que: [...] é uma indecência continuar vivendo em certas condições. Continuar vegetando em uma covarde dependência de

médicos e aparelhos, depois que o significado da vida e o direito à vida já se perderam, é uma atitude que deve inspirar o mais profundo desprezo à sociedade.

A dignidade é de base constitucional, e um bem que todo cidadão tem direito, ou pelo menos deveria ter. Pode-se considerá-lo um bem indisponível, ou seja, que não pode ser alienado, (PIOVESAN, 2004):

É no valor da dignidade da pessoa humana que a ordem jurídica encontra seu próprio sentido, sendo seu ponto de partida e seu ponto de chegada, na tarefa de interpretação normativa. Consagra-se, assim, dignidade da pessoa humana como verdadeiro superprincípio a orientar o Direito Internacional e o Interno. (PIOVESAN 2004, p. 92).

O Papa Pio XII, por ocasião de um Congresso de Anestesiologia realizado na cidade de Roma, respondendo à pergunta de qual seria a obrigação dos médicos de tentarem manter vidas, disse, se não com estas, ao menos com palavras neste sentido: *“Até o limite de uso dos meios normais, não sendo necessário o uso de métodos excepcionais.”* (DIAS, 2005, p.207, grifo do autor)

1.3 A Relação Médico-Paciente e Autonomia

1.3.1 A Relação Médico-Paciente

O Código de Ética Médica atual estabelece que o alvo da atuação do médico é a saúde do ser humano, em função da qual empenhará todo o seu zelo e capacidade profissional. É seu dever, o respeito absoluto pela vida humana e a agir sempre em benefício do paciente. Não poderá, nos termos da deontologia médica, utilizar os seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. Mas é seu dever indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país (MENEZES; GESSER, 2012).

Quanto à natureza jurídica da relação médico-paciente há grande resistência entre os profissionais de saúde quando se determina o liame existente entre os mesmos e o paciente como relação meramente contratual ou contrato de prestação de serviços médicos. Como qualquer outra relação contratual, é informada pelos princípios da boa-fé contratual, da justiça contratual e da autonomia da vontade, e ainda como uma relação que objetiva um valor existencial e encontra-se submetida ao princípio da dignidade, visto que além de possuir natureza contratual, a relação médico-paciente objetiva o comprometimento para com a saúde, o bem-estar e a dignidade do paciente. Outrossim, há complicadores trazidos pelo Século XXI,

quais sejam: a biotecnologia, a crescente especialização e, também, a interposição institucional entre médicos e pacientes (NAVES; SÁ, 2002).

O Código de Ética Médica (2009) assevera Princípios Fundamentais em seu Capítulo I que devem ser observados na relação médico-paciente:

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

É dever do médico respeitar a dignidade do seu paciente na relação médico-paciente, e conseqüentemente, a sua autodeterminação ético-existencial. O dever de envidar esforços para a preservação ou recuperação da saúde do paciente, sem se sobrepor a sua vontade e autodeterminação. Por esta razão lhe é defeso realizar qualquer procedimento sem o consentimento e esclarecimento prévios ao paciente ou responsável legal (MENEZES; GESSER, 2012).

Não obstante todos esses complicadores, a relação médico-paciente existe e deve ser pautada pela ética e pelo compromisso com a saúde do paciente, ainda que o contato entre paciente e médico tenha sofrido modificações nos últimos anos, sendo necessário que o profissional volte sua atenção ao paciente, oferecendo-lhe não apenas procedimentos diagnósticos e terapêuticos, mas também ministrando cuidado a fim de tornar mais completa a relação médico-paciente.

A figura do médico de família, que compunha, além do paciente, seu grupo de amigos foi sendo modificada em virtude dos avanços tecnológicos no Século XXI, e o tecnicismo se sobrepôs ao humanismo e a medicina assumiu a função de prolongar a vida (NAVES; SÁ, 2002).

1.3.2 Autonomia

A ética hipocrática é a ética de fazer o bem (beneficência), mas também a ética de não fazer o mal (não-maleficência). É imposto ao médico, sob a luz desta ética, a busca de meios e comportamentos que favoreçam o bem-estar do paciente. A beneficência e a não-maleficência não são faces opostas de uma mesma moeda, mas elos de uma única corrente a unir o médico ao seu paciente (ANDRADE, 2011).

A autonomia apresenta outras denominações, tais como: Respeito pelas Pessoas, Consentimento Informado, Autonomia da Vontade, Autonomia Privada e Autodeterminação. A discussão sobre autonomia gira em torno do poder que cada indivíduo tem de gerir livremente seus interesses. É a faculdade que cada um tem sobre si mesmo e sua vida (MARÇAL, 2009).

O Princípio da Autonomia compreende-se como o direito do paciente no uso pleno de sua razão – ou de seus responsáveis, quando faltar consciência – de estabelecer os limites da sua vontade em situações fronteiriças. Assim, cabe questionar, se existe o direito do indivíduo de antecipadamente dizer: “não quero que tentem nada”? (DIAS, 2005).

O Princípio da Autonomia, ao lado dos Princípios da Não-Maleficência e Beneficência, foi o que mais evoluiu nos últimos anos. Dias (2005) em apertada síntese interpreta o Princípio da Autonomia:

O princípio da autonomia compreende-se como o direito do paciente no uso pleno de sua razão – ou de seus responsáveis, quando faltar consciência – de estabelecer os limites em que gostaria de ver respeitada sua vontade em situações fronteiriças. Assim, cabe questionar, existe o direito do indivíduo de antecipadamente dizer: “não quero que tentem nada”? (DIAS, 2005, p.210).

A autodeterminação quanto à opção pelo tratamento ou internação não pode ser cerceada pelo Estado ou pelo particular sob pena de prejuízo aos direitos de personalidade, da autonomia privada, do direito geral de liberdade. A liberdade que dá azo à autodeterminação não poderá, como de resto os demais direitos, ser compreendida em termos absolutos. Algumas vezes, se sujeitará ao sistema de ponderação em face dos demais princípios. Se a pessoa ainda porta discernimento e comete atos que violam interesse e segurança de terceiros, o problema se converterá em questão de segurança pública (MENEZES; GESSER, 2012).

A sociedade assume hoje uma postura mais independente sobre as terapias a que irão submeter-se, e o profissional que exerce a medicina deve estar ciente deste fato e saber lidar com as várias hipóteses que surgirão no seu dia a dia como médico, já que haverá ocasiões em que o médico deverá agir apenas com o consentimento do paciente, contudo haverá casos em que aquele será obrigado a agir decidindo por seu paciente qual a terapêutica mais adequada (MARÇAL, 2009).

O Código de Ética Médica de 2009 (Resolução do CFM 1931/2009) apresenta Princípios Fundamentais que devem ser observados na autonomia do paciente:

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas;

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

A partir do princípio da dignidade da pessoa humana e dos direitos individuais à vida, à liberdade, à segurança, à propriedade, à intimidade, ao acesso à justiça e devido processo legal, bem como pelos direitos sociais à saúde, ao lazer, à maternidade, à infância, à moradia e alimentação, ao ressarcimento dos danos, o ordenamento constitucional se pode afirmar a integridade física e psicológica do sujeito, ou seja, a autodeterminação ou autonomia (MENEZES; GESSER, 2012).

É fácil admitir-se a atuação impositiva do médico nas hipóteses em que o paciente não apresentar qualquer juízo crítico, discernimento ou livre e consciente manifestação volitiva. Nessa situação fática prevalecerá a atuação profissional na tentativa de preservação da saúde e da vida da pessoa. Não há como se apurar a sua autonomia privada, posto que não há volição apta. O Código de Ética Médica traz o dever de respeito à personalidade e à integridade física-psíquica do paciente e as consequências decorrentes do seu descumprimento. No entanto, torna obrigatória a atuação impositiva do médico quando em face do iminente perigo de vida como posto nos artigos 31 e 33 do Código de Ética Médica de 2009 (MENEZES; GESSER, 2012):

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

O Princípio da Autonomia expressa à liberdade de escolha e, no ensinamento de Joaquim Clotet (apud FÉLIX, 2007), o direito de autodeterminação do paciente ou do seu representante deveria ser sempre respeitado pelo profissional da medicina, pois este de modo geral deveria sempre agir conforme o interesse do paciente, manifestado através da sua vontade autônoma.

No entendimento de Maria Berenice Dias (2005) o Princípio da Autonomia é o que mais evoluiu no Estado Democrático de Direito:

Não existem verdades absolutas, são necessárias relativizações. Do poder imperial dos médicos, juízes do destino de seus pacientes, imbuídos do princípio princípio da benemerência, passou-se ao relacionamento horizontal, em que as pessoas podem decidir sobre seus destinos, na proposta do diálogo, da informação. A democracia do relacionamento consiste na assunção da

cidadania plena, mesmo na hora da dor e da doença. Essa é a reflexão a que nos transporta a Bioética. Na consulta prévia – princípio da autonomia – é que reside a grande mudança conceitual. Ainda que a ética médica se torne mais permissiva, muitas vezes há a necessidade de se recorrer à Justiça na busca de respostas a indagações similares. (DIAS, 2005, p. 210).

Passa a receber importância a manifestação da vontade do paciente, e sua inobservância, por parte dos médicos, “pode caracterizar cárcere privado, constrangimento ilegal e até lesões corporais, conforme o caso.” (BORGES, 2001, p. 294).

Há um consenso geral de que os cidadãos adultos dotados de capacidade têm direito à autonomia, isto é, direito a tomar por si próprias decisões importantes para a definição de suas vidas. O direito se utiliza dos termos autonomia da vontade ou autonomia privada por serem mais abrangentes que a expressão “Consentimento Informado” que, no campo biológico, sintetiza o Poder de Autodeterminação do Paciente. Entre autonomia da vontade e autonomia privada, a utilização desta é preferível à daquela, posto que ao direito resta analisar a manifestação concreta da vontade (autonomia privada) e não suas causas e características intrínsecas (autonomia da vontade). A autonomia da vontade tem uma conotação subjetiva, psicológica, “enquanto a autonomia privada marca o poder da vontade no direito de um modo objetivo, concreto e real” (NAVES; SÁ, 2002, p.115-116).

No que concerne à informação, é necessário lembrar que seu acesso é assegurado pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, inciso XIV. O paciente deve ser informado sobre o diagnóstico, o tratamento a que pode se submeter, os resultados possíveis e os riscos que podem decorrer da terapia empregada. Uma vez que o paciente depende de informações para tomar sua decisão, é necessário que as mesmas sejam transmitidas previamente numa linguagem clara e acessível, já que o paciente precisa estar completamente esclarecido para emitir sua decisão. São requisitos para que o paciente exerça sua autonomia a “informação, o discernimento e a ausência de condicionadores externos”. Entretanto, diante do quadro clínico em que o paciente se encontra, é necessário que o médico ateste “se o nível de consciência deste paciente permite que ele tome decisões” (NAVES; SÁ, 2002, p. 120).

É necessário que a manifestação do paciente seja livre, sem a influência de vícios sociais ou de vícios do consentimento. A exigência do Consentimento Informado e Esclarecido prévio é a regra. São exceções os casos de incapacidade do paciente para tomar decisões. Em situação de incapacidade legal, tem-se admitido o consentimento poder ser dado pelos representantes legais. Mas esta é uma questão polêmica, pois se trata de uma decisão sobre a vida de outrem (BORGES, 2001).

Um indivíduo autônomo não tem apenas o direito de escolher e agir, também é necessário que seja capaz de atuar por vontade própria e para isso deve ter o conhecimento necessário para entender o que faz e qual a consequência de seus atos. Antes de se afirmar que alguém possui autonomia para decidir sobre objeto de seu interesse deve-se analisar se possui capacidade para tanto. Essa capacidade é avaliada levando em consideração o discernimento do indivíduo, o qual pode ser considerado como a capacidade de compreender situações, de separar o certo do errado e capacidade de avaliar as coisas com bom senso e clareza (MARÇAL, 2009).

A autonomia deve ser interpretada desde o diagnóstico até o prognóstico da conduta proposta:

No mínimo, é preciso informá-lo de: 1) diagnóstico; 2) natureza e propósito do tratamento proposto; 3) riscos e consequências conhecidos do tratamento proposto, excluídos, por óbvio, aqueles remotos e improváveis, mas incluindo probabilidade de sucesso, ou não, das medidas propostas; 4) benefícios esperados e a possibilidade de serem atingidos; 5) existência de tratamentos alternativos, efeitos e prováveis resultados curativos; 6) prognósticos para falta de tratamento; 7) custos, entre eles dor, sofrimento, incômodo de qualquer natureza e prazo de duração; 8) impactos na qualidade de vida e custos econômico-financeiro, inclusive os de pós-tratamento. (SZTAJN, 2002, p.33).

Nos casos em que o paciente não puder se manifestar devido ao estado de inconsciência ou urgência, o médico deve prosseguir com o tratamento, contudo, o dever do médico de cuidar do paciente acaba quando este, após ter recebido todas as informações, opõe-se ao tratamento de acordo com o atual Código de Ética Médica (Resolução nº 1931/2009).

Capítulo I

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

O Código de Ética Médica de 2009 (Resolução nº 1931/2009) é redigido com sete artigos que demonstram claramente a importância ao princípio da autonomia, o qual pode ser exercido pelo paciente frente ao profissional de saúde da medicina.

Ipsis litteris:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

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. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

É válida a manifestação da vontade do paciente quando se encontre corretamente informado de seu quadro clínico e quando tenha capacidade para tomar as respectivas decisões a respeito de seu tratamento (OLIVEIRA, 2012), mas é certo que haverá exceções, nas quais o médico será obrigado a agir de imediato, situações clínicas em que o paciente está inconsciente ou não há tempo para que o mesmo seja consultado sobre qual o tratamento proposto ou tenha sua autorização.

Em condições de urgência e emergência o médico deverá agir de acordo com a natureza de sua profissão e os conhecimentos dela inerentes, e usar os meios que julgar necessários para melhora dos que dele precisam. As decisões sobre a própria morte, ou sobre a morte de outras pessoas, devem ser tomadas em três tipos principais de situação, como mostra Dworkin (2003 apud OLIVEIRA, 2012): a) consciente e capaz; b) inconsciente e, c) consciente, mas incapaz.

Ilustra a primeira situação o caso de Lillian Boyes, “uma inglesa de setenta anos que agonizava devido a uma forma terrível de Artrite Reumatóide, com dores tão lancinantes que nem mesmo os analgésicos mais poderosos conseguiam mitigar. O sofrimento por que passava

fez com que Lillian implorasse a seu médico, o Dr. Nigel Cox, com quem manteve uma sólida relação pessoal, por treze anos, que a matasse. Lillian morreu minutos depois de o médico ter-lhe aplicado uma dose letal de cloreto de potássio. Pelo ato médico, registrado em seu prontuário médico, o Dr. Cox foi julgado por tentativa de homicídio, já que o corpo fora cremado, o que tornou impossível comprovar que a aplicação fora a causa da morte. Embora tivesse sido condenado a um ano de prisão, a sentença do juiz foi suspensa sob a alegação de que havia agido por compaixão a uma paciente terminal que havia se tornado uma querida amiga. Além disso, apesar de ter sido repreendido pelo Conselho de Medicina, o Dr. Cox não foi impedido de exercer a medicina; ainda que seu empregador o tivesse permitido fazê-lo sob a supervisão de um médico experiente (DWORKIN, 2003, p. 251 apud OLIVEIRA, 2012).

Numa situação de inconsciência – a segunda hipótese citada por Dworkin – a decisão sobre a morte recai, na maioria das vezes, sobre a família do paciente. É o caso de Antony Bland, que foi atropelado por uma multidão em fuga num estádio de futebol na Inglaterra e teve os pulmões comprimidos, e o cérebro privado de oxigênio por tempo suficiente que entrou em estado vegetativo. A solicitação para que os médicos pudessem retirar o suporte vital e deixá-lo morrer partiu de seus pais. A solicitação foi acatada pelo juiz, já que atendia aos interesses do paciente. Esta decisão foi confirmada tanto pelo Tribunal de Apelação quanto pela Câmara Alta do Parlamento Inglês, que enfatizavam o fato de a continuidade do tratamento não estar entre os interesses fundamentais do paciente (DWORKIN, 2003, p. 265-266 apud OLIVEIRA, 2012).

As considerações de Dworkin (2003, p. 267 apud OLIVEIRA, 2012) levam a concluir que a situação de consciência e incapacidade, a terceira situação, pode ser caracterizada pela demência, que afeta, atualmente, cerca de um quarto à metade das pessoas acima de oitenta e cinco anos, “e que a causa principal do problema é o Mal de Alzheimer”, e ainda completa: “nos estágios avançados dessa doença progressiva, as vítimas já perderam toda memória e todo sentido de continuidade do eu, e são incapazes de atender a suas próprias necessidades ou funções.” (DWORKIN, 2003, p. 267 apud OLIVEIRA, 2012).

Um caso, nessa situação, foi o de Janet Adkins, que estava nos estágios iniciais do Mal de Alzheimer e sabia o que lhe iria acontecer no futuro. A senhora Adkins procurou o Dr. Jack Kevorkian, que possuía uma máquina de injetar veneno. Os pacientes que desejassem morrer deveriam apertar um botão que injetava o veneno através de uma agulha que o médico introduzia na veia. O Dr. Kevorkian fora apelidado de “Dr. Morte”. A senhora Adkins o convenceu de que ainda estava em pleno uso de suas faculdades mentais e que desejava morrer. Dois dias depois, Janet se submeteu à “Máquina da Morte”, e morreu (OLIVEIRA, 2012).

Dworkin (2009) questiona se as pessoas que podem vir a tornar-se incapazes, por causa da doença, devem ter o poder de especificar o tipo de tratamento que desejam receber, ou se querem ser mantidas vivas por tratamentos rotineiros, ou, ainda, se as mesmas têm o poder de desejarem a morte, e sugere refletir que se a senhora Adkins tivesse tido esse poder, talvez pudesse ter desfrutado de muitos outros anos de vida útil, confiante em que não lhe permitiriam chegar à condição que temia (OLIVEIRA, 2012).

Mesmo sendo reconhecida a autonomia do paciente, não há que se esquecer a irrenunciabilidade e a indisponibilidade do direito à vida. Por isso, não é possível que uma pessoa solicite que outra a mate ou lhe auxilie a suicidar. Isto, porém, não justifica o prolongamento exagerado de um tratamento proposto, haja vista a irreversibilidade do estado do paciente e o prolongamento de seu sofrimento (OLIVEIRA, 2012).

A autonomia e a validade do consentimento informado em atos jurídicos dependem da capacidade de fato do indivíduo em consentir, que se encontra disciplinada no Código Civil de 2002 nos artigos 3º e 4º, que versam respectivamente:

Art. 3º. São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: I – os menores de 16 (dezesesseis) anos; II – os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; III – os que, mesmo por causa transitória não puderem exprimir sua vontade.

Art. 4º. São incapazes, relativamente a certos atos, ou a maneira de os exercer: I – os maiores de 16 (dezesesseis) anos e menores de 18 (dezoito) anos; II – o ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental tenham o discernimento reduzido; III – os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; IV – [...]. (BRASIL, 2002).

Na Argentina, a Lei nº 26.742 de 2012, estabelece em seu artigo 1º a autonomia da vontade do paciente que tem o direito de aceitar ou não que seja submetido a determinados procedimentos médicos, devendo manifestar sua vontade através de um Consentimento Informado. A referida lei argentina prevê a possibilidade de manifestar o interesse ou não em passar por determinados tratamentos, que venham a lhe trazer sofrimento e dor (ARGENTINA, 2012).

Dworkin (2003, p. 315 apud OLIVEIRA, 2012) afirma que “há um consenso geral de que os cidadãos adultos dotados de capacidade têm direito à autonomia, isto é, direito a tomar por si decisões importantes para a definição de suas vidas”.

Em interpretação antagônica à autonomia, há, em tese, o direito do médico de arbitrariamente decidir o que é melhor para os que estão, ou estarão, sob seus cuidados, e isso

decorre de um modelo paternalista de exercício profissional da medicina ferindo de morte o Princípio da Autonomia.

Apoiando-se nos Princípios da Beneficência e Não Maleficência tradicionalmente a autonomia era deixada de lado e o paciente de nada era informado. As razões para tal comportamento têm como embasamento diversas justificativas a exemplo de poupar o paciente de informações que lhe causem mais sofrimento, ocultar informações desnecessárias para um leigo ou que, por receio do médico, levariam o paciente a desistir do tratamento (MARÇAL, 2009).

A autonomia do paciente será representada no Termo de Consentimento Informado, na qual o paciente aceita expressamente o tratamento oferecida pelo médico, que é feito em linguagem clara e acessível ao paciente, pois assim deve-se entender a relação entre o médico e seu paciente - e o mesmo deverá aceitar.

O Termo de Consentimento é importante ferramenta para defesa do médico, de qualquer alegação falsa, por parte de possíveis pacientes insatisfeitos, como também para proteção do paciente na prova de resultados insatisfatórios ou que não condizem com o prometido pelo médico responsável.

No momento que emitir sua decisão, o paciente deve estar esclarecido do diagnóstico, do tratamento mais adequado a ser implementado, e de seus efeitos colaterais e adversos. A decisão deve ser avaliar o maior número possível de informações, que devem ser passadas de forma clara e abrangente, avaliando as opções de tratamento, riscos e benefícios. O paciente precisa ter discernimento para a tomada de decisão, ou seja, ter capacidade de estabelecer a diferença, distinção e fazer apreciação, estando apto a compreender a situação na qual se encontra. O médico deverá analisar se o nível de consciência do paciente permite que tome decisões. Destarte, a autonomia privada requer que não haja limitadores à manifestação da vontade, isto é, deve ser livre, não podendo comportar quaisquer vícios no consentimento do paciente. Os únicos condicionantes admitidos são os da sua própria consciência (SÁ; PONTES, 2009).

Enfim, há um consenso, conforme aduz Dworkin (2009), de que os adultos dotados de capacidade jurídica de fato têm direito à autonomia, isto é, direito de tomar decisões importantes para a definição de suas vidas. “Os adultos competentes são livres para fazer maus investimentos, desde que outros não lhes enganem, nem soneguem informações” (DWORKIN, 2009).

E isso vale tanto quando a manifestação seja no sentido de proceder ou manter o tratamento, quanto no sentido de privar-se deste. De outro modo, ainda que varie o conteúdo da

manifestação volitiva, tendo a mesma sido conscientemente dada, a ideia é de que, em princípio, a mesma deva ser respeitada pelo profissional envolvido.

Sarlet (2008, p.38) citando Kant diz que:

Construindo sua concepção a partir da natureza racional do ser humano, Kant sinala que a autonomia da vontade, entendida como a faculdade de determinar a si mesmo e agir em conformidade com a representação de certas leis, é um atributo apenas encontrado nos seres racionais, constituindo-se no fundamento de sua dignidade.

Entende-se que o ser humano por essa condição é detentor de autonomia, mas não se pode entender como um direito absoluto, visto sofrer uma certa limitação da lei, o indivíduo é livre para fazer o que quiser, desde que respeite o que for determinado em lei, o que significa que se não houver previsão legal, o indivíduo mesmo em sua fase final, não tem o direito subjetivo de escolher em morrer (CARVALHO, 2012).

CAPÍTULO 2- CONCEITOS E RESOLUÇÕES DO CFM

2.1 Eutanásia

Palavra oriunda do grego, pela junção do prefixo *eu* (boa) com a palavra *thânatos* (morte). Utiliza-se este termo para caracterizar a morte provocada (antecipação) por motivos humanitários em pacientes gravemente enfermos e que apresentem grandes sofrimentos que não possam ser aliviados (ANDRADE, 2011).

A eutanásia passou a significar apenas a morte causada por conduta do médico sobre a situação de paciente incurável, em terrível sofrimento, e é expressão que se tornou mais conhecida na medicina pelo filósofo inglês Francis Bacon em 1623, na sua obra *Historia Vitae et Mortis*, na qual expressava que o médico pode e deve por meio de sua conduta acalmar os sofrimentos e as dores, não apenas quando este alívio possa lhe trazer cura, mas também quando pode se servir da mesma para procurar uma “morte doce e tranquila” ou “boa morte” (DODGE, 1999; BOTTEGA; CAMPOS, 2011).

Em alquimia semântica ou polissemia pode ainda ser interpretada como “morte por compaixão, morte apropriada, morte piedosa e morte benéfica”.

Na Idade Média e no início da Idade Moderna a eutanásia era utilizada, contra os mortalmente feridos, por meio de um punhal denominado “misericórdia”, para que estes se livrassem de sofrimentos atrozes. Na Índia Antiga, os portadores de doença incurável eram atirados no Rio Ganges, após serem sufocados na boca e nas narinas com lama do “rio sagrado”. Na Grécia e Roma Antiga, a morte era dada aos incuráveis, anciãos, inválidos e recém-nascidos deformes. Em Esparta, os recém-nascidos malformados eram sacrificados na Ilha de Kos e atirados do alto do Monte Taijeto, sendo que os idosos eram convidados para uma festa, ao final da qual lhes era oferecido veneno. Com o cristianismo e a humanização do direito, a eutanásia passou a possuir caráter criminoso (PEREIRA; ALARCON, 2009).

Carvalho (2001, p. 185) assevera:

A eutanásia costumava ser um problema social em sociedade primitivas em que se eliminavam os considerados inúteis como, por exemplo, os recém-nascidos com malformações e as pessoas idosas. Esta prática veio, no entanto, a terminar com o aparecimento do Cristianismo.

De 1939 a 1945, o “Aktion T4” - programa de eugenismo e eutanásia da Alemanha Nazista - no qual médicos assassinaram centenas de pessoas consideradas “incuravelmente doentes”, eliminaram mais de 200.000 pessoas por terem uma “vida que não merecia ser vivida”. Este programa nazista materializou a proposta da “higienização social”, criando o maior crime já visto: o Holocausto.

Em 1935 foi criado na Inglaterra um Comitê constituído por três médicos, um advogado e três pastores, chamado “*The Voluntary Euthanasia Legalization Society*”, expandindo-se rapidamente e, três anos depois, o pastor Charles Francis Potter criou a ‘*Euthanasia Society of America*’ nos EUA (PEREIRA; ALARCON, 2009).

Em 1956, o Papa Pio XII, expressou que toda forma de eutanásia é ilícita por dispor sobre a vida, já que para os cristãos o homem não é proprietário de seu corpo, devendo respeitar a vontade de Deus. Em 1968, a Associação Mundial de Medicina adotou uma resolução contrária à eutanásia, considerando como um procedimento inadequado (BERTACO, 2009).

Em 1974, três ganhadores do prêmio Nobel, quais sejam George Thompson, Jacques Monod e Linus Pauling assinaram uma declaração em favor da eutanásia humanitária, conceituando-a como uma morte rápida, sem dor e considerada como um benefício para o interessado (PEREIRA; ALARCON, 2009).

Em 1980 o Papa João Paulo II, à época, líder eclesiástico da Igreja Católica, publicava a “Declaração sobre a Eutanásia”, pela Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, que afirmava que na iminência de uma morte inevitável, apesar dos meios usados, é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes (VATICANO, 1980). Admite a ortotanásia, que é a morte no “tempo certo”, com objetivo de aliviar as dores dos pacientes e não por desejo de se desfazer do mesmo:

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

É sempre lícito contentar-se com os meios normais que a medicina pode proporcionar. Não se pode, portanto, impor a ninguém a obrigação de recorrer a uma técnica que, embora já em uso, ainda não está isenta de perigos ou é demasiado onerosa. Recusá-la não equivale a um suicídio; significa, antes, aceitação da condição humana, preocupação de evitar pôr em ação um dispositivo médico desproporcionado com os resultados que se podem esperar, enfim, vontade de não impor obrigações demasiado pesadas à família ou à coletividade. [...]. (VATICANO, 1980).

A Encíclica *Evangelium Vitae* de 1995 permite ao doente renunciar o excesso terapêutico:

Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado “*excesso terapêutico*”, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência “renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes”. Há, sem dúvida, a obrigação moral de se tratar e procurar curar-se, mas essa obrigação há de medir-se segundo as situações concretas, isto é, impõe-se avaliar se os meios terapêuticos à disposição são objetivamente proporcionados às perspectivas de melhoramento. A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana defronte à morte. [...]

Mesmo quando não é motivada pela recusa egoísta de cuidar da vida de quem sofre, a eutanásia deve designar-se uma *falsa compaixão*, antes uma preocupante “perversão” da mesma: a verdadeira “compaixão”, de fato, torna solidário com a dor alheia, não suprime aquele de quem não se pode suportar o sofrimento. E mais perverso ainda se manifesta o gesto da eutanásia, quando é realizado por aqueles que — como os parentes — deveriam assistir com paciência e amor o seu familiar, ou por quantos — como os médicos —, pela sua específica profissão, deveriam tratar o doente, inclusive nas condições terminais mais penosas. [...]

A decisão da eutanásia torna-se mais grave, quando se configura como um *homicídio*, que os outros praticam sobre uma pessoa que não a pediu de modo algum nem deu nunca qualquer consentimento para a mesma. Atinge-se, enfim, o cúmulo do arbítrio e da injustiça, quando alguns, médicos ou legisladores, se arrogam o poder de decidir quem deve viver e quem deve morrer. Aparece assim reproposta a tentação do Éden: tornar-se como Deus “conhecendo o bem e o mal” (cf. *Gn* 3, 5). Mas, Deus é o único que tem o poder de fazer morrer e de fazer viver: “Só Eu é que dou a vida e dou a morte” (*Dt* 32, 39; cf. *2 Re* 5, 7; *1 Sam* 2, 6). Ele exerce o seu poder sempre e apenas segundo um desígnio de sabedoria e amor. Quando o homem usurpa tal poder, subjugado por uma lógica insensata e egoísta, usa-o inevitavelmente para a injustiça e a morte. Assim, a vida do mais fraco é abandonada às mãos do mais forte; na sociedade, perde-se o sentido da justiça e fica minada pela raiz a confiança mútua, fundamento de qualquer relação autêntica entre as pessoas. [...]. (VATICAMO, 1995).

Em 1991, a Comissão do Meio Ambiente do Parlamento Europeu adotou uma proposta de resolução admitindo a eutanásia, conforme se verifica em seu fragmento ora transcrito:

Na ausência de qualquer terapêutica curativa, e após o fracasso de cuidados paliativos [...], toda vez que um doente plenamente consciente solicitar [...] que seja dado um termo a uma existência que tenha perdido toda dignidade, e que uma junta médica... constate a impossibilidade de trazer novos cuidados [...], este pedido deverá ser satisfeito. (VIEIRA, 2003, p. 91).

A morte de João Paulo II em 2 de abril 2005 foi cercada de mistérios. Apesar de os católicos não admitirem a eutanásia, a revista “Time” publicou um artigo médico italiano dizendo que o Papa João Paulo II pode não ter morrido de forma natural, e sim com a aplicação

da eutanásia. A médica italiana Lina Pavanelli, chefe da escola de anestesia da Universidade de Ferrara, na Itália, afirmou que a demora em colocar tubo artificial no Sumo Pontífice acelerou a sua morte. A médica informou que o Sumo Pontífice se negou em ser alimentado de forma artificial.

Nos dias atuais não se valoriza tanto o significado originário do conceito de eutanásia, mas pensa-se, sobretudo, na intervenção do médico movido pela piedade, da abreviação da vida do doente com doença incurável e forte sofrimento, o qual solicita a própria morte para atenuar as dores da doença ou de sua agonia, física e psíquica, mesmo com risco de suprimir a vida prematuramente. A eutanásia é ainda compreendida como “dar a morte por compaixão” para eliminar radicalmente os sofrimentos extremos dos incuráveis ou doentes mentais, os quais poderiam vir a trazer encargos demasiado pesados para as famílias ou para a sociedade.

No passado, a eutanásia, em sua origem, não tinha a intenção de causar a morte, ainda que para cessar os sofrimentos do doente:

Na verdade, conforme o sentido originário da expressão, seriam medidas eutanásicas não a morte, mas os cuidados paliativos do sofrimento, como acompanhamento psicológico do doente e outros meios de controle da dor. Também seria uma medida eutanásica a interrupção de tratamentos inúteis ou que prolongassem a agonia. Ou seja: a eutanásia não visava à morte, mas a deixar que esta ocorresse da forma menos dolorosa possível. (BORGES, 2001, p. 285).

A par disso, é imperioso destacar quatro elementos importantes para a configuração da eutanásia: “o requerimento por parte do paciente; a piedade diante da indigna situação do indivíduo; a gravidade da doença e a realização do ato pelo profissional da medicina”. (SÁ, 2005, p. 136).

A eutanásia é um tema bastante delicado, que divide opiniões e gera muita polêmica, visto que o que se trata é algo que vai contra o que se considera normal e aceitável pelo bom senso humano, com repercussão nas esferas moral, ética, social, religiosa, médica e jurídica, e tratando de algo indispensável e essencial a todos: a vida. Cabe esclarecer que a medicina pode não manter o paciente vivo em toda e qualquer circunstância, porém pode-se ter a certeza de que, a qualquer tempo, pode pôr um fim ao sofrimento de qualquer sujeito (BOTTEGA; CAMPOS, 2011).

O conceito moderno de eutanásia é a prática pela qual se abrevia a vida de um enfermo acometido de alguma patologia em fase terminal, por ação ou omissão do médico, tendo como consequência à morte sem sofrimento a indivíduo, cujo estado de doença é crônico e, portanto, incurável, normalmente associado a imenso sofrimento físico e psíquico.

No que diz respeito à conduta do agente, podemos classificá-la em eutanásia por ação ou positiva, e eutanásia por omissão ou negativa; ou, ainda, em eutanásia ativa e passiva. Observando-se o fim perseguido pelo autor da conduta, pode-se, ainda, dividir a eutanásia ativa em: direta, indireta ou pura. Esta última modalidade, consiste na aplicação de meios no auxílio à “boa morte” desprovidos de efeitos que abreviem o curso vital, não acarretando maiores questionamentos (FELIX, 2007).

Nesse mesmo sentido, é a posição traçada por Pessini e Barchifontaine (2012, p. 409):

Distingue-se entre eutanásia ativa (positiva ou direta), de um lado, e passiva, de outro. No primeiro caso, trata-se de uma ação médica pela qual se põe fim à vida de uma pessoa enferma, por um pedido do paciente ou a sua revelia [...] É também chamada de morte piedosa ou suicídio assistido. A eutanásia passiva ou negativa não consistiria numa ação médica, mas na omissão, isto é, na não aplicação de uma terapia médica com a qual se poderia prolongar a vida da pessoa enferma.

Quanto à eutanásia passiva, contudo, há divergência de entendimentos, apontando para consequências jurídicas distintas. Santoro (2010) considera que a eutanásia passiva se caracteriza pela conduta omissiva que ocasionará a supressão ou a interrupção dos tratamentos indispensáveis ou ordinários à manutenção da vida do paciente; Diniz (2014) entende que o mesmo conceito de eutanásia passiva é sinônimo de ortotanásia.

A eutanásia representa atualmente uma complicada questão da bioética e do biodireito, pois enquanto o Estado tem como princípio, à proteção da vida dos seus cidadãos, existem aqueles que, devido ao seu estado terminal de saúde, desejam a morte como resolução de seus sofrimentos humanos. A questão da legalização ou não da eutanásia é o principal alvo dos debates, pois em alguns países a prática é regulamentada, entretanto em quase todos os países a técnica é ilegal, ou não tratada diretamente em sua legislação pátria.

Os opositoristas à eutanásia não concordam que existem casos em que a eutanásia ativa é uma opção moral aceitável, visto há casos que têm quatro características que poderiam justificar a autorização: a) a pessoa está morrendo; b) existe um sofrimento muito intenso; c) o sofrimento não pode ser aliviado nem mesmo pela melhor intervenção médica; e d) o paciente é competente e deseja a eutanásia. A explicação mais razoável para esta ausência de casos de eutanásia documentados na literatura é que ela só acontece em casos nos quais toda a equipe de saúde, o paciente e os seus parentes estão de acordo de que a eutanásia é a ação apropriada na circunstância (HOLM, 1999).

Um argumento, aparentemente forte, pautado para impedir a admissibilidade da eutanásia, consiste na consideração de que a vida é um bem indisponível. Vários são os autores

adeptos desse pensamento, por considerarem que o direito à vida é absoluto e deve sobrepor-se aos demais direitos fundamentais. Nessa seara, Diniz (2014) aduz que “[...] o direito à vida, por ser essencial ao ser humano, condiciona os demais direitos da personalidade” (DINIZ, 2014, p.32).

Quanto ao consentimento do paciente, isto é, a volição, a eutanásia pode ser voluntária, involuntária e não voluntária. A voluntária é a resposta à vontade expressa do doente; a involuntária, quando o ato é realizado contra a vontade do enfermo, e em linhas gerais pode ser igualado ao homicídio; e a não voluntária é quando a vida é abreviada sem que se conheça a vontade do paciente.

A eutanásia ativa também pode ser produzida pelo próprio indivíduo enfermo, quando ministra drogas a si mesmo capazes de abreviar sua própria vida ou por meio de ação médica pela qual se põe fim à vida de uma pessoa enferma, pelo pedido do paciente ou a sua revelia, e será passiva quando o médico deixa de prolongar por meios artificiais terapêutica ordinária, sendo que se a vida é irrefragavelmente condenada, é conceituada atualmente pela bioética como ortotanásia.

Sanvito (2002, p. 66) apresenta a seguinte distinção entre eutanásia passiva e ativa:

Na eutanásia passiva, há omissão de tratamento tanto do ponto de vista farmacológico quanto da utilização de procedimentos ou recursos extraordinários de manutenção da vida, quer dizer, manutenção de vida por meio de equipamentos. A eutanásia ativa configura-se naqueles casos em que há um procedimento ativo do médico, ou de outro profissional da saúde, propiciando ou acelerando a morte do paciente.

Atualmente, a classificação da eutanásia baseia-se no ato em si e no consentimento do enfermo. Quanto ao ato, a eutanásia pode ser ativa, passiva e de duplo efeito, sendo que na eutanásia ativa há um traçado e ações que têm por objetivo pôr termo à vida, uma vez que é planejada e negociada entre o doente e o médico, ou parente que vai levar a termo o ato (VILLAS-BÔAS, 2008).

Por eutanásia ativa concebe-se aquela em que uma pessoa inflige à morte ao sujeito, podendo encurtar a vida diretamente – *eutanásia direta* – ou podendo o tempo de vida ser reduzido indiretamente por meio de medicamentos ministrados para aliviar a dor – *eutanásia indireta*, também denominada *eutanásia de duplo efeito* (FELIX, 2007).

Elaborar uma lei que permita a eutanásia ativa somente nos casos em que o paciente a solicite, seja competente, e esteja em condição irremediável de sofrimento, já em processo irreversível de morte é desafio hercúleo, visto que tal lei se apoiaria em duas normas éticas

parcialmente conflitantes: a) o respeito pela autodeterminação (autonomia); b) o dever de aliviar o sofrimento (RIBEIRO, 2006; SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Utilizando-se das palavras de Barroso e Martel (2012, p. 24):

O termo eutanásia foi utilizado, por longo tempo, de forma genérica e ampla, abrangendo condutas comissivas e omissivas em pacientes que se encontravam em situações muito dessemelhantes. Atualmente, o conceito é confinado a uma acepção bastante estreita, que compreende apenas a forma ativa aplicada por médicos a doentes terminais cuja morte é inevitável em curto lapso de tempo. Compreende-se que a eutanásia é a ação médica intencional de apressar ou provocar a morte – com exclusiva finalidade benevolente – de pessoa que se encontre em situação considerada irreversível e incurável, consoante os padrões médicos vigentes, e que padeça de intensos sofrimentos físicos e psíquicos.

A eutanásia de duplo efeito consiste em uma ação de cuidados realizada que acaba conduzindo, como efeito secundário, ao óbito. Exemplo disso seria a analgesia e a sedação, utilizadas em pacientes sem possibilidades terapêuticas, que têm como objeto principal aliviar os sintomas e promover a qualidade de vida, e não provocar a morte, embora essa possa ocorrer como consequência da analgesia.

Um dos argumentos mais frequentemente citados em favor da prática da eutanásia ativa e legal é a crença no valor da autonomia do indivíduo sobre sua própria vida. Algumas pessoas sentem da mesma forma que Martin Luther King Jr., que disse: "Aqui estou, não posso fazer nada. Sou responsável por mim mesmo, pela minha vida e, portanto, pela minha própria morte" (HOLM, 1999).

Os que são céticos em relação à eutanásia ativa, pensam no sofrimento quase que exclusivamente em termos de dor grave intratável, enquanto os que são pró-eutanásia, frequentemente têm uma concepção mais abrangente de sofrimento, incluindo a perda de dignidade, ou mesmo, o medo da perda da dignidade no futuro (HOLM, 1999).

O debate bioético hodierno sobre a “boa morte” repousa, em grande medida, na polarização entre os Princípios do Respeito à Autonomia Individual e da Sacralidade da Vida, o primeiro de “inspiração” marcadamente iluminista e o último, de tessitura notadamente religiosa, especialmente judaico-cristã (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005).

A eutanásia ativa introduziria uma ruptura com um aspecto fundamental da tradição cultural de nossa sociedade cristã, que se apoia no princípio da santidade da vida humana. Esse princípio proíbe tirar a vida de outra pessoa, visto que não se deve destruir o valor atribuído para cada ser humano, independentemente dos atributos físicos e ou mentais (HOLM, 1999).

Os argumentos contrários à eutanásia estão centrados no princípio da sacralidade da vida e no argumento “slippery slope” [ladeira escorregadia]. A justificativa seria que não se devem fazer concessões aparentemente inócuas, para não se abrir precedente para atitudes de inequívoco malefício, aqui incluído: desconfiança e subsequente desgaste na relação médico-paciente; possibilidade de atos não inspirados em fins altruístas, mas motivados por outras razões (herança, pensões e testamentos); pressão psíquica que poderia deixar os pacientes, cuja morte se aproxima, sem perspectivas outras que não a eutanásia, de fato não desejada, portanto de alguma forma imposta por razões circunstanciais; e a erosão definitiva do respeito à vida humana (MORAIS, 2010).

Essas reflexões e debates trazem questões candentes, como o direito a ter uma morte digna, quando esta é inevitável, embora não se possa confundi-la com o que se denomina de direito à morte em sujeito saudável. A oposição encontra-se entre o poder de tirar a vida, quando existe possibilidade de viver com procedimentos ordinários, ou de prolongar a agonia, com sofrimento e dor, quando já não existe essa possibilidade, ainda que se utilizasse de procedimentos extraordinários.

As Sagradas Escrituras rejeitam a eutanásia peremptoriamente, em respeito àqueles que põem a sua fé e a sua esperança em Cristo que, pela sua vida, morte e ressurreição, deu um sentido novo à existência e especialmente à morte dos cristãos, segundo as palavras de São Paulo: “Se vivemos, vivemos para o Senhor e, se morremos, morremos para o Senhor. Portanto, na vida e na morte, pertencemos ao Senhor” (Romanos 14: 8; Filipenses 1:20).

2.2 Distanásia

Palavra igualmente de origem grega pela junção do prefixo *dis* (incorreto ou defeituoso) com a palavra *thânatos* (morte). Caracteriza “morte sofrida e cruel” ou “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”, geralmente associada a uma obstinação terapêutica desprovida de resultados benéficos para o paciente. É o contrário da ortotanásia (ANDRADE, 2011). É conhecida também como “futilidade médica” ou “obstinação terapêutica”.

Conceitua-se como o emprego de todos os meios terapêuticos possíveis no paciente que sofre doença incurável e com terrível agonia, de modo que tais providências podem prolongar-lhe a existência, sem mínima certeza de sua eficácia, nem da reversibilidade do quadro, pois o fim da vida segue seu curso natural. A terapêutica empregada é fútil, e a sua adoção apenas prolongará a morte (quantidade de vida), não sendo efetiva para melhorar ou corrigir as condições que ameaçam a vida do paciente (qualidade de vida).

Os defensores da distanásia defendem que devem ser utilizadas todas as possibilidades para prolongar a vida de um ser humano, ainda que a cura não seja uma possibilidade, e o sofrimento se torne demasiadamente penoso, sem a mínima certeza de sua eficácia, nem da reversibilidade da doença em curso.

Para Barroso e Martel (2012, p. 25):

Por distanásia compreende-se a tentativa de retardar a morte o máximo possível, empregando, para isso, todos os meios médicos disponíveis, ordinários e extraordinários ao alcance, proporcionais ou não, mesmo que isso signifique causar dores e padecimentos a uma pessoa cuja morte é iminente e inevitável. Em outras palavras, é um prolongamento artificial da vida do paciente, sem chance de cura ou de recuperação da saúde segundo o estado da arte da ciência da saúde, mediante conduta na qual não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer.

A distanásia ocorre por meio de exercícios técnicos levados a efeito para adiar a morte, empregando recursos para que ela chegue lentamente, oferecendo mais chances de observação em torno do enfermo, ainda que cominado em situação irreversível ou em estado meramente artificial (BOTTEGA; CAMPOS, 2011).

A distanásia está em contraposição à ortotanásia, pois tem por objetivo prolongar a vida a qualquer custo, mesmo com sofrimento do paciente. É prática muito discutível, pois delonga a agonia dos pacientes sem que esses tenham expectativa de cura ou melhora na qualidade de vida (JUNGES, 2010).

É também conhecida como “obstinação terapêutica” ou “futilidade médica”, pois em tese, tudo necessita ser feito, ainda que cause sofrimento bárbaro ao paciente, morte lenta, e com muito sofrimento (BOTTEGA; CAMPOS, 2011).

Procedimentos médicos distanásicos são realizados com pacientes gravemente enfermos para se evitar a morte. Ao se esticar o processo de morrer, se promove a distanásia. Mas evitar a distanásia não é eutanásia. Combater a morte com tratamentos fúteis provoca algumas das mortes indignas de nosso tempo, prolongadas, com sofrimento, e solitárias (KOVÁCS, 2011).

É também compreendida como manutenção da vida por meio de tratamentos desproporcionais, levando a um processo de morrer prolongado, e com sofrimento físico ou psicológico, isto é, de um aprofundamento das características que tornam a morte uma espécie de hipermorte (MORAIS, 2010).

O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil, já que se trata da atitude médica que, visando a salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer.

No mundo europeu, define-se esse processo como obstinação terapêutica; nos Estados Unidos, como futilidade médica. Uma questão importante deve ser posta: até que ponto se deve prolongar o processo do morrer quando não há mais esperança de reverter o quadro? (PESSINI, 1996).

Houve significativo crescimento do poder de intervenção do médico, sem a necessária reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida do enfermo, onde a função clássica do médico – *curar, às vezes; aliviar, muito frequentemente e confortar, sempre* – é posta de lado, pois se relega o cuidado da pessoa doente, e se enfatiza o tratamento da doença. Assim, a obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo conduz à obstinação terapêutica e a situações distanásicas (SIQUEIRA, 2005).

O avanço dos recursos terapêuticos e diagnósticos modificou o perfil dos óbitos, antes devidos a doenças infectocontagiosas, consideradas letais, para doenças não transmissíveis, passíveis de tratamentos e intervenções que prolongam, significativamente, a vida dos pacientes. A questão da humanização da dor e do sofrimento humano na área da saúde traz, para além dos aspectos fisiológicos, reflexões sobre a perda da integridade da pessoa humana e da conseqüente perda de qualidade de vida. Por isso, é necessário atentar para a tendência da clínica em concentrar os tratamentos apenas nos sintomas físicos, como se esses fossem os únicos motivos de aflição do paciente (PESSINI, 2003).

O aumento da expectativa de vida dos indivíduos acometidos por doenças, graças ao desenvolvimento dos recursos da medicina e da biotecnologia, traz ao cenário várias questões bioéticas, introduzindo pontuações de humanização nas relações interpessoais e de cuidado, e suscitando a discussão sobre a legitimidade do custo humano e econômico de um prolongamento desproporcional da vida (PONTES et al, 2007).

Pessoas doentes distantes de possibilidades de restabelecimento integral de sua saúde, “enfrentando” a morte iminente e inevitável na tentativa de busca de cura (distanásia ou obstinação terapêutica) torna-se uma enorme agressão à dignidade humana. Senso assim, tentar encontrar cura da morte não é uma insensatez? (PESSINI, 2003).

O engajamento e a obrigatoriedade dos médicos com a promoção da qualidade de vida nos pacientes terminais permitiu desenvolver à obstinação terapêutica, e a um morrer prolongado repleto de sofrimento (MARTA; HANNA; SILVA, 2010).

E para dirimir questões polemicas, que a Resolução nº 1931/2009 – Código de Ética Médica – rejeita na *práxis médica* a distanásia:

Art. 41, 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. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

2.3 Ortotanásia

Palavra oriunda do grego pela junção do prefixo *ortho* (correto) com a palavra *thânatos* (morte). É utilizada para caracterizar a morte natural em que o paciente é atendido em seus últimos momentos com humanidade e atenção, procurando-se aliviar os seus sofrimentos, porém, sem insistir em terapêuticas e procedimentos cuja efetividade inexistente para o paciente (ANDRADE, 2011).

A ortotanásia indica a omissão voluntária pelo médico dos meios terapêuticos extraordinários visando deixar o paciente que sofre de doença incurável e terrível agonia almejar à morte, os quais embora eficazes, atingem o objetivo buscado apenas transitoriamente, de tal forma que a situação clínica do paciente logo retorna à condição anterior, que anula o benefício atingido na vida irrefragavelmente condenada.

Pessini e Barchifontaine (2008, p. 179) conceitua a ortotanásia:

É a síntese ética entre o morrer com dignidade e o respeito à vida humana, que se caracteriza pela negação da eutanásia (abreviação da vida) e da distanásia (prolongamento da agonia e do processo de morrer). A ortotanásia permite ao doente que se encontra diante da morte iminente e inevitável, bem como aqueles que estão ao seu redor – sejam familiares, sejam amigos, sejam profissionais de saúde – enfrentar com naturalidade a realidade dos fatos, encarando o fim da vida não como uma doença para qual se deva achar a cura a todo custo, mas sim como condição que faz parte do seu ciclo natural.

Em muitos casos, a morte é adiada à custa de insensato, e prolongado sofrimento para o doente e sua família. A finitude da vida é uma condição diagnosticada pelo médico diante de um paciente com doença incurável; portanto, entende-se que existe uma doença em fase terminal, e não um doente terminal. (MORAIS, 2010).

Segundo SÁ (2005, p. 134):

Entende-se que a eutanásia passiva, ou ortotanásia, pode ser traduzida como mero exercício regular da medicina e, por isso mesmo, entendendo o médico que a morte é iminente, o que poderá ser diagnosticado pela própria evolução da doença, ao profissional seria facultado, a pedido do paciente, suspender a medicação utilizada para não mais valer-se de recursos heroicos, que só têm o condão de prolongar sofrimentos (distanásia).

Necessário esclarecer que ortotanásia consiste no ato de suspender medicamentos ou medidas que aliviem a dor, ou de deixar de usar os meios artificiais para prolongar a vida de

um paciente em coma irreversível, por ser intolerável o prolongamento de uma vida vegetativa sob o prisma físico, emocional e econômico, acatando solicitação do próprio enfermo ou de seus familiares (BOTTEGA; CAMPOS, 2011).

Autores consideram que a avaliação pelo médico do que é tratamento fútil é muito difícil, ou seja, a ortotanásia, e se não impossível, em muitas situações, existe o risco do médico impor unilateralmente ao paciente e à família os seus próprios valores, ferindo inclusive o princípio ético da beneficência, como a suspensão de uma medida vital em um paciente ainda não terminal. A interrupção de medidas consideradas fúteis ou a não adoção de medidas vitais somente pode ser pensada após haver um consenso de que o paciente encontra-se em fase de morte inevitável (RODRIGUES, 2003).

É certo que a ortotanásia por sua vez, não provoca deliberadamente a morte do doente, no entanto, com o passar do tempo, conjuntamente com a interrupção de todos e quaisquer cuidados assistenciais, farmacológicos e ou outros, o enfermo acaba inexoravelmente por falecer. A conduta médica será lícita se não significar encurtamento do período natural de vida do paciente portador de doença incurável ou terminal, e já em terrível sofrimento, ou se resultar do emprego de recurso médico tendente a aliviar-lhe o sofrimento como analgésicos, em atenção ao Princípio da Não Maleficência, caso contrário, caracterizará homicídio qualificado, pela ausência de tratamento ordinário, que significará conduta omissiva, e morte.

Na sociedade hodierna, na qual os valores fundamentais da vida humana são postos em discussão, a modificação da cultura influi no modo de considerar o sofrimento e a morte, e a medicina aumentou a sua capacidade de curar e de prolongar a vida em condições que levantam problemas de caráter moral. Assim, os homens que vivem num tal clima interrogam-se com angústia sobre o significado da velhice extrema e da morte, e chegam mesmo a perguntar a si mesmos se terão o direito de procurar, para si e os seus semelhantes, uma “morte suave” que lhes abrevie os sofrimentos, ou seja, mais conforme a dignidade humana.

Na ortotanásia, há omissão ou suspensão de medidas que perderam sua efetividade por resultarem inúteis para aquele indivíduo, no grau de doença em que se encontra. Mantêm-se os cuidados básicos. É certo que a ortotanásia por sua vez, não provoca deliberadamente a morte do doente, no entanto, com o passar do tempo, conjuntamente com a interrupção de todos e quaisquer cuidados assistenciais, farmacológicos e ou outros, o enfermo acaba inexoravelmente por falecer. O direito à vida não implica obrigação de sobrevida, além do período natural, mediante medidas por vezes desgastantes e dolorosas, impondo séria ameaça à dignidade humana do doente (MORAIS, 2010).

Na temática em questão, o processo de morte do sujeito configura-se como espécie de morte ao seu *tempo correto* (ortotanásia), sem tratamentos *desproporcionais* (distanásia) e sem a ocorrência interventiva da *abreviação do processo de morrer* (eutanásia).

Como o resultado dessas reflexões, Pessini (2003, p. 28) retoma o conceito de ortotanásia, definido como:

A arte de bem morrer, que rejeita toda forma de mistanásia (morte infeliz, vida abreviada não apenas de algumas pessoas, mas de centenas de milhares por violência, exclusão e pobreza), sem cair nas ciladas da eutanásia e muito menos da distanásia.

A ortotanásia é, nesse diapasão, a manifestação da “morte boa ou morte desejável”, não ocorrendo prolongamento da vida por meios que implicariam em aumento de sofrimento e mais dor, porquanto não se utiliza de tratamento extraordinário.

Seguindo esta linha, Dworkin (2009, p. 252) ratifica:

Os médicos dispõem de um aparato tecnológico capaz de manter vivas – às vezes por semanas, em outros casos por anos – pessoas que já estão à beira da morte ou terrivelmente incapacitadas, entubadas, desfiguradas por operações experimentais, com dores ou no limiar da inconsciência de tão sedadas, ligadas a dúzias de aparelhos sem os quais perderiam a maior parte de suas funções vitais, exploradas por dezenas de médicos que não são capazes de reconhecer e para os quais já deixaram de ser pacientes para tornar-se verdadeiros campos de batalha. Situações desse tipo nos aterrorizam a todos. Também temos medo – alguns mais que outros – de viver como um vegetal inconsciente, mas escrupulosamente bem cuidados. Cada vez mais, nos damos conta da importância de tomar uma decisão com antecedência: queremos ou não ser tratados desse modo?

A ortotanásia é sensível ao processo de humanização da morte, e não incorre em prolongamentos abusivos com a aplicação de meios terapêuticos desproporcionados que imporiam sofrimentos adicionais ao enfermo. Quando a atuação médica já não for capaz de acrescentar benefícios efetivos ao paciente, é importante, ao menos, não lhe aumentar os sofrimentos, mediante atuação indevida e obstinada (excesso terapêutico) para tão somente prolongar a vida, isto é, apenas promover ao mesmo uma existência terminal.

Borges (2007) enfatiza a necessidade de se aceitar a ortotanásia na *praxis médica*, contudo, assevera a eutanásia ou auxílio ao suicídio como práticas condenáveis:

O direito de morrer dignamente é a reivindicação por vários direitos, como a dignidade da pessoa, a liberdade, a autonomia, a consciência; refere-se ao desejo de se ter uma morte humana, sem o prolongamento da agonia por parte de um tratamento inútil. Isso não se confunde com o direito de morrer. Esse tem sido reivindicado como sinônimo de eutanásia ou de auxílio ao suicídio, que são intervenções que causam a morte. Não se trata de defender qualquer

procedimento que cause a morte do paciente, mas de reconhecer a sua liberdade e sua autodeterminação. (BORGES, 2007, p. 232).

A ortotanásia poderia ser interpretada como exercício regular da medicina, entretanto para sua configuração, é também necessária a solicitação do paciente, já que apenas o mesmo pode decidir sobre a disponibilidade de sua vida.

Segundo Lemos (1933, p.21 apud COCICOV, 2008) afirma que a ortotanásia nada mais é que o direito que o médico tem apenas em oferecer tratamento, não tendo obrigação de curar, e nem ser responsabilizado pela morte:

Ultimamente, as nossas academias quer de medicina, quer de ciências jurídicas e sociais, têm-se ocupado de dois problemas dados como muito importantes: 1º) o médico tem o direito de curar? E 2º) o médico tem o direito de matar? Ora, parece-me que, logo de início, a questão foi mal posta, e só por isso deu margem a intermináveis discussões; porque – não há a menor dúvida de que o médico só tem um direito, o de tratar. Direito de curar, não. Como reclamar o profissional de uma ação que ele não faz? A cura, isto é, o retorno à saúde, vem a ser a resultante de um processo orgânico operado pela natureza. Há erro no atribuir-se o sucesso da cura; e tanto mais descabida a pretensão, quanto ele não chama a si o insucesso da morte, o que, de resto, seria uma injustiça. O médico não cura, nem mata: faz tratamentos. Emprega, dentro da sua arte, os recursos científicos conhecidos, a fim de auxiliar as forças curativas naturais do organismo. (LEMOS, 1933, p. 21 apud COCICOV, 2008, p. 71).

No Anteprojeto de Reforma da Parte Especial do Código Penal, de 1984, o qual não foi levado adiante, era prevista a positivação da ortotanásia, ou seja, de suspensão de tratamento ordinário ou o desligamento do suporte vital para os pacientes em estado vegetativo persistente ou dos comatosos profundos, em decorrência da amplitude do termo usado, à época, para a disciplina jurídica do assunto (CARDOSO, 2010).

Assim, em 1984 havia a proposta do acréscimo do parágrafo 4º ao artigo 121 do Código Penal:

Exclusão da Ilicitude

§ 4º - Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos, a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente, ou na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão. (CARDOSO, 2010).

Decorre que o conceito envolvido no parágrafo 4º do Anteprojeto original seria uma causa de exclusão de ilicitude ou da antijuridicidade. Quando o parágrafo 4º é colocado como uma causa de exclusão de ilicitude, o que o anteprojeto faz é criar uma figura penal diversa da ortotanásia.

No anteprojeto, a conduta do parágrafo 4º seria típica, pois presentes (a) a ação ou a omissão; (b) dirigida à finalidade de abreviar a vida do enfermo; (c) apresentando o resultado naturalístico morte e (d) havendo um nexo de causalidade entre a conduta e o resultado. Perfeitamente compreensível o preenchimento completo dos elementos da tipicidade, uma vez que, quando o anteprojeto fala em "*deixar de manter a vida por qualquer meio artificial*", obviamente que é imperiosa a conclusão de que o paciente em estado vegetativo persistente também estaria ali inserido, visto que o que o mantém vivo é um meio artificial, sem o qual sua vida já teria se esvaído. O enfermo em estado vegetativo persistente é considerado pelo ordenamento jurídico pátrio um ser humano vivo, e a ação de retirada de suporte vital, ou a omissão em lhe submeter a esse, com a finalidade de abreviação da vida e, uma vez obtido o resultado morte, preencheria todos os elementos do tipo. Não sendo punida a conduta nestes casos, em razão excepcionalidade que o anteprojeto emprestou ao caso, colocando-o como uma causa de justificação, ao lado do estado de necessidade, legítima defesa, estrito cumprimento do dever legal e exercício regular de um direito (CARDOSO, 2010).

A UTI, quando não indicada para pacientes com doença avançada, sem possibilidade de melhora, pode tornar a morte um processo indigno e solitário; pode se transformar em crueldade ao privar o sujeito de sua própria morte. Estatísticas nos EUA mostram que 63% dos médicos superestimam o tempo de vida de pacientes e 40% sugerem tratamentos que não recomendariam para si (GAWANDE, 2010). Adicionalmente, o prolongamento artificial da vida leva à hipermedicalização da morte (ROCHA, 2013).

No ano de 1999, o Estado de São Paulo disciplinou o direito dos pacientes submetidos a tratamentos dolorosos ou extraordinários de exercerem seu direito à autonomia e requererem junto à equipe profissional a suspensão desses tratamentos (SÃO PAULO, 1999). A lei é mais conhecida como *Lei Covas* (Lei Estadual nº 10.241, de março de 1999), tanto pelo fato de ter sido o Governador de São Paulo, à época, que a sancionou, quanto pelo fato de, ele mesmo, em seu processo de morrer, ter invocado a lei para si.

A ortotanásia almeja a morte com dignidade no momento correto, com controle da dor e sintomas físicos, psíquicos, bem como questões relativas às dimensões sociais e espirituais. Por seu caráter multidisciplinar busca oferecer apoio à família na elaboração do luto antecipatório e no pós-óbito. A ortotanásia é, portanto, atitude de profundo respeito à dignidade do paciente (KOVÁCS, 2014).

Sá (2005) sintetiza o entendimento da ortotanásia, contrapondo-se à distánásia (prolongamento de quantidade de vida sem qualidade) e à eutanásia (abreviação de duração de vida):

Entende-se que a eutanásia passiva, ou ortotanásia, pode ser traduzida como mero exercício regular da medicina e, por isso mesmo, entendendo o médico que a morte é iminente, o que poderá ser diagnosticada pela própria evolução da doença, ao profissional seria facultado, a pedido do paciente, suspender a medicação utilizada para não mais valer-se de recursos heróicos, que só tem o condão de prolongar sofrimentos (distanásia) [...]. (SÁ, 2005, p.134).

Ainda, em caso de ortotanásia, uma vez presente o pedido do paciente ou, na impossibilidade deste, observada a consulta à família, nem sequer haveria que se falar em imputação de qualquer penalidade. No paciente terminal, o profissional optando pela obstinação terapêutica (distanásia) talvez incorresse no crime de constrangimento ilegal, previsto no artigo 146 do Código Penal.

Ainda em debate no Congresso Nacional urge por regulamentação em lei específica para pacificação social para os profissionais da área da saúde em tema tão palpitante.

2.4 Testamento Vital e Diretivas Antecipadas de Vontade

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) (*Advanced Care Documents*) constituem gênero de manifestação de vontade para tratamento médico, do qual são espécies o Testamento Vital (*Living Will*) e o Mandato Duradouro (*Durable Power Attorney*) (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013).

O Testamento Vital teve origem nos Estados Unidos da América (EUA), em 1969, quando Luis Kutner propôs a adoção do *Living Will*, conhecido no Brasil como Testamento Vital – documento que serviria para proteger o *direito individual a permitir a morte* (KUTNER, 1969). É um modelo de declaração prévia de vontade do paciente terminal foi proposto pelo advogado Louis Kutner tido como um meio de solução de conflitos entre médicos, pacientes terminais e familiares acerca da tomada de decisão dos tratamentos a que o paciente em estado de terminalidade deveria ser submetido (DADALTO, 2013).

É documento de direito de recusa de tratamento médico de prolongar a vida nos casos de diagnóstico de doentes terminais, ou estágio vegetativo persistente por meio de declaração escrita, que deve ser entregue ao médico, familiares ou representantes legais, e relaciona-se à recusa de tratamentos percebidos como obstinação terapêutica.

Em outras palavras, o testamento vital proposto por Kutner partia do princípio de que o paciente tem o direito de se recusar a ser submetido a tratamento médico cujo objetivo seja, estritamente, prolongar-lhe a vida, quando seu estado clínico for irreversível ou estiver em estado vegetativo sem possibilidade de recobrar suas faculdades, conhecido atualmente como Estado Vegetativo Persistente (EVP) (JENNETT; PLUM, 1972).

O Estado da Califórnia (EUA) reconheceu, em 1976, mediante o *Natural Death Act* (Lei da Morte Natural), que as pessoas adultas têm “o direito fundamental de controlar as decisões em relação ao cuidado médico que se lhes pode prestar, incluindo a decisão de que não se lhes apliquem, ou se lhes retirem as medidas que mantêm sua vida em casos de uma situação terminal”, e que se tornou o primeiro diploma legal a textualmente reconhecer o testamento vital.

Em 1991, o Congresso estadunidense aprovou a *Patient Self-Determination Act* (KOCH, 1992), Lei Federal que reconhecia o direito à autodeterminação do paciente. Em meados da década de 90, todos os estados norte-americanos haviam reconhecido expressamente a legalidade desses dois documentos. Neste período, existiam dois tipos de diretivas antecipadas: *Living Will* e o *Durable Power of Attorney for Health Care (DPAHC)*. Enquanto o *Living Will* consistia no documento pelo qual o indivíduo manifestava a recusa de tratamentos ante um diagnóstico de terminalidade ou da comprovação de EVP (Estado Vegetativo Persistente), o *Durable Power of Attorney for Health Care*, traduzido como Mandato Duradouro, consistia na nomeação de pessoa para tomar decisões relativas a tratamentos médicos pelo indivíduo quando este não mais fosse capaz – incapacidade que poderia ser permanente ou temporária (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013).

O Mandato Duradouro é o documento no qual o paciente nomeia um ou mais procuradores que devem ser consultados pelos médicos no caso de incapacidade temporária ou definitiva para tomar alguma decisão sobre tratamento ou procedimento quando não houver manifestação prévia de vontade ou, em havendo, se nesta há lacuna obscura que impeça a plena compreensão por parte de quem atende ao paciente. Saliente-se que o procurador de saúde decidirá com base na vontade do paciente. Em contrapartida, o Testamento Vital é um documento no qual uma pessoa capaz possa indicar seu desejo de que se deixe de lhe aplicar um tratamento em caso de enfermidade terminal (DADALTO, 2013).

As Diretivas Antecipadas de Vontade fundamentam-se nos Princípios da Autonomia, do Respeito às Pessoas e da Lealdade e possuem como benefício a melhoria da relação médico-paciente, e a autoestima do paciente, e ainda, propicia a diminuição de sentimento de culpa e indecisão nos parentes (DADALTO, 2013).

Há ainda o *Advanced Core Medical Directive* (Diretiva do Centro Médico Avançado), que consiste em um documento mais completo, direcionado ao paciente terminal, que reúne as disposições do Testamento Vital, e do Mandato Duradouro, ou seja, é a união dos outros dois documentos (SÁ, 2005).

O Testamento Vital, além de garantir a autonomia do paciente, é documento que tem como objetivo auxiliar os médicos para decidir sobre uma determinada forma ou não de tratamento, como expressão da vontade do paciente, registrada por escrito, que pode vir a estar impedido de manifestar seu desejo em virtude da doença, em estado incurável ou terminal e incapaz de manifestar-se. É importante ressaltar que, atualmente, no Brasil, não há regulamentação sobre o testamento vital, mas admite-se sua validade, diante da autonomia da pessoa e do Princípio da Dignidade (BORGES, 2001). Um outro modelo de documento, apresentado por Diniz (2014), que pode ter a mesma finalidade, é chamado "Diretrizes Antecipadas Relativas a Tratamentos de Saúde e Outorga de Procuração".

Testamento Vital é uma forma de respeito à autonomia do paciente que aparece ao lado da possibilidade do Consentimento Informado, podendo ser revogado pelo paciente a qualquer momento. Consubstancia-se numa forma muito útil de a pessoa manifestar sua vontade de forma inequívoca, caso, em momento futuro, não possa fazê-lo. Esse procedimento, além de evitar procedimentos médicos que o paciente não desejaria receber, poderia evitar que o médico fosse processado em face de sua omissão (FELIX, 2007).

O primeiro país europeu a legalizar as Diretivas Antecipadas de Vontade foi a Espanha, que em 2002 promulgou a Lei nº 41/2002. Saliente-se, contudo, que a legislação espanhola rechaçou a terminologia estadunidense diretivas antecipadas por julgá-la alijada do mundo da bioética e do direito sanitário, assim, na Espanha, este instituto é denominado *instrucciones previas*. Em 2007 criou-se o Registro Nacional de Instruções Prévias, e o correspondente arquivo automatizado de dados pessoais (ESPANHA, 2002; DADALTO, 2013).

Em Portugal, a discussão começou em 2006, com o projeto de lei de autoria da Associação Portuguesa de Bioética, mas apenas em julho de 2012 foi promulgada a lei que regulamenta as Diretivas Antecipadas de Vontade, com algumas alterações ao texto original. A lei iguala o Testamento Vital às Diretivas Antecipadas de Vontade e trata o Mandato Duradouro, lá chamado de procurador para cuidados em saúde, como outro instituto jurídico – mas prevê a criação de um registro nacional, o que significa grande avanço na operacionalização deste instituto (PORTUGAL, 2012; DADALTO, 2013).

Em 2009, foi promulgada a Lei federal nº 26.529, e posteriormente modificada pela Lei nº 25.742 em 2012, sobre os direitos do paciente dispor sobre suas vontades por meio de Diretivas Antecipadas de Vontade (ARGENTINA, 2009, 2012; DADALTO, 2013).

No Brasil, optou-se pelas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), que embora ainda não sejam lei têm o respaldo da Resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina

(CFM), reconhecendo o direito de o paciente manifestar sua vontade sobre tratamentos médicos e designar representante para tal fim, e o dever do médico em cumpri-la (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012). Neste documento consta previsão para que se detalhe por escrito, os desejos e valores que devem fundamentar as decisões médicas sobre os tratamentos do paciente (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013). Em observância técnica o Conselho Federal de Medicina optou por reconhecer, em um mesmo documento, o Testamento Vital e o Mandato Duradouro (DADALTO, 2013).

O que a resolução efetivamente fez foi reconhecer o direito de o paciente recusar tratamentos fúteis, também conhecidos como extraordinários, entendidos como os tratamentos que não oferecem benefício real ao paciente, pois a morte é inevitável, ou seja, são aqueles tratamentos que visam apenas prolongar a vida biológica do paciente, sem garantir a qualidade de vida (DADALTO, 2013).

As Diretivas Antecipadas de Vontade consideram que o paciente deverá participar ativamente na interrupção de tratamentos aos quais não deseja ser submetido. O que ainda suscita discussão é se o paciente tem capacidade para tomar essas decisões. Não se trata de suicídio, omissão de socorro ou eutanásia, mas sim de respeito à autonomia e possibilidade de escolha do paciente. Devem ser realizadas quando a pessoa está consciente e conversa ou delega à família ou pessoa de confiança sua decisão, pois há dúvidas se pacientes com doença avançada têm possibilidade de decidir sobre suas vidas, e portanto a importância de que esse tema seja ventilado entre pacientes, familiares e equipe de cuidados. O objetivo precípua é enfatizar a autonomia do paciente, o respeito a valores e escolhas da pessoa. O documento também respalda a conduta médica em situação de conflito, protegendo profissionais da acusação de omissão de socorro ou eutanásia, devendo-se registrar no prontuário o procedimento realizado segundo os ditames éticos da profissão (KOVÁCS, 2014).

A Resolução nº 1.995/2012, Conselho Federal de Medicina (2012) estabelece, no parágrafo segundo do artigo segundo, que “o médico registrará, no prontuário, as Diretivas Antecipadas de Vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente”, ou seja, o CFM regulamentou que o papel dos médicos é apenas registrar no prontuário os desejos do paciente. Entende-se como imprescindível a orientação do médico de família do declarante para a realização das diretivas antecipadas, já que devem garantir de que o conteúdo das Diretivas Antecipadas de Vontade realmente expresse a real vontade do paciente, bem como observa os ditames do Código de Ética Médica (DADALTO, 2013).

Decisões no final da vida são complexas, muitas vezes tomadas quando a capacidade de raciocínio do paciente está prejudicada ou impossibilitada. Na aproximação da morte podem

ocorrer dois caminhos: medidas para prolongar a vida – combatendo futilmente a morte – ou medidas que permitam o processo de morrer com o mínimo de sofrimento. (EMANUEL; SCANDRETT, 2010).

O Testamento Vital vem sendo implementado em muitos países como forma de que em futuro próximo seja positivado no ordenamento jurídico pátrio, o acréscimo dos cuidados que o testador deseja como deveria ser cuidado no final de sua vida expressando seu consentimento neste documento, e sendo assim, o Testamento Vital e as Diretivas Antecipadas de Vontade buscam incrementar a comunicação entre médicos, pacientes e familiares, a fim de evitar que familiares decidam contrariamente à vontade do paciente, haja vista que podem não estar preparados para tomar decisões sobre o tratamento ou sua interrupção (KOVÁCS, 2014).

No atual momento do Século XXI as pessoas deveriam ter o direito de escolher e decidir com dignidade o seu destino, prolongando sua agonia em leito hospitalar ou morrer na companhia de seus entes queridos expressando tal vontade nas Diretivas Antecipadas de Vontade, visto que o direito à vida não implica obrigação de sobrevivência, além do período natural, mediante medidas por vezes desgastantes e dolorosas, colocando séria ameaça à dignidade humana do doente.

Há inegável conflito bioético no progresso da medicina moderna e o da integridade da pessoa humana e sua disponibilidade, e por isso deve ser analisado tanto sob o ponto de vista jurídico, quanto sob o ponto de vista médico, religioso e filosófico, na busca da solução socialmente mais adequada, especialmente a cada caso concreto.

2.5 Cuidados Paliativos

A Constituição Federal de 1988 garante no artigo 5º a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade e à segurança, mas não estabelece o dever de vida e de liberdade (BRASIL, 1988). O direito (não o dever) à vida não prevê que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamentos fúteis, quando já não existem possibilidades de recuperação. O direito do paciente de não se submeter ao tratamento ou de interrompê-lo é consequência da garantia constitucional de sua liberdade, autonomia jurídica, inviolabilidade de sua vida privada e intimidade e, principalmente, da dignidade da pessoa, erigida como fundamento no artigo 1º da Constituição Federal (JUNGES et al, 2010).

Para tanto, poder-se-ia aumentar a pesquisa em Cuidados Paliativos; aprimorar a educação dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, e aumentar a diversidade de serviços de cuidados de saúde oferecidos para pacientes terminais, incluindo o estabelecimento

de ambulatórios e hospitais equipados e programas de assistência domiciliar “Home Care” para cuidar dos pacientes com doença terminal (HOLM, 1999).

O direito de morrer dignamente está relacionado com o desejo de se ter uma morte natural, humanizada, sem o prolongamento da vida indigna e do sofrimento por meio de tratamento inútil. Nesse diapasão, a morte digna diz respeito à dignidade da pessoa humana, base dos princípios da bioética e da ética médica e pressupostos de grande valor que devem ser respeitados na prática clínica (JUNGES et al, 2010).

A morte digna enfatiza o respeito à dignidade do enfermo, não o mantendo artificialmente conectado a aparelhos – monitores cardíacos, marcapasso, respiradores, máquinas de diálise - e com a manutenção artificial de dados vitais, sem qualquer possibilidade de cura. A morte digna do paciente poderá ocorrer em ambiente hospitalar ou residencial, sempre na presença dos entes queridos, familiares e pessoas do convívio, amparado pela equipe médica qualificada em cuidados paliativos (JUNGES et al, 2010).

A maioria dos profissionais da saúde em nosso país, sem falar do público em geral, praticamente desconhece o que significa Programas e Serviços de Cuidados Paliativos em instituições de saúde no país e, o entendimento do senso comum, vai no sentido de que se trata de uma ação ou medida que na verdade não resolve um determinado problema ou desafio.

Muitas vezes os Cuidados Paliativos se confundem com a indução da morte (eutanásia), ou com a suspensão dos tratamentos (ortotanásia). Os Cuidados Paliativos não apressam a morte, apenas a aceitam como parte inexorável do processo de morrer, visto que não se suspende todo o tratamento, apenas os considerados fúteis ou inúteis. Cuidar paliativamente requer, muitas vezes, um tratamento mais ativo, mais abrangente e mais complexo. Não no sentido de sofisticação tecnológica, mas sim no de integração multidisciplinar, multiprofissional e transdisciplinar (PESSINI, 2003).

É indispensável à formação de profissionais imbuídos de valores éticos e respeito pela dignidade humana, habilitados e capacitados para o atendimento e cuidado dos sujeitos em situações críticas de vida e de morte.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990 definiu os Cuidados Paliativos como: “O cuidado total e ativo de pacientes cuja doença não é mais responsiva ao tratamento curativo. São da maior importância: o controle da dor e outros sintomas, como também os psicológicos, espirituais e sociais.” (BRASIL, 2001).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde redefiniu os Cuidados Paliativos ampliando o seu conceito:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (BRASIL, 2002).

As definições da OMS estabelecem princípios importantes por reconhecer que os Cuidados Paliativos têm como prioridade o valor da dignidade do indivíduo, ou seja, considera a pessoa um todo, não apenas sob o ponto de vista do diagnóstico ou da doença.

Frente aos desafios bioéticos contemporâneos do prolongamento da vida, e do avanço no suporte biotecnológico e terapêutico, o cuidado humanizado e a garantia da dignidade humana no final da vida tornaram-se questões de primeira grandeza para a medicina e a sociedade atual (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

A sedação paliativa é opção de tratamento quando outros procedimentos não são eficazes, ou causam tantos efeitos colaterais que não devem ser utilizados. Seu objetivo deve ser informado e esclarecido ao paciente e família: diminuir a consciência do paciente e, assim, trazer alívio a sintomas refratários. A maioria das sedações ocorre em hospitais e aproximadamente 52% dos pacientes agônicos a necessitam. O tempo de sobrevivência de pacientes agônicos que se submetem à sedação não é menor quando comparados a pacientes que continuam com o tratamento que vinham recebendo (MAGANTO; GONZALEZ, 2005).

A sedação não deve ser vista como situação genérica, seu caráter é de excepcionalidade devendo ter indicação em cada situação clínica. Impedir a obstinação terapêutica, assegurar conforto e minimizar o sofrimento, mesmo sem eliminá-lo completamente, é tarefa fundamental dos cuidados no final da vida. Assim, pautada na perspectiva de um compromisso com a promoção do bem-estar do doente crônico e terminal, os Cuidados Paliativos buscam enfrentar a realidade da existência da morte não como uma doença a curar, mas sim como algo que faz parte da vida (KOVÁCS, 2014).

É também fundamental observar a diferença entre eutanásia, suicídio assistido e sedação paliativa. A filosofia de Edmund Pellegrino, citado por Rocha, indica que a eutanásia e o suicídio assistido nunca são considerados como beneficência, mesmo quando há pedido de morte pelo paciente, relacionado com sofrimento não cuidado. Há invariantes morais relacionadas à sacralidade da vida que nunca poderão ser negociadas. Defende a confiança estabelecida na relação médico-paciente em programas de cuidados paliativos. Os Cuidados Paliativos podem ser excessivos ou insuficientes e, por isso, devem sempre ser remodelados em

favor da vida. Se pedidos para morrer se relacionam com depressão, esta deve ser tratada cuidadosamente (ROCHA, 2013).

Diante, pois, dessa concepção, que procura tomar o ser humano em sua totalidade frente às questões da morte e do morrer, e especificamente os Cuidados Paliativos exercido pelos diversos profissionais de saúde, os quais se viram envolvidos em inesperadas e complexas decisões morais e éticas.

Aventa-se que o procedimento do filtro paliativo implementado na Bélgica, funcione como medida preventiva em relação às solicitações de eutanásia, e ofereça a melhor garantia de adequada proteção da pessoa humana, já que contribui para maior transparência em relação ao desenvolvimento de diretrizes práticas escritas sobre decisões médicas no final da vida. A sedação paliativa parece funcionar como alternativa extremamente valiosa à prática da eutanásia, quando fica claro que a dor e a angústia não podem ser adequadamente combatidas usando métodos paliativos normais (SCHOTSMANS; GASTMAN, 2009).

Os hospitais de confessionalidade cristã implementam Cuidados Paliativos e o procedimento do filtro paliativo é interessante neste aspecto, porquanto exercem o que se chama de objeção de consciência, isto é, não a praticam, visto que as decisões dos profissionais de saúde acerca do final da vida não são puramente técnicas e médicas, mas também éticas, pois em sua substância lidam com valores humanos e exigem criteriosos discernimentos éticos, tais como dignidade humana, sentido de vida, qualidade de vida – valores que transcendem o discurso clínico científico (PESSINI, 2010).

A filosofia dos Cuidados Paliativos deve: (1) afirmar a vida e encarar o morrer como um processo normal; (2) não apressar nem adiar a morte; (3) procurar aliviar a dor e outros sintomas angustiantes; (4) integrar os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados do paciente; (5) oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver ativamente tanto quanto possível até a morte; (6) disponibilizar um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com o seu próprio luto (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE, 2013).

O enfoque utilizado no procedimento do Filtro de Cuidados Paliativos é de bioética clínica (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2012), e se fundamenta nos aspectos éticos da situação clínica factual, com atenção às expectativas dos pacientes, bem como nas experiências pessoais e profissionais dos profissionais de saúde (SCHOTSMANS; GASTMANS, 2009; PESSINI, 2010).

Uma das situações mais difíceis é aquela em que pacientes solicitam a eutanásia e recusam a utilização de qualquer medida paliativa, já que nesses casos, existem condições clínicas e vontade de prover cuidados paliativos, recusados pelo paciente (PESSINI, 2010).

Em 14 de julho de 2010, o jornal *The Economist* publicou artigo traduzido como “Quality of death”, ou em língua portuguesa “Qualidade da morte”, escalonando os cuidados no fim da vida ao redor do mundo (QUALITY..., 2010). O artigo apresenta estudo realizado em 40 países, incluindo o Brasil. Foram considerados tópicos relacionados com cuidados ao final da vida e a inserção de Programas de Cuidados Paliativos para pessoas gravemente enfermas. Pioneiro e referência nesta área, o Reino Unido encabeça a lista por ter médicos que comunicam de forma honesta o prognóstico, realizam analgesia eficaz e priorizam cuidados paliativos no final da vida. O Brasil está na 38ª posição (KOVÁCS, 2014).

Os itens considerados no estudo foram: 1) relevância dos Programas de Cuidados Paliativos para a qualidade de morte; 2) capacitação de profissionais de saúde para o alívio e controle de sintomas e para superar o tabu em torno da morte, possibilitando não priorizar tratamentos curativos inócuos e o prolongamento da vida a todo custo. O estudo demonstra ser fundamental a busca de nova visão dos Cuidados Paliativos como tratamentos ativos e não como desistência ou procedimentos de segunda linha. Dos 40 países estudados, apenas sete possuem políticas públicas para Cuidados Paliativos: Austrália, México, Nova Zelândia, Polônia, Suíça, Turquia e Reino Unido. Áustria, Canadá, Irlanda e Itália estão se instrumentalizando para o desenvolvimento dessas políticas. Os demais não têm políticas públicas, embora possuam Programas de Cuidados Paliativos (QUALITY..., 2010).

Os cuidados paliativos passaram ser mais divulgados em nosso meio a partir das publicações do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), e pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

As ações da saúde são sempre mais marcadas pelo “paradigma da cura”, que se torna prisioneiro do domínio tecnológico da medicina moderna. Suas considerações levam a pensar que se as ações médicas se voltassem para o “paradigma do cuidar”, o declínio e a morte seriam aceitos como parte da condição do ser humano, condição esta que não pode ser curada e que não escapa a nenhum ser humano, qual seja: a sua mortalidade. Assim, a medicina orientada para o alívio do sofrimento estaria “mais preocupada com a pessoa doente do que com a doença da pessoa” (PESSINI, 1996).

Os limites acerca de tratamentos devem ser informados e esclarecidos para evitar processos distanásicos, já que há limite para tratamentos e não para cuidados nas várias dimensões do sofrimento humano. Não há solução para a morte, mas se pode ajudar a morrer bem, com dignidade (KOVÁCS, 2014). Os objetivos dos Cuidados Paliativos são qualidade de vida, alívio da dor e outros sintomas, manutenção da consciência e dignidade no final da vida, compondo a *ars moriendi* (a arte de morrer) contemporânea (KOVÁCS, 2005).

A dor física é a mais óbvia e funciona como um alarme de que algo está errado no funcionamento do corpo. A dor psíquica “frequentemente surge do enfrentar a inevitabilidade da morte, perdendo o controle sobre o processo de morrer, as esperanças e os sonhos, ou ter de redefinir o mundo”. A dor social é a dor do isolamento, experimentada pela dificuldade de comunicação quando o morrer cria o senso de solidão. Além disso, a perda do papel social e familiar é também dura. A dor espiritual, por sua vez, surge da perda de significado, sentido e esperança. Já o sofrimento pode ser entendido como uma questão pessoal por estar ligado aos valores da pessoa. É a experiência de impotência com o prospecto de dor não aliviada, situação de doença que leva a interpretar a vida vazia de sentido. Portanto, o sofrimento é mais global do que a dor e, essencialmente, é sinônimo de qualidade de vida diminuída (PESSINI, 1996).

A Encíclica *Evangelium Vitae* assevera:

Na medicina atual, têm adquirido particular importância os denominados “*cuidados paliativos*”, destinados a tornar o sofrimento mais suportável na fase aguda da doença e assegurar ao mesmo tempo ao paciente um adequado acompanhamento humano. Neste contexto, entre outros problemas, levanta-se o da licitude do recurso aos diversos tipos de analgésicos e sedativos para aliviar o doente da dor, quando isso comporta o risco de lhe abreviar a vida. Ora, se pode realmente ser considerado digno de louvor quem voluntariamente aceita sofrer renunciando aos meios lenitivos da dor, para conservar a plena lucidez e, se crente, participar, de maneira consciente, na Paixão do Senhor, tal comportamento “heroico” não pode ser considerado obrigatório para todos. Já Pio XII afirmara que é lícito suprimir a dor por meio de narcóticos, mesmo com a consequência de limitar a consciência e abreviar a vida, “se não existem outros meios e se, naquelas circunstâncias, isso em nada impede o cumprimento de outros deveres religiosos e morais”. É que, neste caso, a morte não é querida ou procurada, embora por motivos razoáveis se corra o risco dela: pretende-se simplesmente aliviar a dor de maneira eficaz, recorrendo aos analgésicos postos à disposição pela medicina. Contudo, “não se deve privar o moribundo da consciência de si mesmo, sem motivo grave”: quando se aproxima a morte, as pessoas devem estar em condições de poder satisfazer as suas obrigações morais e familiares, e devem sobretudo poder-se preparar com plena consciência para o encontro definitivo com Deus. [...]. (VATICANO, 1995).

Diante de tudo isso, a medicina deve voltar suas ações para os cuidados com o paciente, visando não somente a cura, mas, sobretudo, seu bem-estar. Os avanços da medicina devem

sim se pautar na preservação da vida, mas na preservação de uma vida saudável física, psíquica e socialmente; isto é, uma vida digna (OLIVEIRA, 2012).

Enfim, a medicina paliativa moderna implica uma perspectiva holística, sendo muito mais copiosa e profunda do que uma mera sintomatologia. Dentro deste contexto, foram propostos cinco princípios éticos da medicina paliativa relevantes na atenção dos pacientes terminais, a saber (TABORDA, 2000):

Veracidade: respeito constante à verdade. Fundamentado nas relações de confiança interpessoais. Significa dizer a verdade ao paciente e seus familiares, possibilitando a participação concreta deles nas tomadas de decisões.

Proporcionalidade terapêutica: relação proporcional entre os meios terapêuticos empregados e os resultados esperados. Este critério aborda o julgamento das intervenções médicas no que diz respeito aos riscos e benefícios da ação, a utilidade ou inutilidade da medida, levando em consideração o prognóstico e os custos de ordem física, psicossocial e econômica.

Duplo efeito: observa que a realização de um ato terapêutico tem dois efeitos — um positivo e outro negativo. Receia-se que os efeitos negativos da intervenção médica possam ser fatais, implicando em uma forma de eutanásia.

Prevenção: prevenir e implementar ações para abordar possíveis complicações inerentes à evolução clínica do paciente a fim de se evitar sofrimentos desnecessários.

Não abandono e tratamento da dor: o primeiro princípio diz ser condenável afastar-se ou abandonar um paciente porque este se recusa a se submeter a um determinado tipo de terapia que o médico considerou ser a mais adequada opção de tratamento. O segundo diz que o paciente, nos momentos de dor, tem direito ao adequado tratamento alérgico.

Há muito que se fazer na linha do cuidado da dimensão da mortalidade e finitude humanas, expressa nas necessidades humanas, físicas, psíquicas, sociais e espirituais; prestando uma atenção especial à qualidade de vida e controle dos sintomas como prioridades fundamentais. É nesta perspectiva que os Cuidados Paliativos são realmente efetivos e eficazes e são uma resposta de cuidado à pessoa, neste momento crítico de despedir-se da vida (PESSINI, 2003).

2.6 Resoluções do Conselho Federal de Medicina

2.6.1 Resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina

A publicação da Resolução nº 1805 do Conselho Federal de Medicina (2006a), baseada no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que tem o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil,

sobre a ortotanásia foi passo importante que introduziu o assunto na pauta dos profissionais de saúde, pois que gerou motivo de discussões acerca de seus aspectos éticos e legais.

A indisponibilidade do direito à vida e da legitimidade do representante legal do paciente inconsciente ou incapaz autorizar a ortotanásia ultrapassaram as fronteiras da bioética e foram alvo de acalorados questionamentos, visto ser, em tese, um dispositivo que poderia servir para que profissionais tentassem justificar práticas como a eutanásia, apesar de que a Resolução CFM nº 1.805/2006 seria, à época, uma vitória do bom-senso e a aceitação de que a vida necessariamente tem seu desfecho, mesmo com todas as conquistas tecnológicas do homem moderno.

A Resolução nº 1805/2006 asseguraria a efetividade das garantias da dignidade da pessoa humana, disposto no artigo 1º, inciso III, e que ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante, artigo 5º, inciso III, previstos na Constituição da República de 1988 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006a).

In verbis:

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

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

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

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

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada à assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Na exposição de motivos da Resolução nº 1805/2006, o Conselho Federal de Medicina (2006a) elencou como causas motivadoras para disciplina do assunto:

- a) o excesso de paternalismo médico;
- b) o impacto dos avanços tecnológicos sobre a qualidade de vida dos enfermos;
- c) o despreparo do médico que, instruído para curar, não consegue aceitar a morte como algo inerente à vida e, dessa forma, obstina-se no tratamento;

d) a necessidade de priorizar o doente e não a doença, dando ênfase mais humanista ao processo de terminalidade, com vistas à dignidade do paciente.

Por meio de interpretação constitucional baseada no princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, bem como no direito à vida, é possível afirmar que a Constituição Federal protege, de maneira implícita, o direito à morte digna. A administração de cuidados paliativos afasta a teoria de que haveria omissão por parte dos profissionais de saúde, pois o paciente não é abandonado à própria sorte, pelo contrário, a ele são dispensados todos os cuidados para garantir seu bem-estar, apesar da proximidade da morte (CRUZ; OLIVEIRA, 2013).

Nesta Resolução do CFM observa-se que além do respeito aos direitos e garantias da dignidade da pessoa humana e da autonomia privada e liberdade, há também o direito ao acesso à informação, em sintonia com o artigo 5º, inciso XIV da Constituição (BRASIL, 1988), além de observar os Princípios Bioéticos da Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência, e os direitos do paciente ao Consentimento Informado e da liberdade de uma segunda opinião médica, previsto no Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988).

A Resolução do CFM nº 1805/2006 teve como objetivo demonstrar, a partir de uma análise constitucional, a legalidade da prática da ortotanásia na perspectiva do direito de morrer com dignidade, inserido no contexto de Estado Democrático de Direito. Não obstante a temática complexa, o Estado de São Paulo, em postura polêmica em nosso país, sancionou, em 17 de março de 1999, a Lei nº. 10.241, que, consoante dispõe seu art. 2º, XXIII, permite ao usuário dos serviços de saúde recusar tratamento doloroso ou extraordinário para tentar prolongar a vida e XXIV – optar pelo local de morte (SÃO PAULO, 1999).

Em 2007, atendendo ao pedido liminar do Ministério Público Federal no Distrito Federal, os efeitos da Resolução CFM nº 1805/2006 foram suspensos. O juiz aduziu que, em análise superficial sobre a demanda, apesar de o Conselho Federal de Medicina ter apresentado justificativa nos autos de que a ortotanásia não antecipava o momento da morte, mas permitia tão somente a morte em seu tempo natural, esta situação não afastou a circunstância de que tal conduta parecia caracterizar crime de homicídio (JUNGES et al, 2010). A Justiça Federal, a pedido do Ministério Público Federal, revogou a Resolução do CFM por considerar que este não tem poder para regulamentar sobre o direito à vida, sendo a matéria de competência exclusiva do Congresso Nacional (Ação Civil Pública número 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal), embora tivesse a função de doutrinar uma recomendação ético-profissional e possibilitar ao médico, respeitando a autonomia dos indivíduos ou de seus representantes legais,

cessar ou limitar tratamentos inúteis com intuito apenas de prolongar a vida de um paciente terminal (MARTA; HANNA; SILVA, 2010).

É importante ressaltar o caráter não proibitivo e não punitivo da Resolução nº 1805/2006 do CFM. Apenas teve a função de doutrinar uma recomendação ético-profissional e possibilitar ao médico, respeitando a autonomia dos indivíduos ou de seus representantes legais, cessar ou limitar tratamentos inúteis com intuito apenas de prolongar a vida de um paciente terminal. Em dezembro de 2010, a sentença foi favorável ao Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006b; MARTA; HANNA A.; SILVA, 2010).

A Resolução nº 1805/2006 veio apenas disciplinar o agir médico para um perfeito desempenho ético da medicina, em que é vedada não somente a prática da distanásia como também da eutanásia. Fato interessante é que ortotanásia era prevista na Reforma da Parte Especial do Código Penal em 1984 e 1998, mas não foram positivadas no Código Penal. A Resolução nº 1805/2006 assegura a autonomia do paciente terminal e visa assegurar uma morte digna, permeada pela dignidade da pessoa humana, em contraposição aos tratamentos desumanos e degradantes, vedados pelo texto constitucional.

A morte digna deve ser fruto de uma decisão consciente e informada do paciente. Neste quadro, cabe ao médico respeitar a vontade do paciente que escolhe evitar tratamentos extraordinários – que apesar de prolongarem a quantidade de vida, prejudicam sua qualidade. A partir deste ponto a responsabilidade civil do médico pela morte do paciente passa a ser questionada, em especial a omissão caracterizada como negligência no ato médico. Assim, cabe indagar: o médico que, seguindo a vontade de seu paciente, não realiza tratamento extraordinário pode vir a ser responsabilizado por sua morte? (CRUZ; OLIVEIRA, 2013).

De acordo com Hans Kelsen, a norma inferior deve ser produzida de acordo com a norma superior:

A norma que regula a produção é a norma superior, a norma produzida segundo as determinações daquela é a norma inferior. A ordem jurídica não é um sistema de normas jurídicas ordenadas no mesmo plano, situadas umas ao lado das outras, mas é uma construção escalonada de diferentes camadas ou níveis de normas jurídicas. A sua unidade é produto da conexão de dependência que resulta do fato de a validade de uma norma, que foi produzida de acordo com outra norma, se apoiar sobre essa outra norma, cuja produção, por sua vez, é determinada por outra [...]. (KELSEN, 1998, p.155).

Sendo assim, a Resolução nº 1805/2006 foi elaborada em conformidade com a Constituição Federal de 1988, ou seja, legislação infraconstitucional erigida sobre os princípios fundamentais estabelecidos em seu artigo 1º que alicerça o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. A dignidade da pessoa humana permeia a interpretação de todo o sistema jurídico,

inclusive da própria Constituição. Impossível falar em qualquer outro direito, mesmo direitos fundamentais, em termos que esvaziem aquele princípio fundamental. Desse modo, a conformação jurídica da morte digna ocorre por meio da proteção do direito à vida e do Princípio Fundamental da Dignidade Humana, porquanto a vida é fonte primária dos demais bens jurídicos (SILVA, 2012).

Ao abordar o direito à morte digna é comum que este seja rechaçado de plano por haver uma ideia de antagonismo frontal ante o direito à vida. Entende-se que ao resguardar a morte digna automaticamente se estaria impondo uma afronta à vida. Contudo, a morte digna que se entende resguardada constitucionalmente é aquela que integra o próprio direito à vida: a morte natural (CRUZ; OLIVEIRA, 2013).

A morte nada mais é do que o fim natural do processo da vida. Não se trata de fenômeno alheio à vida, mas a ela intrínseco. O direito à vida, como afirmado, não é um direito absoluto, vez que os princípios constitucionais, notadamente o Princípio da Dignidade Humana, permeiam a interpretação de todos os direitos e garantias fundamentais. Assim, a vida protegida pela Constituição Federal é a vida digna. Pelo fato de a morte natural integrar a vida humana, conclui-se que ao proteger a vida, o constituinte protegeu também a morte digna, conformando esse valor em direito. Deste modo, enquanto há o direito à vida digna, pode-se igualmente falar em direito à morte digna (CRUZ; OLIVEIRA, 2013).

2.6.2 Resolução 1931/ 2009 - Código de Ética Médica

No atual Código de Ética Médica (CEM), Resolução nº 1931/ 2009, e vigente desde 2010, destaca-se o princípio XXII que afirma “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.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

Por sua vez, o artigo 41 veda ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Seu parágrafo único indica que 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 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

Infere-se, portanto, que a ortotanásia está prevista no atual Código de Ética Médica e, desde que se comprove o estágio terminal e irreversível do paciente, também não pode configurar ato ilícito a ação do médico, por não haver sentido em prolongar a vida de uma

pessoa nestas condições, impingindo-lhe um dever de viver, quaisquer que sejam as condições. (BOTTEGA; CAMPOS, 2011).

Houve notável avanço na compreensão da ortotanásia já que o artigo 57 do antigo Código de ética Médica de 1998 vedava ao médico: "Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente", o que poderia ser interpretado como a obrigação de, a qualquer custo, utilizar procedimentos médicos, mesmo que não haja chance de cura (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988).

Ocorre que muitos médicos ainda interpretam tais prescrições legais baseados na concepção da medicina moderna (exclusivamente curativa), sentindo-se obrigados a fazerem tudo pelo paciente, e em quaisquer circunstâncias, até mesmo quando a morte é inevitável. O novo CEM é composto por um preâmbulo com seis incisos, 25 princípios fundamentais, 10 incisos sobre *direitos*, 118 artigos de *normas deontológicas (deveres)* e 4 incisos de *disposições gerais*, ou seja, foi mantido o esquema de princípios, direitos e deveres.

Os profissionais de saúde desempenham papel crucial, tanto no atendimento às demandas emocionais dos seus pacientes quanto na concretização de um acolhimento ético e humano, mesmo em situações mais adversas da prática clínica. A decisão de não prolongar a vida é demasiado complexa, mas o limite para investir está nitidamente ligado à concepção de morte digna aliada à plena consciência das limitações da intervenção. O ideal seria ouvir, sentir e pensar com o sujeito que sofre a amarga presença do evento inevitável da morte, para que dessa relação complexa possa surgir à solução mais correta possível para cada caso (JUNGES et al, 2010).

À medida que o objetivo das intervenções em saúde passe a ser focado, não apenas no cuidado, mas, sobretudo, no resgate da dignidade humana associada ao cuidado, à saúde poderá se orgulhar de vislumbrar a vida que há na morte. Nesse sentido, ao contrário do que, muitas vezes, se supõe na medicina moderna, o binômio médico-paciente, dentro do contexto dos cuidados paliativos, não está fadado ao fim. Se por um lado a situação de terminalidade inviabiliza a tão sonhada cura, por outro a mesma abre a possibilidade de um aprofundamento dessa relação humana, superando o reducionismo e a "tentação tecnológica", e abrindo espaço para a inserção de uma visão mais global e humana da assistência à saúde (PONTES et al, 2007).

A não consideração da morte como uma dimensão da existência humana e do conseqüente desafio de lidar com a mesma como um dos objetivos da medicina faz com que se introduzam tratamentos agressivos que somente prolongarão o processo de morrer (FELIX, 2007).

Entre os princípios bioéticos básicos, está o da autonomia, que requer que o profissional da saúde respeite a vontade do paciente, ou de seu representante, levando em conta, em certo alcance, seus valores morais e crenças religiosas. Reconhecer o domínio do paciente sobre sua própria vida, considerando-o capaz de se autogovernar, de atuar sem qualquer coação ou influência externa. A obtenção do consentimento do paciente após a informação médica resulta do seu direito de autodeterminação, ou seja, de tomar decisões relativas à sua vida, saúde, e à sua integridade físico-psíquica, recusando ou consentindo propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico (BOTTEGA; CAMPOS, 2011).

2.6.3 Resolução 1995/ 2012 do Conselho Federal de Medicina

É relevante o estudo aprofundado do tema eutanásia, visto que o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou em 2012 a Resolução nº 1995, na qual se ratifica que a ortotanásia poderia ser praticada pelo médico em pacientes em fase terminal, e que tal conduta não seria ilícito ético, visto que a mesma estabelecia critérios para o uso de tratamentos considerados invasivos ou dolorosos, em casos nos quais não há possibilidade de recuperação, e incorporou sugestões não apenas da classe médica, mas de toda a sociedade civil e contempla as discussões sobre os cuidados com pacientes terminais e o prolongamento da vida inútil ou obstinado em situações clínicas paliativas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

O Conselho Federal de Medicina ao perceber a necessidade, bem como a inexistência de regulamentação sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) do paciente no contexto da ética médica brasileira e de disciplinar a conduta do médico em face das mesmas publicou a Resolução do Conselho Federal de Medicina de 1995/2012 para normatizar a *práxis médica*. Os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de “medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios”, no contexto da Ética Médica brasileira.

A Resolução do CFM tornou-se imperativa em virtude da atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as Diretivas Antecipadas de Vontade, e tornou-se fundamental a sua aplicação e utilidade na prática profissional, já que os médicos podem defrontar-se com esta situação de ordem ética não prevista em anteriores dispositivos éticos nacionais. E não menos importante é o fato de que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo.

As justificativas apontadas pelo Conselho Federal de Medicina foram: 1- Dificuldade de comunicação do paciente em fim de vida, 2- Receptividade dos médicos às Diretivas Antecipadas de Vontade, 3- Receptividade dos pacientes e 4- O que dizem os Códigos de Ética da Espanha, Itália e Portugal.

É isto que se evidencia na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1995/2012, na qual o CFM dispôs sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade dos pacientes, e que embora possa ser interpretado como “Testamento Vital” mas não é, significa o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Não se pode confundir a Resolução nº 1995/2012 - Diretivas Antecipadas de Vontade - com o Testamento Vital, o qual consiste no registro do desejo do paciente em documento, que dá suporte ético para o cumprimento da orientação. O Testamento Vital é facultativo e poderá ser feito em qualquer momento da vida – inclusive por pessoas em perfeita condição de saúde – e poderá ser modificado ou revogado a qualquer instante, porém não encontrava respaldo no Conselho Federal de Medicina.

O Código de Ética Médica – Resolução nº 1931/2009 - já traçava um panorama que iria ao encontro do que foi decidido na Resolução nº 1995/2012 do CFM, como veremos nos artigos abaixo:

In verbis:

Capítulo I - Princípios Fundamentais

XXI – No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, **o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.**

Capítulo IV - Direitos Humanos

É vedado ao médico

Art. 24. **Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar**, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Capítulo V- Relação com pacientes e familiares

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. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009, grifo nosso).

O registro das Diretivas Antecipada de Vontade pode ser feito pelo médico assistente em sua ficha médica ou no prontuário do paciente. Neste, o médico deverá mencionar, de forma minuciosa, de que o paciente está lúcido, plenamente consciente de seus atos e compreende a decisão tomada, e se considerar necessário, o paciente poderá nomear um representante legal para garantir o cumprimento de seu desejo.

Em seus artigos, a Resolução nº 1995/2012 disciplina a respeito das Diretivas Antecipadas de Vontade dos pacientes:

In verbis:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Na Resolução nº 1995/2012 do CFM, vemos a materialização de todos os Princípios do Biodireito, ou seja: a informação, o discernimento e ausência de condicionantes externos, e que está em sintonia com a tendência mundial da medicina moderna: elaborar diretrizes que orientem os médicos em situações-limite e críticas de cuidados de saúde. A necessidade dessas diretrizes, além de serem importantes e úteis como guia prático de intervenção em cuidados críticos de saúde, servem como marco de qualidade nos cuidados da assistência à saúde.

A Resolução nº 1995 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012), em sua exposição de motivos, incorporou em seu conteúdo normativo Códigos de Ética Médica de outros países, como Itália, Espanha e Portugal:

Afirma o artigo 34 do Código de Ética Médica italiano (2006): “Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso” (O médico, se o paciente não está em condições de manifestar sua própria vontade em caso de grave risco de vida, não pode deixar de levar em conta aquilo que foi previamente manifestado pelo mesmo).

Aduz o artigo 27 do Código de Ética Médica espanhol (1985): “[...] Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables.”

E, por fim, o recente Código de Ética Médica português (1999) diz em seu artigo 46:

A atuação dos médicos deve ter sempre como finalidade a defesa dos melhores interesses dos doentes, com especial cuidado relativamente aos doentes incapazes de comunicarem a sua opinião, entendendo-se como melhor interesse do doente a decisão que este tomaria de forma livre e esclarecida caso o pudesse fazer. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

CAPITULO 3 – DIREITO PENAL- EUTANÁSIA E ORTOTANÁSIA

3.1 Eutanásia e o Direito Penal

A eutanásia é um dos temas que vem ganhando importante espaço nas discussões contemporâneas em diferentes sociedades, especialmente a partir da segunda metade do Século XX, momento histórico no qual bioética assume papel relevante (SCHRAMM, 2002).

No Brasil a eutanásia é crime, podendo caracterizar o ilícito penal de várias formas, como por exemplo: um terceiro, médico ou familiar do doente terminal lhe dê a morte. Aqui há o homicídio, que, eventualmente teria tratamento penal privilegiado, atenuando-se a pena, pelo relevante valor moral que motivou o agente, e o juiz poderá reduzir a pena de um sexto a um terço. Esse homicídio, ainda que privilegiado, não leva em conta, se houve ou não consentimento da vítima para descaracterizar o crime, aliás, mesmo em havendo tal consentimento, se haveria de desconfiar sobre sua lucidez e independência para decidir sobre a própria vida (D'URSO, 2001).

A eutanásia é ilegal no Brasil, mas já é aceita em alguns países, nos quais não é considerada agressão ao Direito Penal e à moral (JUNGES, 2010).

No Código Penal vigente, a eutanásia passiva se enquadraria como crime previsto no artigo 135, intitulado *omissão de socorro*; uma vez que não há menção específica a tal prática em nosso aparato jurídico (BRASIL, 1940).

In verbis:

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. (BRASIL, 1940).

Segundo este artigo, é crime “deixar de prestar assistência”, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública”, sob pena de detenção de um a seis meses, sendo esta aumentada da metade, se da omissão resultar lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resultar a morte (BERTACO, 2009).

Contudo, poderia haver entendimento contrário a conduta tipificada no artigo 135 do Código Penal, e o médico ao negar atendimento poderá praticar a conduta inculpada no artigo 13 § 2º, “a”, o qual prevê o chamado crime omissivo impróprio.

In verbis:

Art. 13 - O resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido.

[...]

Relevância da omissão

§ 2º - A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem:

- a) tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; [...]. (BRASIL, 1940).

Dispõe que a omissão será penalmente relevante quando o agente devia e podia evitar o resultado: é a famigerada figura do garante. A alínea “a” preceitua sobre aqueles que têm o dever legal de cuidado, proteção ou vigilância, como o é o médico, se negar a atender ao paciente, e em decorrência de sua conduta negativa, resultar-lhe a morte, responderia o médico pelo art. 121 e artigo 13, § 2º, “a” em concurso material (BRASIL, 1940).

No Brasil, a eutanásia, ou “boa morte” ou “morte suave”, sempre foi condenada, uma vez que a vida é o bem mais jurídico mais precioso, e o atual Código Penal considera a eutanásia homicídio privilegiado, autorizando o juiz a reduzir a pena sensivelmente - artigo 121 § 1º, e nas reformas de 1984 e 1998, no § 3º, porém em 2012 como crime autônomo positivado no artigo 122 (BRASIL, 1940, 1984, 1998, 2012).

Segundo Asúa (1929 apud PAGANELLI, 1997), as hipóteses de tratamento que a eutanásia pode receber do ordenamento jurídico são quatro:

- a- permitir ao juiz a concessão de perdão - deixa de aplicar a pena, reconhecendo circunstâncias que o justifiquem. Em nosso direito, é causa de extinção de punibilidade;
- b- pode-se elencar dentre as causas de exclusão de antijuridicidade - nesse caso, a conduta é típica, mas abrangida por norma geral permissiva, que a torna lícita;
- c- considerada como delito ordinário ou privilegiado;
- d- como forma de "ação socialmente adequada.

A Proposta de Anteprojeto de Reforma do Código Penal - PLS – PROJETO DE LEI DO SENADO 236/2012 (BRASIL, 2012) finalizada em 18 de junho de 2012 continua a criminalizar a eutanásia como crime autônomo.

In verbis:

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

Pena – prisão, de dois a quatro anos.

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

Exclusão de ilicitude

§ 2º Não há crime quando o agente deixa de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível, e desde que essa circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão. (BRASIL, 2012).

Ocorre que no dia 01/11/2012, houve emenda ao PLS 236/2012 suprimindo o artigo 122, com a seguinte justificativa:

O tipo penal que ora se pretende instituir, parte do equivocado pressuposto de que matar "paciente em estado terminal", a pedido e sob o pretexto de abreviar "sofrimento físico insuportável em razão de doença grave", poderia constituir ato de "piedade ou compaixão", o que justificaria pena muito menor que a do homicídio. Na realidade, a matéria relativa aos pacientes em estado terminal de enfermidade já vem sendo debatida no Congresso Nacional há bastante tempo, inclusive com a realização de audiências públicas. Daí tem resultado o aperfeiçoamento de projetos de lei que vêm sendo aprovados, tanto no Senado como na Câmara, afastando a prática da eutanásia e acolhendo e disciplinando os "cuidados paliativos" a serem sempre garantidos, até mesmo respeito aos direitos constitucionais da vida, da saúde e da dignidade da pessoa humana, bem como os direitos do idoso. (BRASIL, 2012).

Em 1984, a proposta de reforma do Código Penal brasileiro (BRASIL, 1984) previa a eutanásia no parágrafo terceiro, e incluía a ortotanásia no parágrafo quarto, insculpidos no artigo 121 do Anteprojeto de Lei da Reforma da Parte Especial:

In verbis:

§ 3 Se o autor do crime é cônjuge, companheiro, ascendente, descendente, irmão ou pessoa ligada por estreitos laços de afeição à vítima, e agiu por compaixão, a pedido desta, imputável e maior de dezoito anos, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave e em estado terminal, devidamente diagnosticados:

Pena reclusão, de dois a cinco anos.

Exclusão de ilicitude

§ 4.º. Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão. (D'URSO, 2001).

Esta modificação na Parte Especial do Código Penal jamais aconteceu, mas somente à da Parte Geral, na qual se positivou a teoria finalista do crime. Naquele Anteprojeto de Lei de Reforma da Parte Especial, nos casos de eutanásia e de ortotanásia, havia a exigência do pedido do paciente, ou do seu consentimento. No caso da ortotanásia, como foi prescrito no §4º, é admitido o consentimento do ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão na impossibilidade de o paciente expressar sua vontade. No Código Penal vigente, porém, “o pedido da vítima não serve para afastar a ilicitude, sendo o consentimento irrelevante para a caracterização do que se chama eutanásia.” (BORGES, 2007, p. 239).

No Anteprojeto da Parte Especial do Código Penal, a propositura do parágrafo terceiro ao artigo 121 mereceu do Professor Goffredo Telles Júnior a irônica observação: "De ora em diante, ponham os velhos ricos suas barbas de molho" (PAGANELLI, 1997).

O Projeto de Lei nº 125/96, de autoria do Senador Gilvam Borges (PMDB-AP), que pretendia liberar a prática da eutanásia em algumas situações. Esta proposta foi submetida à avaliação das comissões parlamentares em 1996 e acabou por não prosperar, sendo arquivada três anos depois de modo que nunca entrou em votação. O próprio Senador dizia que o projeto não tinha chances de ser aprovado (BRASIL, 1996). No referido projeto constava a possibilidade de pacientes em estágio terminal e doloroso solicitarem a abreviação da própria vida, mediante avaliação de junta de cinco médicos. Previa também que seria permitido o desligamento de aparelhos responsáveis pela manutenção de sinais vitais do paciente nos casos em que fosse constatada a morte cerebral deste, devidamente atestada por junta médica e com o anterior consentimento do paciente ou de seus familiares nos casos em que aquele não estivesse consciente (PEREIRA; ALARCON, 2009; ZERMIANI, 2013).

O Anteprojeto de Lei de Reforma da Parte Especial do Código Penal de 1998 tratava da eutanásia no artigo 121, § 3º e a exclusão de ilicitude, a ortotanásia no § 4º.

In verbis:

Art. 121. Matar alguém:

Pena - Reclusão, de seis a vinte anos.

Eutanásia

§ 3º Se o autor do crime agiu por compaixão, a pedido da vítima, imputável e maior, para abreviar - lhe sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave:

Pena - Reclusão, de três a seis anos.

Exclusão de ilicitude

§ 4º Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos, a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente, ou na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão. (BRASIL, 1998).

A morte é entendida como fracasso do tratamento, e não mais como uma etapa natural da vida, e para os adeptos desse entendimento, a medicina tem o dever de evitá-la sempre. Esta deificação da ciência médica tem consequências também no campo penal: considera-se, em uma interpretação deturpada do artigo 13, §2º, a, do Código Penal, que o médico assume a função de garantidor da não ocorrência do resultado morte! Na melhor das hipóteses, o médico poderia ser processado por omissão de socorro – artigo 135 do Código Penal (BRASIL, 1940; ANDRADE, 2011).

Ainda que a eutanásia venha merecendo grande atenção na comunidade mundial, o debate está muito longe do desejável na sociedade brasileira. Pelo fato de ser ainda considerada crime no Brasil – como o disposto no artigo 121 do Código Penal – tem sido mantido um “pacto de silêncio” nas unidades de assistência à saúde, nas quais a decisão por interromper – ou não – a terapêutica acaba por ser tomada às escuras, por profissionais habitualmente sem qualquer preparação para isto, e pior, muitas vezes à revelia dos familiares e do próprio enfermo (SIQUEIRA-BATISTA; SCHARAMM, 2005).

A doutrina não apresenta conceito unânime de eutanásia, visto que determinados autores entendem que apenas se considera eutanásia a morte promovida por médico, contudo poderia, tendo a compaixão como motivação, ser provocada por terceiro não médico. Dias (2012) entende que esta é a aceleração ou não prolongação da morte por motivo de compaixão promovida por médico a pedido expresso ou por vontade presumida do enfermo, mas sempre em seu interesse, levando-se em consideração sua compreensão de dignidade.

No Código Penal vigente, a eutanásia caracteriza homicídio, pois é conduta típica, ilícita e culpável - norma penal incriminadora de homicídio- ainda que em enfermos em doença terminal. É indiferente para a qualificação jurídica desta conduta, e para correspondente responsabilidade civil e ou penal, que o paciente tenha dado seu consentimento, ou mesmo

implorado pela medida, porquanto o consentimento é irrelevante juridicamente para descaracterizar a conduta como crime, já que não retira a ilicitude da conduta do médico e, por isso, não a desqualifica como homicídio, já que tal consentimento não é previsto como causa de exclusão da tipicidade da conduta.

Ao se tipificar a conduta da eutanásia encontraríamos praticar a eutanásia utilizando-se de meio insidioso ou mediante dissimulação. O vocábulo “insidioso” tem o significado de “pérfido; dissimulado”, razão pela qual convém delimitar a diferença existente entre o “meio insidioso”, previsto no art. 121, §2º, III, do Código Penal, e o homicídio “mediante dissimulação”, previsto no inciso IV do mesmo dispositivo, tendo-se em vista a proximidade semântica dos termos (BRASIL, 1940).

O meio insidioso é o meio dissimulado, quando há a prática de sabotagem, exemplificando Magalhães Noronha que tal meio resta caracterizado quando “se dissimula a boca de um poço, para que a vítima nele se precipite; se misturam a alimentos limalhas ou fragmentos de vidro; ou se usam substâncias mortais que não são propriamente veneno” (NORONHA, 1982, p. 32); a dissimulação “é a ocultação da intenção hostil para acometer a vítima de surpresa”, ou seja, ocorre quando a vítima não tem motivo para desconfiar dos desígnios do agente homicida (HUNGRIA; FRAGOSO, 1979). A diferença fundamental entre as duas qualificadoras do homicídio é que a primeira refere-se ao meio utilizado para a execução do delito, ao passo que a segunda trata do modo como é executada, tendo ambas em comum a perfídia dos agentes.

O Código Criminal do Império de 1830, nada mencionava sobre eutanásia, e tipificava o auxílio ao suicídio: “Art. 196 - Ajudar alguém a suicidar-se ou fornecer-lhe meios para esse fim, com conhecimento de causa: pena de prisão por dois a seis anos.” (BRASIL, 1830).

O Código Penal Republicano de 1890 em seu artigo 299 reduziu a pena máxima para quatro anos: “Art. 299. Induzir, ou ajudar alguém a suicidar-se, ou para esse fim fornecer-lhe meios, com conhecimento de causa: pena de prisão por dois a quatro anos.” (BRASIL, 1890)

A culpabilidade do agente que, ainda que com consentimento da vítima, retira-lhe a vida, é punido segundo as regras estabelecidas para o homicídio, e o Código Penal de 1940 em vigência institui o tipo do homicídio privilegiado, nestes termos:

Artigo 121:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

§1º - Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço. (BRASIL, 1940).

O Código Penal de 1940 prevê hipótese de diminuição de pena – entre um sexto e um terço – para o agente que comete o crime de homicídio, impedido por relevante valor social ou moral, consoante dispõe seu art. 121, § 1º, 1ª parte, sendo enquadrada, pela maioria da doutrina penal pátria, a eutanásia nesse tipo penal, em face da ausência de diploma federal que a autorize ou tipo penal específico que a incrimine (FELIX, 2007).

A doutrina situa neste preceito o tratamento penal dado à eutanásia, quando praticada por motivo piedoso, e para a qual o consentimento do paciente ao médico não tem qualquer relevância, pois não exclui a ilicitude da conduta, ainda que seja de relevante valor social ou moral a conduta do médico ao praticar a eutanásia, e poderá vir a ser considerada como causa especial de redução de pena, contudo continua a ser típica, ou seja, a caracterizar homicídio, apesar de privilegiado. Outrossim, o homicídio eutanásico deve ser compreendido como aquele que é praticado para abreviar piedosamente o irremediável sofrimento da vítima, e a pedido ou com o assentimento desta (HUNGRIA; FRAGOSO, 1979).

Pela ausência de previsão legal no atual Código Penal ao se tipificar a conduta do agente praticante de eutanásia, dever-se-ia tipificar a mesma no artigo 121, §1º - homicídio privilegiado – avaliam-se os requisitos essenciais do último que são o dolo; a ação ou omissão (exceto a hipótese da ortotanásia), e o nexos causal, o qual se socorre da teoria da equivalência dos antecedentes do Código Penal em seu artigo 13.

As intervenções médicas ou cirúrgicas constituem exercício regular do direito dos médicos, e é prática admitida pelo Estado se forem realizadas de acordo com os meios e regras admitidos pela medicina moderna, porém os tribunais têm decidido que essa tese não se aplica à eutanásia, mas sim de homicídio privilegiado, ou seja, cometido por motivo de relevante valor moral, e em decorrência de interesse particular e, por isso, é causa de atenuação da pena inicialmente prevista para o crime (BRASIL, 1940, artigo 65-III -“a” e artigo 121-§1º).

É possível que a eutanásia possa, ao mesmo tempo, caracterizar homicídio privilegiado e homicídio qualificado, cuja pena é consideravelmente superior à do homicídio simples, desde que a circunstância qualificadora do crime seja objetiva. É o caso do uso de drogas farmacológicas no paciente mediante eutanásia para causar-lhe a morte. O homicídio cometido dessa forma sujeita a pessoa a pena de reclusão de doze a trinta anos (é o homicídio qualificado), mas poderá ser diminuída de um sexto a um terço se for considerada eutanásia (homicídio privilegiado).

Não se admite, porém, a combinação do homicídio privilegiado com o homicídio qualificado se a exasperação da pena decorre de motivo subjetivo, como é o caso de eutanásia mediante paga ou promessa de recompensa, ou outro motivo torpe ou ainda motivo fútil

(BRASIL, 1940, artigo 121-§2º- I e II), porquanto os motivos subjetivos são antagônicos e, por isso, não podem justificar a um só tempo a diminuição e o aumento da pena.

Há doutrinas favoráveis e contrárias à eutanásia, e o embasamento de cada uma delas correlaciona-se diretamente as fontes pesquisadas na literatura. Existem correntes doutrinárias permissivas que se apoiam nas seguintes alegações: “a) toda vida gravemente tolhida em suas manifestações por padecimento físico ou moral carece de valor; b) nessas hipóteses, pode representar gravame injusto para a família e para a sociedade (por exemplo, ocupando leitos hospitalares); c) se a situação é irreversível, não há porque lutar contra o que as próprias forças da ciência revelam-se impotentes; e d) o interessado tem direito à morte condigna.” (GRAMSTRUP, 1991, p. 262).

Há defensores de que essas alegações poderiam ser mitigadas com o consentimento do interessado ou da família, ou ainda a certeza da proximidade da morte, e por derradeiro, a inevitabilidade da morte atestada por médico, sendo a eugenia descartada em princípio pelos pesquisadores. O Código de Ética Médica, em vigor desde 2010 – Resolução nº 1931/2009, veda ao profissional de saúde abreviar a vida, ainda que, a pedido do paciente ou de um representante legal. Entretanto, é previsto que, nos casos de doença incurável e de situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico pode oferecer cuidados paliativos disponíveis e apropriados – a ortotanásia (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

Há defensores da eutanásia que são adeptos da “Teoria Hedonista”, pois todas as razões que invocam poderiam ser resumidas em um único princípio: o de que a vida humana só merecia apreço na medida em que fosse apta para proporcionar prazeres e utilidades para a própria pessoa, ou para a comunidade. É claro que se ao admitir a “Teoria Hedonista” estaria se olvidando do valor absoluto da vida, que persegue fins superiores em si mesma, sendo indisponível, e portanto a defesa da vida, e não da morte, que é um princípio filosófico, metajurídico, não negociável, irrenunciável, intransferível, visto que o homem não pode em seu livre-arbítrio subvertê-la, já que a morte não é a solução para as situações de desconforto, as quais são mais numerosas que as de deleite (GRAMSTRUP 1991, p.262).

No Jornal O Estado de São Paulo, de 16 de maio de 1990, na página 14, escreveu o ilustre criminalista, Dr. Luiz Flávio D’Urso: "Ora, não sejamos hipócritas, pois o que realmente leva à prática da eutanásia não é a piedade ou a compaixão, mas sim o propósito mórbido e egoístico de poupar-se ao pungente drama da dor alheia.". E como disse GRAMSTRUP, completando: "[...] e aos encargos econômicos e pessoais que ela representa." (PAGANELLI, 1997).

Por ser a vida, bem indisponível e irrenunciável, o consentimento do enfermo moribundo é de escasso ou nenhum valor na manifestação de sua vontade, não tendo eficácia ética e jurídica de quem tem o desenvolvimento mental incompleto ou está obnubilado, e por fim, quanto mais no caso de alguém com as faculdades mentais perturbadas a ponto de abalar o mais poderoso instinto: o da “autoconservação” (PAGANELLI, 1997).

Aos defensores da eutanásia, seja na forma ativa ou passiva, já se encontrava na Resolução 1246/1988 do Código de Ética Médica de 1988, em seu artigo 66, vedação expressa: “Artigo 66 - Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que apedido deste ou de seu representante legal”. Preceito esse, que nos remete ao juramento de Hipócrates: “A ninguém darei, para ajudar, remédio mortal, nem conselho que o induza à perdição.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988).

Em 2009, o Conselho Federal de Medicina publicou o novo Código de Ética Médica, Resolução nº 1931, vigente desde 2010, que aduz em seu artigo 1º proibição expressa de: “Art. 1º - Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”. E, no artigo 14 está assim redigido: “Art. 14. “Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País”.

E ainda, não menos importante, o artigo 27, afirma ser proibido ao médico: “Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

Em simples leitura inclina-se para a defesa da vida, e não pela eutanásia, ativa ou na sua forma passiva, pois que a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1931/2009 defende o mais valioso bem jurídico: a vida.

A defesa da vida, um princípio metajurídico!

Ou, como afirma Sêneca apud Dodge (1999): “Homo res homini sacra (O homem deve ser coisa sagrada para o homem)”.

3.2 O Suicídio Assistido e o Direito Penal

O suicídio assistido é uma das práticas que visam ao encurtamento da vida. O suicídio assistido se caracteriza por uma decisão da pessoa gravemente enferma que escolhe dar fim à própria vida. É a ação do próprio indivíduo que causa sua morte. Há, contudo, participação de um terceiro que o auxilia de qualquer maneira, sob a forma de assistência material ou moral. No Brasil, o suicídio assistido é crime previsto pelo art. 122 do Código Penal (CP). A conduta

do auxiliador será típica mesmo que a prática tenha ocorrido por sentimento de compaixão, não incidindo causa de diminuição de pena, como na hipótese da eutanásia (CRUZ; OLIVEIRA, 2013).

O Código Penal aduz no seu artigo 122 sobre o induzimento, instigação e auxílio ao suicídio prescreve que:

In verbis:

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

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave. (BRASIL, 1940).

Suicídio assistido e eutanásia são condutas que não podem ser confundidas.

Enquanto no suicídio assistido, a morte é resultado de uma ação da própria vítima, a qual foi orientada, auxiliada ou apenas assistida por terceiro, sendo o auxiliador mero veículo para sua efetivação, por outro lado na eutanásia, a morte resulta diretamente de uma ação ou omissão de terceiro movido por compaixão.

Para Barroso e Martel (2012, p. 27):

Suicídio assistido designa a retirada da própria vida com auxílio ou assistência de terceiro. O ato causador da morte é de autoria daquele que põe termo à própria vida. O terceiro colabora com o ato, quer prestando informações, quer colocando à disposição do paciente os meios e condições necessárias à prática. O auxílio e assistência diferem do induzimento ao suicídio. No primeiro a vontade advém do paciente, ao passo que no outro o terceiro age sobre a vontade do sujeito passivo, de modo a interferir com sua liberdade de ação. As duas formas admitem combinação, isto é, há possibilidade de uma pessoa ser simultaneamente instigada e assistida em seu suicídio.

O suicídio assistido, ou auxílio ao suicídio, “ocorre com a participação material, quando alguém ajuda a vítima a se matar oferecendo-lhe meios idôneos para tanto”. É preciso que o paciente tenha solicitado a ajuda para morrer, diante do fracasso dos métodos terapêuticos e dos paliativos contra as dores, o que acaba por retirar a dignidade do paciente, segundo seu próprio entendimento (BORGES, 2007, p. 235).

A Encíclica *Evangelium Vitae* assim se posiciona frente ao suicídio:

Ora, a primeira e mais imediata aplicação desta doutrina diz respeito à lei humana que menospreza o direito fundamental e primordial à vida, direito próprio de cada homem. Assim, as leis que legitimam a eliminação direta de seres humanos inocentes, por meio do aborto e da eutanásia, estão em contradição total e insanável com o direito inviolável à vida, próprio de todos os homens, e negam a igualdade de todos perante a lei. Poder-se-ia objetar que é diverso o caso da eutanásia, quando pedida em plena consciência pelo sujeito

interessado. Mas um Estado que legitimasse tal pedido, autorizando a sua realização, estaria a legalizar um caso de suicídio-homicídio, contra os princípios fundamentais da não disponibilidade da vida e da tutela de cada vida inocente. Deste modo, favorece-se a diminuição do respeito pela vida e abre-se a estrada a comportamentos demolidores da confiança nas relações sociais. [...]. (VATICANO, 1995).

O suicídio assistido, como pôde ser observado, é conduta típica, antijurídica e culpável sendo reprovada pela sociedade, e pelo ordenamento jurídico brasileiro – Código Penal.

3.3 A Eutanásia no Direito Estrangeiro

A eutanásia, processo de morte de um enfermo por intervenção com o objetivo último de levar à morte, aliviando um sofrimento insuportável, é a prática mais conhecida. Sua forma de punição depende do país em que ocorre. Grécia, Polônia, Áustria e Noruega possuem punições leves. Na Alemanha e Itália sua prática não é considerada assassinato e, por lei, deve ser julgada como um caso especial. Para a França e Turquia a prática é considerada assassinato (SIQUEIRA-BATISTA; SCHARAMM, 2008).

Na Holanda e na Suíça, o suicídio assistido constitui prática institucionalizada, pela injeção de uma única dosagem letal (DINIZ, 2014).

A eutanásia está legalizada em três países europeus: Holanda, Bélgica e Luxemburgo. Mesmo com o devido amparo legal é sempre situação de conflito para o paciente, familiares que o acompanham e profissionais que a executam (KOVÁCS, 2014; SIQUEIRA-BATISTA; SCHARAMM, 2005).

Como operadores do direito, há que se decidir como tratar de um tema tão complicado como a eutanásia, visto que existem complexos graus de relatividade para tal assunto, uma vez que há o interesse do paciente, de seus familiares, do profissional da saúde e da humanidade (BOTTEGA; CAMPOS, 2011).

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos expressou preocupação nesse sentido, advertindo que com a legalização da eutanásia na Holanda e Bélgica, em 2002, deflagraria a “ladeira escorregadia” ou *Slippery Slope*, resultando em danos para pacientes vulneráveis, tais como os idosos e pessoas com necessidades especiais, o que impediria o desenvolvimento dos cuidados paliativos ao se apresentar a eutanásia como alternativa (MATERSTVEDT, 2003).

Na Holanda foi aprovada, em 2001, a “Lei Relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido”, embora a prática já fosse tolerada desde 1997. Este dispositivo legal não veio para descriminalizar a prática da eutanásia e do suicídio assistido que continuam tipificados no Código Penal em seus artigos 293 e 294, respectivamente, mas para o

médico que pratica a eutanásia, satisfeitas as exigências prescritas na lei, este é beneficiado com uma exclusão de ilicitude (DIAS, 2012; ALBUQUERQUE, 2006).

A eutanásia apenas poderá ser praticada se o paciente não tiver a menor chance de cura e estiver submetido a insuportável sofrimento. O paciente deverá solicitar o procedimento, e não somente o mesmo, como também o seu médico deverão ter certeza que não existe outra alternativa confirmada por outro médico ou por uma equipe de especialistas (DINIZ, 2014). Em 2003, autoridades médicas registraram mais de 1.800 casos de pessoas que tiveram a vida terminada desde a adoção da lei (BOLLE, 2001).

Para que seja aplicada a excludente de ilicitude devem ser observados os seguintes critérios: solicitação voluntária e refletida por parte do paciente; esse deve estar acometido de doença incurável e que cause sofrimento insuportável, sem qualquer solução razoável; o médico deve ter sua decisão apoiada por outro médico independente; o paciente deve ser informado sobre seu estado de saúde e a eutanásia deve ser realizada de maneira cuidadosa (ALBUQUERQUE, 2011).

O diploma legal referente à eutanásia prevê ainda que após a realização de tal procedimento o caso será submetido à avaliação de comissões regionais compostas por um médico, um jurista e um especialista em ética. A comissão possui a função de fiscalizar se todos os requisitos legais foram observados. Caso seja constatada qualquer irregularidade a comissão deverá apresentar denúncia à Justiça Penal. A lei prevê que por meio de uma declaração de intenção de eutanásia, qualquer pessoa pode solicitar por escrito a realização desta prática, o que será acatado quando o paciente não puder mais decidir por si mesmo. A nova lei também autoriza que menores de idade, entre doze e dezesseis anos, mediante consentimento dos pais, requeiram a prática da eutanásia (ZERMIANI, 2013).

Em 1990, o Ministério da Justiça e a Real Associação Médica Holandesa criaram um procedimento de notificação da eutanásia para que o médico ficasse imune diante de acusação de homicídio, apesar de ter realizado um ato ilegal, porém não punível (BERTACO, 2009).

Os médicos holandeses recebem treinamento formal na faculdade de medicina, de “como” praticar a eutanásia, e a Sociedade Holandesa Real de Farmacologia distribuiu para os médicos um livro de como praticar a eutanásia. O livro contém “receitas de venenos” que não são detectáveis, e que os médicos podem colocar na comida ou injetar de tal forma que se torna quase impossível detectá-los durante uma autópsia. A Sociedade Holandesa da Eutanásia publicou, em 1977, o manual “como” praticar a eutanásia, do Dr. Pieter Admiraal. Os grupos de eutanásia presenteiam esse manual para todos os médicos na Holanda, traduziram-no para o inglês e o enviaram para os EUA. O número de asilos na Holanda diminuiu mais de 80 por

cento nos últimos 20 anos, e a expectativa de vida das poucas pessoas idosas que permanecem em tais asilos está se tornando cada vez menor (CLOWES, 1997).

Muitas pessoas idosas em asilos na Holanda somente bebem água das torneiras e não bebem nenhum outro líquido, porque acreditam que o seu suco de laranja ou leite pode estar “batizado” com veneno mortal. O modelo da Holanda certamente economizaria dinheiro nos EUA. O Relatório Rimmelinck calculou que 23.000 pessoas são assassinadas na Holanda anualmente – a maioria delas, involuntariamente (CLOWES, 1997). Em 1990, na Holanda, ocorreram 11.800 mortes por Eutanásia, suicídio assistido e overdose de morfina, perfazendo uma participação de 9% na mortalidade do país (COELHO, 2001).

O artigo “End-of-life practices in the Netherlands under the euthanasia act”, publicado por Heide et al. em 2007 no *The New England Journal of Medicine*, mostra dados sobre práticas de final de vida na Holanda. Mostra que em 2005, do total de mortes ocorridas no país, 1,7% resultava de eutanásia, e 0,1%, de suicídio medicamente assistido. As percentagens são significativamente menores que as registradas em 2001, quando 2,6% de todas as mortes eram resultado da prática da eutanásia, e 0,2% de suicídio medicamente assistido (HEIDE et al, 2007).

A legislação da eutanásia na Bélgica em seu artigo 2º afirma que “eutanásia” é definida como o ato, realizado por terceiros, que faz cessar intencionalmente a vida de uma pessoa a pedido desta pessoa. Já no artigo 3º, parágrafo primeiro, define as condições para o exercício da eutanásia, especificando que o médico que executa uma eutanásia não está praticando um ato ilegal se tiver se assegurado de que: o paciente é adulto ou menor emancipado e tem plena capacidade e consciência na época de seu pedido; o pedido é feito voluntariamente, ponderado e reiterado, e não resulta de pressão externa; o paciente se encontra numa condição médica irremediável e se queixa de sofrimento físico ou mental constante e insuportável que não pode ser minorado e que resulta de uma condição acidental ou patológica grave e incurável; e atendeu aos requisitos e procedimentos determinados por esta lei (PESSINI, 2010).

Nos Estados Unidos, em uma perspectiva *sui generis*, a eutanásia é um tema bastante discutido em diversos âmbitos. Historicamente no ano de 1976 o Estado da Califórnia aprovou o *Natural Death Act*. Esta lei reconhecia o Testamento Vital como um documento que permite a seu signatário, de forma prévia, estabelecer as diretrizes acerca de quais procedimentos médicos não deveriam ser utilizados para mantê-lo vivo, bem como isentava de responsabilidade civil e criminal os profissionais de saúde que o cumprissem (DIAS, 2012; HÜBNER, 2013).

No mesmo sentido de seus compadres americanos filia-se a *common law* britânica, permitindo a suspensão do tratamento a doentes incuráveis e terminais, mediante rigorosos requisitos e condições extremas, entre as quais a perícia técnica sobre a anamnese do paciente e a sua disposição legítima de vontade (PICOLO, 2012).

Até o início da década de 90, quarenta e dois Estados norte-americanos reconheciam o valor jurídico destes testamentos vitais (DIAS, 2013; HÜBNER, 2013) Nesta perspectiva, no ano de 1990, a Suprema Corte dos Estados Unidos julgou o caso Nancy Cruzan, cuja repercussão levou à aprovação da *Patient Self-Determination Act*. Esta lei alargou o entendimento a respeito do Testamento Vital para todo o país de forma a reconhecer a existência de um direito constitucional à recusa ou consentimento prévio de terapêuticas (MATIAS, 2004).

Nos Estados Unidos, a Suprema Corte Americana admitiu a aplicação do ato da morte com dignidade em 1997 “*Death with Dignity Act*” no Estado de Oregon, em que se permite ao médico a administração de substância letal ao paciente que deseja morrer, legalizando o suicídio assistido. No Estado de Oregon, o Departamento de Saúde paga 45 dólares a cada paciente terminal que, após aprovação médico-psiquiátrica, deseja participar do programa de suicídio assistido, financiando conseqüentemente os custos hospitalares (DINIZ, 2014). O procedimento tem sido chamado de suicídio com auxílio médico. Defensores da ideia estão protestando contra o uso da palavra suicídio, argumentando que suicídio significa a decisão de terminar a vida repentinamente, enquanto, neste caso, o paciente já está condenado a morrer, e apenas abrevia o processo (EUTHANASIA..., 2007).

A eutanásia foi legalizada nos Estados Unidos, no Estado de Washington em 5 de março de 2009. A medida do suicídio assistido foi aprovada por referendo popular e vai consentir aos médicos que prescrevam uma dose mortal a pacientes em fase terminal com expectativa de vida futura de menos de seis meses de vida; outrossim há atualmente quatro Estados dos EUA que já legalizaram a eutanásia: Oregon, Washington, Montana e Vermont (NAVARRO, 2014; ALBUQUERQUE, 2011).

Nos Estados Unidos, permite-se ao paciente portar um cartão de identificação com a inscrição “*DNR –Do Not Resuscitate*”, que indica o desejo da pessoa de não ser reanimada no instante extremo, seja, em situações clínicas ambulatoriais ou em hospitais, com o propósito de se promover cuidados paliativos ou ortotanásia, e portanto, se evitar a eutanásia, já que em muitos Estados americanos é crime a eutanásia.

A Associação Médica Mundial ou (*World Medical Association*) pronunciou-se, no ano de 1987 (38th *World Medical Assembly, Madrid*), na Espanha, sobre a eutanásia, e em 1992

(44th *World Medical Assembly, Marbella, Spain*) na Espanha sobre o suicídio assistido (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2013).

No ano de 2002, por meio da “*Resolution on Euthanasia*”, a *World Medical Association (WMA)* - Associação Médica Internacional, e reafirmada em abril de 2013, deixou claro as diferenças entre limitação de tratamento, eutanásia e suicídio assistido, deixando claro, ainda, que a primeira se trata de direito do paciente e os dois últimos são taxados de métodos antiéticos. Diz a Resolução:

Eutanásia, que o ato de finalizar deliberadamente a vida do paciente, mesmo com a solicitação do próprio paciente ou a solicitação de parentes próximos, é antiética. Isso não impede o médico de respeitar o desejo do paciente de permitir que o processo natural da morte siga seu curso na fase terminal da doença. (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2013, tradução nossa).

Diz ainda a Associação Médica Mundial (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2013):

Suicídio assistido por médico, como a eutanásia, é antiético e deve ser condenado pela profissão médica. Quando a assistência do médico é intencional e deliberadamente dirigida a habilitar um indivíduo a terminar a sua própria vida, o médico age antieticamente. Todavia, o direito de recusar tratamento médico é um direito básico do paciente e o médico não age antieticamente mesmo que respeitar esse desejo resulte na morte do paciente. (Tradução nossa).

Na França, a Lei Leonetti, de 22 de abril de 2005, instaurou o direito a "deixar morrer", sem permitir aos médicos que pratiquem a eutanásia na forma ativa, contudo, a chamada "eutanásia passiva" é autorizada. A Lei Leonetti permite a interrupção de tratamentos médicos "inúteis ou desproporcionais e cujo único objetivo é manter alguém artificialmente em vida", permitindo que o doente seja induzido a coma artificial e morra de fome e de sede, o que pode levar vários dias (ZERMIANI, 2013; HÜBNER, 2013).

No Código Penal da França a eutanásia ativa é considerada homicídio, enquanto que a passiva é considerada como omissão de atendimento. No ano de 1999 houve uma tentativa de despenalizar a prática da eutanásia no país por meio do Projeto de Lei nº 166, o qual se aprovado, possibilitaria que o paciente deixasse por escrito quais as medidas que se submeteria no que diz respeito à condução de seu caso (ZERMIANI, 2013; HÜBNER, 2013).

A instigação ou auxílio ao suicídio não recebe tratamento penal na Alemanha, desde que o ato final que dá a causa da morte seja próprio do suicida, devendo ele ser pessoa capaz e estar no pleno gozo de suas capacidades mentais. A lei também submete a juízo individual a

liberalidade de receber ou recusar tratamento ao paciente, a qualquer tempo. Trata-se de um direito individual cristalizado pelo ordenamento germânico (PICOLO, 2012).

Na Alemanha a doutrina prefere utilizar a expressão “ajuda a morrer” para as questões referentes à eutanásia. O Código Penal da Alemanha prevê sanções tanto para a prática de homicídio, com suas qualificadoras, bem como para o homicídio a pedido. Na última hipótese, há a previsão de uma diminuição de pena para os casos de homicídio movido por expresse e sério pedido do indivíduo. Os médicos podem dar aos pacientes os meios de pôr fim à vida, mas eles próprios não podem administrar-lhes a substância letal” (DIAS, 2012). A população parece estar desenvolvendo uma “tolerância crescente”, visando justificar a eutanásia ativa para as pessoas gravemente doentes, presumidamente incuráveis ou que perderam toda a alegria de viver, porém, é pouco provável que a população seja favorável a uma verdadeira legislação da eutanásia (KERNER, 2001).

A eutanásia esteve em vigor, de 1º de julho de 1996 a 24 de março de 1997, no norte da Austrália, uma lei que autorizava a eutanásia ativa. A lei ficou conhecida como “Lei dos Direitos dos Pacientes Terminais”, e enquanto esteve em vigor oportunizou a morte de quatro pessoas. Havia uma série de critérios que deveriam ser seguidos para que o procedimento fosse realizado. Entretanto, por decisões do Parlamento Australiano, esta lei foi revogada por uma diferença de apenas quatro pontos. Apesar disso, 74% da população continuam a favor da prática da eutanásia (BERTACO, 2009).

Dentre os requisitos necessários à prática da eutanásia passiva destacavam-se: o paciente terminal, sofrendo de uma doença incurável que lhe causasse graves sofrimentos, deveria ter atingido 18 anos de idade para poder pedir a ajuda para a prática da eutanásia; o pedido deveria ser livre, voluntário e depois de formulado, o paciente teria que aguardar sete dias para, reafirmar sua intenção de morrer; o estado de saúde do paciente deveria ser atestado por dois médicos além daquele que estava tratando o caso, sendo um deles especialista na doença que acometera o paciente e o outro, um psiquiatra (ZERMIANI, 2013; HÜBNER, 2013).

Apesar das pesquisas de opinião indicarem que os cidadãos australianos eram favoráveis à eutanásia, esta lei veio a ser revogada. Desta forma, a eutanásia ativa e voluntária é crime em todo o país, mas a eutanásia passiva é permitida baseada no direito de autodeterminação de adultos recusarem, em dadas condições, tratamento médico (DIAS, 2012; HÜBNER, 2013).

O Código Penal da Dinamarca regula o homicídio consentido de forma que quem o pratica pode ter decretada pena de prisão de até três anos. O diploma determina que o indivíduo

que pratica homicídio com motivação piedosa, incorre em pena de detenção de ao menos 60 dias, o que, na prática, equivale ao perdão judicial (DIAS, 2012; HÜBNER, 2013).

Na Dinamarca, somente se admite a interrupção do tratamento mediante escritura pública feita pelo paciente, o que provocou uma corrida aos cartórios do país. O censo do governo local demonstra que foram registrados 70.000 testamentos apenas em 1992, quando a exigência virou lei (PICOLO, 2012).

Em 1992 foi aprovada na Dinamarca, por meio de lei, o registro oficial do “Testamento Vital”, que autoriza a pessoa a não ser tratada ativamente se estiver irreversivelmente morrendo e o envelhecimento, acidente ou doença levar a um estágio avançado de debilidade permanente física e mentalmente, mantendo-a incapacitada de se cuidar. O testamento deve ser respeitado pelo médico e pode fazer referência, ainda, à eutanásia ativa indireta, ou seja, à intenção de a pessoa morrer sem dor, mesmo que isso implique a administração de fármacos que poderão abreviar a vida (DIAS, 2012; HÜBNER, 2013). Somente a partir de 1998 que a legislação dinamarquesa transferiu à família do doente a possibilidade de interromper o tratamento, no caso de incapacidade do mesmo (PICOLO, 2012).

Na Espanha pela Lei Geral de Saúde (ESPAÑA, 1986) - Ley General de Sanidad, de 25/04/1986, há o direito pelo enfermo à livre escolha entre as opções de tratamento apresentadas pelo médico, sendo necessário o consentimento por escrito do doente para qualquer intervenção. Em caso de incapacidade, caberá a decisão aos familiares ou representantes legais (BORGES, 2001, p.300). A eutanásia ativa direta a pedido é punível no país até mesmo se mediar um Testamento Vital anterior. À luz do novo Código Penal, consideram-se despenalizados no Direito espanhol: tanto a eutanásia passiva (ortotanásia) como a eutanásia ativa indireta (abreviação da vida), se houver a vontade séria e inequívoca do paciente (ARZAMENDI, 2001).

O direito da autonomia do paciente veio a ser confirmado de maneira inquestionável pela Lei nº 41/2002 (ESPAÑA, 2002) que determina que o paciente deve ser informado de todos os atos do médico no tratamento proposto. Até o ano de 1995 o Código Penal da Espanha ainda equiparava a prática da eutanásia ao homicídio comum. A partir de 1995 com o Novo Código Penal este tratamento foi alterado de forma a diferenciar a forma de punição do homicídio comum e homicídio piedoso, mas sem a descriminalização da eutanásia ativa. Vale destacar que à luz do Novo Código Penal, consideram-se despenalizadas as práticas de eutanásia passiva, entendida como a não prolongação artificial da vida, e da eutanásia ativa indireta, ou seja, a eutanásia de duplo efeito (ZERMIANI, 2013; HÜBNER, 2013).

O Código Penal da Espanha de 1995 determinou que a eutanásia e o suicídio assistido não deviam ser considerados assassinato. Sentenças de prisão não são aplicáveis se o paciente

fez um requisição específica e repetida para ser liberado a morrer, no caso de o doente sofrer de um mal incurável ou uma enfermidade limitante e que provoque sofrimento extremo e permanente. A comunidade autônoma de Andaluzia, no Sul, foi pioneira nesta legislação na Espanha ao aprovar uma norma que garante o direito de um doente terminal rejeitar ou interromper um tratamento, assim como os deveres dos profissionais encarregados da atenção ao enfermo (BOTTEGA; CAMPOS, 2011). O auxílio ao suicídio é penalizado em qualquer hipótese (PICOLO, 2012).

O Código Penal Italiano impõe sanções a todas as formas de auxílio ao suicídio e ao homicídio consentido pela vítima. Nos casos de homicídio piedoso e homicídio praticado com o consentimento da vítima dado de forma incondicional, inequívoca e livre, sem coação, violência, ameaça, sugestão ou engano “deve ser punido como qualquer homicídio voluntário, ressalvada a possibilidade de diminuição da pena por motivos de particulares valores morais e sociais” (DIAS, 2012; HÜBNER, 2013).

O Código Penal e Portugal de 1995 trata duas hipóteses de eutanásia: a que ocorre mediante vontade expressa e comprovada do doente e a aquela em que esta vontade é presumida diante das condições objetivas do paciente e da evolução de seu quadro médico. No primeiro caso, a pena correspondente ao crime é limitada a três anos de prisão (passíveis de suspensão condicional); no segundo, ela varia de um a cinco anos. Apenas para fins comparativos, o homicídio simples naquele ordenamento é apenado com prisão de oito a dezesseis anos (PICOLO, 2012).

O artigo 133 do mesmo diploma legal assevera que o homicídio privilegiado é aquele praticado por relevante valor social ou moral. O artigo 72 estabelece as hipóteses de atenuação especial da pena dentre estas a conduta do agente determinada por motivo honroso, por forte solicitação ou tentação da própria vítima. O artigo 134 traz a previsão específica do homicídio a pedido da vítima e o artigo 135 refere-se ao incitamento ou ajuda ao suicídio, ou seja, a eutanásia e o suicídio assistido são considerados pelo código penal como crimes (DIAS, 2012; HÜBNER, 2013).

Segundo o novo código deontológico dos médicos portugueses "a utilização de meios extraordinários para manter a vida" pode ser interrompida em caso de morte cerebral ou a pedido do doente, mas em hipótese alguma a hidratação e a alimentação do paciente podem ser suspensas (DIAS, 2012; HÜBNER, 2013).

O Uruguai foi o primeiro país a legislar a respeito da eutanásia por meio do seu Código Penal, que está em vigor desde 1934, em seu artigo 37 disciplina que o juiz tem a faculdade de exonerar o autor do homicídio chamado piedoso, nos casos em que sejam preenchidos três

requisitos: bons antecedentes, que o agente tenha praticado a conduta por motivo piedoso e que tenha sido praticado mediante requisição reiterada do paciente (ZERMIANI, 2013).

O Código Penal do Uruguai trata o homicídio piedoso como causa de impunidade, desde que o agente tenha sido levado a praticar o ato por compaixão, mediante reiteradas súplicas da vítima, por meio da concessão do perdão judicial (DINIZ, 2014).

Neste caso há o perdão judicial para quem pratica a eutanásia desde que obedecidos os requisitos anteriormente citados. O perdão pode ser concedido apenas aos indivíduos que praticaram o homicídio piedoso, haja vista a vedação expressa no artigo 315, do referido Código, em relação ao crime de auxílio ao suicídio (ZERMIANI, HÜBNER, 2013).

Na Colômbia, o Código Penal de 2000 define no artigo 103 o crime de homicídio por piedade. Neste dispositivo aquele que matar o outro por piedade para pôr fim a intensos sofrimentos provenientes de lesão corporal ou enfermidade grave e incurável, incorrerá, a quem a pratica, em prisão de um a três anos. Paradoxalmente, conforme artigo 107, a indução ou o auxílio ao suicídio tem pena de dois a seis anos. Vale ressaltar que estas penas são mais brandas que aquelas aplicadas a casos de homicídio simples, nestes a pena varia entre treze e vinte e cinco anos (DIAS, 2012; HÜBNER, 2013).

A despeito de não possuir hodiernamente dispositivo legal a descriminalizar a eutanásia, a Suprema Corte da Colômbia também determinou a exclusão da penalidade correspondente para os médicos que cometessem a “eutanásia piedosa, permitindo ao paciente uma morte digna”.

A Corte Constitucional Colombiana em 1997 proferiu a Sentença C-239-9777, na qual analisou a constitucionalidade do artigo 326 do então vigente Código Penal. Nesta sentença a Corte firmou o entendimento que um doente em estado terminal que considere que sua vida deve chegar a um fim, pois a julga incompatível com sua dignidade, pode no exercício de sua liberdade, pode solicitar a ajuda de um terceiro sem que o Estado possa se opor ou impedir tal conduta de forma a proibi-la ou sancioná-la. Para que isto ocorra a Corte deixou consignado que o paciente deve deixar consentimento livre, manifestado inequivocamente por um sujeito passivo com capacidade intelectual suficiente para tomar a decisão de modo que, a quem atuar desta forma, seja exonerado de responsabilidade, ou seja da culpabilidade (DIAS, 2012).

No Chile não há regulação expressa dos pressupostos da eutanásia, no entanto, “valendo-se da parte geral do Código Penal, a doutrina chilena tem admitido, sem grandes percalços, a não punibilidade da eutanásia indireta, desde que haja consentimento do paciente” (DIAS, 2012).

Na Bolívia o artigo 257 do Código Penal aprecia a hipótese de homicídio piedoso. Se praticado, o indivíduo incorre em pena de reclusão de 1 a 3 anos, “se o ato for praticado por motivos piedosos, a requerimento do interessado, com o objetivo de acelerar a morte iminente ou de pôr fim a graves sofrimentos ou lesões corporais provavelmente incuráveis” DIAS, 2012: HÜBNER, 2013).

Na China, desde 1998 o governo comunista autorizou a prática da eutanásia em pacientes terminais, deixando a discricionariedade a critério dos médicos e estabelecendo como condição única a terminalidade do paciente. Não parece tratar-se de uma medida progressista, que privilegia os direitos individuais do paciente e sua família, buscando poupar-lhe de sofrimento inútil. Ao contrário, é medida meramente administrativa, autoritária, motivada por razões econômicas e demográficas locais, à base da insegurança jurídica característica das ditaduras (PICOLO, 2012).

A corrente de pensamento dominante na legislação penal mundial é a do tratamento da eutanásia como homicídio privilegiado, tendo a pena reduzida e equiparada, como no caso da Argentina, à do crime correspondente ao de instigação e auxílio ao suicídio previsto em nossa legislação. É possível observar esta realidade no artigo 116 do Código Penal costarriquenho e no artigo 157 do código peruano. Adotam este entendimento também Noruega, Polônia e Suíça. Outros países preferem tratar a eutanásia como um tipo penal próprio diferenciado do homicídio: é o que acontece em Cuba, na Áustria e na Grécia. Nestes casos, no entanto, o espírito da lei também é o de manter a conduta como crime, mas oferecendo um tratamento punitivo mais brando (PICOLO, 2012).

3.4 Projetos de Lei para regulamentação da Ortotanásia

O Projeto de Lei do Senado-PLS- nº 116/2000 (BRASIL, 2000), de autoria do senador Gerson Camata, foi em 02 de dezembro de 2009 aprovado pelo Senado Federal, e posteriormente aprovado por unanimidade em 08 de dezembro de 2010 pela **Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)**, e desde 14 de maio de 2013 está na relatoria da **Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)**. O Projeto de Lei nº 116/2000 foi enviado à Câmara dos Deputados, e posteriormente apensado ao Projeto de Lei nº 6715/2009 por ser mais abrangente em suas proposições.

Inicialmente o projeto previa modificações no artigo 121 do Código Penal acrescentando mais dois parágrafos:

In verbis:

Art. 1º - Acrescentam-se os §§ 6º e 7º ao art. 121 do Código Penal (Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940), com a seguinte redação:

Exclusão de ilicitude

§ 6º Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente, ou em sua impossibilidade, de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

§ 7º A exclusão de ilicitude a que se refere o parágrafo anterior faz referência à renúncia ao excesso terapêutico, e não se aplica se houver omissão de meios terapêuticos ordinários ou dos cuidados normais devidos a um doente, com o fim de causar-lhe a morte. (BRASIL, 2000).

Após ser avaliado pela **Comissão de Constituição e Justiça (CCJ)**, houve entendimento que não há uma conduta fática ou tipo penal que expresse que a não adoção de tratamentos desproporcionais gravosos para o próprio paciente terminal sejam tipificados como crime.

Por essas razões, opinou no sentido de que o local mais adequado para a matéria a ser tratada no Código Penal seria o Capítulo III do Título IV da Parte Especial, que trata dos crimes de Periclitación da Vida e da Saúde.

Assim, o Projeto de Lei nº 116/2000 passou a ter a seguinte redação:

In verbis:

Art. 1º Acrescente-se ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, o seguinte art. 136-A:

Art. 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, deixar de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários, em situação de morte iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

§ 1º A situação de morte iminente e inevitável deve ser previamente atestada por dois médicos.

§ 2º A exclusão de ilicitude prevista neste artigo não se aplica em caso de omissão de uso dos meios terapêuticos ordinários e proporcionais devidos a paciente terminal. (BRASIL, 2000).

Assim, não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados ao paciente terminal, deixar de usar meios desproporcionais e extraordinários em situação de morte iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão. Para tanto, o PLS nº 116/2000 determina que a situação de morte iminente deve ser atestada por dois médicos, contudo,

continuarão sendo considerados ilícitos os casos de omissão de meios terapêuticos ordinários e proporcionais devidos ao paciente terminal. Ao acrescentar o artigo 136-A ao Código Penal, o Projeto de Lei isenta de crime a prática da ortotanásia (BRASIL, 2000).

Outro Projeto de Lei do Senado-PLS- nº 524/2009, de autoria do senador Gerson Camata, dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal e à tomada de decisões sobre limitação ou suspensão de procedimentos terapêuticos em fase terminal de doença, e a limitação ou a suspensão de procedimentos terapêuticos, paliativos e mitigadores do sofrimento. Foi elaborado pela Comissão de Bioética da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), que por meio do Senador Gerson Camata o apresentou no Senado como Projeto de Lei. De acordo com o projeto, a pessoa em fase terminal de doença tem direito, sem prejuízo de outros procedimentos terapêuticos que se mostrarem cabíveis, a cuidados paliativos e mitigadores do sofrimento, proporcionais e adequados à situação do paciente doente (BRASIL, 2009a).

O Projeto de Lei nº 524/2009 tem a seguinte redação:

In verbis:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre os direitos da pessoa que se encontre em fase terminal de doença, no que diz respeito à tomada de decisões sobre a instituição, a limitação ou a suspensão de procedimentos terapêuticos, paliativos e mitigadores do sofrimento.

Art. 2º A pessoa em fase terminal de doença tem direito, sem prejuízo de outros procedimentos terapêuticos que se mostrarem cabíveis, a cuidados paliativos e mitigadores do sofrimento, proporcionais e adequados à sua situação.

Art. 3º Para os efeitos desta Lei, são adotadas as seguintes definições: I – pessoa em fase terminal de doença: pessoa portadora de doença incurável, progressiva e em estágio avançado com prognóstico de ocorrência de morte próxima e inevitável sem perspectiva de melhora do quadro clínico mediante a instituição de procedimentos terapêuticos proporcionais;

II – procedimentos paliativos e mitigadores do sofrimento: procedimentos que promovam a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, mediante prevenção e tratamento para o alívio de dor e de sofrimento de natureza física, psíquica, social e espiritual;

III – cuidados básicos, normais e ordinários: procedimentos necessários e indispensáveis à manutenção da vida e da dignidade da pessoa, entre os quais se inserem a ventilação não invasiva, a alimentação, a hidratação, garantidas as quotas básicas de líquidos, eletrólitos e nutrientes, os cuidados higiênicos, o tratamento da dor e de outros sintomas de sofrimento.

IV – procedimentos proporcionais: procedimentos terapêuticos, paliativos ou mitigadores do sofrimento que respeitem a proporcionalidade entre o investimento de recursos materiais, instrumentais e humanos e os resultados previsíveis e que resultem em melhor qualidade de vida do paciente e cujas

técnicas não imponham sofrimentos em desproporção com os benefícios que delas decorram;

V – procedimentos desproporcionais: procedimentos terapêuticos, paliativos ou mitigadores do sofrimento que não preencham, em cada caso concreto, os critérios de proporcionalidade a que se refere o inciso IV;

VI – procedimentos extraordinários: procedimentos terapêuticos, ainda que em fase experimental, cuja aplicação comporte riscos.

Art. 4º Na aplicação do disposto nesta Lei, os profissionais responsáveis pela atenção à pessoa em fase terminal de doença deverão promover o alívio da dor e do sofrimento, com preservação, sempre que possível, da lucidez do paciente, de modo a permitir-lhe o convívio familiar e social.

Art. 5º É direito da pessoa em fase terminal de doença ou acometida de grave e irreversível dano à saúde de ser informada sobre as possibilidades terapêuticas, paliativas ou mitigadoras do sofrimento, adequadas e proporcionais à sua situação.

§ 1º Quando, em decorrência de doença mental ou outra situação que altere o seu estado de consciência, a pessoa em fase terminal de doença estiver incapacitada de receber, avaliar ou compreender a informação a que se refere o *caput*, esta deverá ser prestada aos seus familiares ou ao seu representante legal.

§ 2º É assegurado à pessoa em fase terminal de doença, aos seus familiares ou ao seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 6º Se houver manifestação favorável da pessoa em fase terminal de doença ou, na impossibilidade de que ela se manifeste em razão das condições a que se refere o § 1º do art. 5º, da sua família ou do seu representante legal, é permitida, respeitado o disposto no § 2º, a limitação ou a suspensão, pelo médico assistente, de procedimentos desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida.

§ 1º Na hipótese de impossibilidade superveniente de manifestação de vontade do paciente e caso este tenha, anteriormente, enquanto lúcido, se pronunciado contrariamente à limitação e suspensão de procedimentos de que trata o *caput*, deverá ser respeitada tal manifestação.

§ 2º. A limitação ou a suspensão a que se refere o *caput* deverá ser fundamentada e registrada no prontuário do paciente e será submetida a análise médica revisora, definida em regulamento.

Art. 7º Mesmo nos casos em que houver a manifestação pela limitação ou suspensão de procedimentos a que se refere o art. 6º, a pessoa em fase terminal de doença continuará a receber todos os cuidados básicos, normais ou ordinários necessários à manutenção da sua vida e da sua dignidade, bem como os procedimentos proporcionais terapêuticos, paliativos ou mitigadores do sofrimento, assegurados o conforto físico, psíquico, social e espiritual e o direito à alta hospitalar. (BRASIL, 2009a).

No artigo 6º, §1º, caso o paciente tenha se manifestado contrário à limitação ou suspensão do tratamento antes de se tornar incapaz, esta vontade deverá ser respeitada. O próprio artigo 6º trata da autonomia privada do paciente, ou na sua falta, dos seus familiares ou

representante legal, e da fundamentação da suspensão ou limitação do tratamento em prontuário médico, submetido à análise médica revisora.

De acordo com o Projeto de Lei nº 524/2009, mesmo nos casos em que houver decisão pela limitação ou suspensão de procedimentos terapêuticos, a pessoa em fase terminal deverá continuar a receber todos os cuidados básicos necessários à manutenção de sua vida e dignidade. Outrossim, deverá ainda contar com procedimentos que diminuam o sofrimento, e ratifica que fica garantido ao enfermo direito ao conforto físico, social e espiritual e o direito à alta hospitalar.

E por fim o Projeto de Lei de nº 6715/2009, (BRASIL, 2009b) no qual se incluiu as propostas dos projetos anteriores, propõe a regulamentação da ortotanásia de maneira pragmática:

In verbis:

Art. 1º Esta lei dispõe sobre os cuidados devidos a pacientes que se encontrem em fase terminal de enfermidade.

Art. 2º Todo paciente que se encontra em fase terminal de enfermidade tem direito a cuidados paliativos proporcionais e adequados, sem prejuízo de outros tratamentos que se mostrem necessários e oportunos.

Parágrafo único. Na aplicação do disposto no *caput*, buscar-se-á que o paciente tenha alívio da dor e do sofrimento, preservando-se, sempre que possível sua lucidez e o convívio familiar e social.

Art. 3º Para os fins desta lei, considera-se:

I - paciente em fase terminal de enfermidade: pessoa portadora de enfermidade avançada, progressiva e incurável, com prognóstico de morte iminente e inevitável, em razão de falência grave e irreversível de um ou vários órgãos, e que não apresenta qualquer perspectiva de recuperação do quadro clínico;

II - cuidados paliativos: medidas que promovem, usualmente com enfoque multiprofissional, a qualidade de vida dos pacientes e o alívio do sofrimento, especialmente relacionadas ao diagnóstico precoce, à avaliação e ao tratamento adequado tanto da dor quanto de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual;

III - cuidados básicos, normais ou ordinários: cuidados necessários e indispensáveis à manutenção da vida e da dignidade de qualquer paciente, entre os quais se inserem a alimentação; a hidratação, garantidas as quotas básicas de líquidos, eletrólitos e nutrientes; a higiene; o tratamento da dor e de outros sintomas de sofrimento; e a ventilação não invasiva, quando necessária;

IV - procedimentos e tratamentos proporcionais: procedimentos ou tratamentos cujo investimento em equipamentos e pessoal mostra-se proporcional aos resultados esperados, com relação favorável à qualidade de

vida do paciente, e que não impõem aos pacientes sofrimentos ou contrariedades em desproporção com os possíveis benefícios deles decorrentes;

V - procedimentos e tratamentos desproporcionais: procedimentos ou tratamentos que não preencham os critérios de proporcionalidade expressos no inciso IV deste artigo;

VI - procedimentos e tratamentos extraordinários: procedimentos ou tratamentos não usuais, inclusive aqueles em fase experimental, cujo único objetivo seja prolongar artificialmente a vida;

VII - médico assistente: profissional médico responsável pela assistência ao paciente em fase terminal de enfermidade;

VIII - junta médica especializada: junta médica de cuja composição façam parte pelo menos o médico assistente, um médico de especialidade relacionada ao caso clínico específico do paciente e um médico psiquiatra.

Art. 4º Havendo solicitação do paciente em fase terminal de enfermidade, ou na sua impossibilidade, de sua família ou de seu representante legal, é permitida a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários, pelo médico assistente, após deliberação da junta médica especializada.

§1º Na hipótese da impossibilidade de manifestação da vontade do paciente e caso este tenha, anteriormente, enquanto lúcido, se pronunciado contrariamente à limitação ou à suspensão dos procedimentos de que trata o *caput*, tal manifestação deverá ser respeitada.

§2º A solicitação de limitação ou suspensão dos procedimentos de que trata o *caput* e o inciso I do art. 6º será apresentada pelo médico assistente à junta médica especializada para análise e ratificação ou não da conduta.

§3º O paciente ou seu representante legal poderá desistir da limitação ou suspensão dos procedimentos de que trata o *caput*, a qualquer tempo, sem necessidade de justificção.

Art. 5º O médico assistente deverá obrigatoriamente:

I - assegurar-se da existência de doença em fase terminal;

II - assegurar que o paciente ou seu representante legal receba informações completas sobre o seu caso, que incluam no mínimo:

a) diagnóstico;

b) prognóstico;

c) todas as modalidades terapêuticas existentes para o caso específico;

d) alternativas para controle da dor e de outros sintomas do sofrimento.

III - facultar ao paciente, à sua família ou ao seu representante legal a solicitação de uma segunda opinião médica;

IV - assegurar o direito a alta hospitalar ao paciente que solicite limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários, após deliberação da junta médica especializada;

Parágrafo único: o paciente em fase terminal de enfermidade continuará a receber todos os cuidados básicos, normais ou ordinários necessários à manutenção da sua vida e da sua dignidade, bem como os cuidados paliativos necessários a avaliar o sofrimento, assegurados a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive o direito a alta hospitalar.

Art. 6º Devem ser registrados no prontuário médico do paciente:

I - a solicitação escrita para limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos considerados desproporcionais ou extraordinários, sempre fundamentada, devendo ser preenchida e assinada pelo paciente, por sua família ou por seu representante legal;

II - o diagnóstico emitido pelo médico assistente e o provável prognóstico;

III - o diagnóstico, o prognóstico provável e a opinião da junta médica especializada que ratificou ou não a opinião do médico assistente;

IV - a descrição dos aconselhamentos feitos ao paciente, aos seus familiares ou ao seu representante legal.

Art. 7º O Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), passa a vigorar acrescido do seguinte art. 136-A:

“Art. 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, deixar de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários, em situação de morte iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

§ 1º A situação de morte iminente e inevitável deve ser previamente atestada por 2 (dois) médicos.

§ 2º A exclusão de ilicitude prevista neste artigo não se aplica em caso de omissão de uso dos meios terapêuticos ordinários e proporcionais devidos a paciente terminal. (BRASIL, 2009b).

De acordo com Hans Kelsen (1998), a norma inferior deve ser produzida de acordo com a norma superior,

A norma que regula a produção é a norma superior, a norma produzida segundo as determinações daquela é a norma inferior. A ordem jurídica não é um sistema de normas jurídicas ordenadas no mesmo plano, situadas umas ao lado das outras, mas é uma construção escalonada de diferentes camadas ou níveis de normas jurídicas. A sua unidade é produto da conexão de dependência que resulta do fato de a validade de uma norma, que foi produzida de acordo com outra norma, se apoiar sobre essa outra norma, cuja produção, por sua vez, é determinada por outra. [...]. (KELSEN, 1998, p.155).

A Lei Estadual do Estado de São Paulo nº 10.241/1999 (SÃO PAULO, 1999) seguindo a orientação de Kelsen, não entrou em colisão com a norma hipotética fundamental – Constituição Federal de 1988 - na qual se dispõe que o paciente pode, através de manifestação de vontade expressa, recusar tratamento doloroso ou extraordinário para tentar prolongar a vida. O direito de recusa a tratamento somente pode ser respeitado se causar dor excessiva ou for extraordinário. O médico é o único profissional habilitado para afirmar se o tratamento encaixa-se nas duas hipóteses autorizadas do exercício de direito, porém deverá haver manifestação expressa da vontade do paciente. Pode-se perceber que o debate está circunscrito à aparente tensão entre o “direito à vida” e o “respeito devido à dignidade da pessoa humana”, acarretado pelo desenvolvimento de novas tecnologias na área da biociência (FELIX, 2007).

A Lei “Mario Covas” assevera sobre os direitos de usuários dos serviços de saúde do Estado de São Paulo - paciente terminal - o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida. No artigo 2º, inciso XXIII, é garantir ao paciente: “recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida”, e o inciso XXIV: “optar pelo local de sua morte.” (SÃO PAULO, 1999).

Vale ressaltar que, em tese, não se faz necessária a criação de uma lei para legalizar a prática da ortotanásia, nem mesmo ato administrativo do Conselho Federal de Medicina regulamentando-a, visto que o direito à vida com dignidade, em tese, assegura o morrer com dignidade, princípio assegurado pela Constituição de 1988.

Por fim, enquanto os Projetos de Lei não são publicados, a única lei que discutiu o Princípio da Autonomia, e a recusa de tratamentos desproporcionais e extraordinários é a Lei Mário Covas – Lei 10.241/1999 (SÃO PAULO, 1999).

CONCLUSÕES

A morte sempre existiu e sempre existirá entre nós porque morrer é parte integral da vida e da existência humana, tão natural e previsível como nascer. A não consideração da morte como uma dimensão da existência humana e do consequente desafio de lidar com a mesma como um dos objetivos da medicina faz com que se introduzam tratamentos agressivos que somente prolongarão o processo de morrer.

Pela ausência de expressa previsão legal, o direito à morte digna acaba por proporcionar discussões que devem ser enriquecidas e implantadas no ordenamento jurídico vigente no Brasil, já que a bioética já apontou melhor entendimento da situação do enfermo em doenças terminais, e portanto sua compreensão equivocada, seja pela doutrina, ou mesmo pela jurisprudência, poderia causar um sofrimento desnecessário a dado paciente que em condição terminal solicita o direito à Morte Digna.

Em face das pesquisas realizada ao longo do trabalho, e após a análise dos direitos e princípios constitucionais relacionados ao tema dessa monografia, pode-se afirmar a existência implícita de um direito à Morte Digna na Constituição Federal de 1988.

É incontroverso que se um paciente defendeu durante toda a sua existência que o significado de sua vida estaria atrelado a uma Vida Digna, ao se chegar ao término da sua existência, submetido a intenso sofrimento em face de doença em estado terminal, deveria ser atendido o seu pedido à uma Morte Digna.

A morte deve ser com dignidade, e assim a defendemos!

A vida pode ser interpretada pelo conceito da saúde, definido pela Organização Mundial da Saúde – OMS – como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade”. Quando esses três aspectos apresentam-se de forma satisfatória para uma pessoa, pode-se considerar que há vida saudável. A vida não contém apenas o caráter biológico, mas considerada também “na sua aceção biográfica mais compreensiva”.

A finitude da vida é inexorável, mas o Ser Humano nega-se a aceitar a forma e quando ocorrerá, tentando prolonga-la e abrandá-la o máximo possível, uma vez que a característica da vida é nascer, e viver com qualidade e morrer dignamente já que o cristianismo afirma que a vida é um dom divino, sendo que Deus a deu e somente Ele tem o direito de tirá-la.

A vida é o pressuposto de existência da pessoa humana e do surgimento da personalidade, e sendo assim, possui um valor absoluto, contemplando, portanto, os demais direitos do homem. O direito à vida, contemplado na Constituição Federal de 1988, pode ser

conceituado como o direito fundamental que origina os demais direitos, visto que não há que se falar em qualquer outra garantia constitucional na ausência de vida, caracterizando-se, dessa forma, como um pressuposto para a existência de qualquer norma jurídica.

É, pois, nesse ponto, que a discussão acerca do direito à vida encontra o seu maior gargalo, porquanto, para alguns, o direito à vida deve sobrepor-se à dignidade da pessoa humana e, para outros, essa deve sobrepor-se àquele.

Impõe-se em decorrência da necessidade de refutarmos situações indignas e degradantes, porquanto temos o direito à vida e não um dever de perpetuação, que viver não é uma obrigação; não é, e por não ser considerado compulsório, o direito à vida e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana deveriam coexistir em harmonia, sendo, dessa forma, um direito à vida, e Vida Digna.

A vida deve ser digna, e assim a defendemos!

É dever do médico respeitar a dignidade do seu paciente na relação médico-paciente, e conseqüentemente, a sua autodeterminação ético-existencial já que o profissional de saúde deve envidar esforços para a preservação ou recuperação da saúde do paciente, sem se sobrepor a sua vontade e autodeterminação – o Princípio da Autonomia.

A eutanásia é um tema bastante delicado, que divide opiniões e gera muita polêmica, visto que o que se trata de temática com repercussão nas esferas moral, ética, social, religiosa, médica e jurídica.

A eutanásia é tão antiga como a vida em sociedade, já que nasce do primado de que a vida ao se aproximar da morte, a qual é inexorável, deve ser cercada de cuidados e terapêutica adequados para amenizar o sofrimento do paciente terminal, sendo que seus defensores alegam que a eutanásia almeja o respeito ao Ser Humano, evitando sofrimento desnecessário ao término da vida.

É uma posição que discordamos, pois defendemos a vida ser um bem indisponível!

Em sentido diametralmente exposto tem-se a distanásia, a qual se caracteriza como “morte sofrida e cruel” ou “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”, geralmente associada a uma obstinação terapêutica desprovida de resultados benéficos para o paciente, e por isso conhecida também como “futilidade médica” ou “obstinação terapêutica”, sendo certo que as descobertas científicas inovadoras devem ser utilizadas, sem dúvida alguma, em prol da vida, mas não do prolongamento da morte.

O conhecimento tecnológico não pode interferir na intimidade do próprio Homem, sem consultá-lo, visto que ninguém é obrigado a receber tais tratamentos médicos, e, na sua

impossibilidade de manifestação, que seja analisada a sua vontade, tácita ou expressa, externada no decorrer de sua vida.

A ortotanásia indica a omissão voluntária pelo médico dos meios terapêuticos extraordinários visando deixar o paciente que sofre de doença incurável e terrível agonia almejar à morte, os quais embora eficazes, atingem o objetivo buscado apenas transitoriamente, de tal forma que a situação clínica do paciente logo retorna à condição anterior, que anula o benefício atingido na vida irrefragavelmente condenada.

Atualmente, diante do processo da morte, a doença terminal proporciona situações indignas para o Ser Humano, que, ironicamente, possui o direito à Vida Digna, mas ainda no Século XXI, também à “Morte Indigna”, visto que estribado no Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, tal situação fática merece atenção e reflexão, uma vez que viver dignamente sob a égide da Constituição Federal, deve ser vista a partir de um novo paradigma: Vida Digna e o processo de morrer dignamente.

Constatamos que os contrários à prática da eutanásia, em face das diversas fundamentações doutrinárias, consideram o direito à vida como absoluto; contudo os que defendem a prática da ortotanásia, lutam pela vida com dignidade (qualidade de vida), e não apenas viver (quantidade de vida).

É a ortotanásia que defendemos!

Muitas vezes os Cuidados Paliativos se confundem com a indução da morte (eutanásia), ou com a suspensão dos tratamentos (ortotanásia), entretanto não apressam a morte, apenas a aceitam como parte inexorável do processo de morrer, visto que não se suspende todo o tratamento, apenas os considerados fúteis ou inúteis. Cuidar paliativamente requer, um tratamento mais ativo, mais abrangente e mais complexo, não no sentido de sofisticação tecnológica, mas sim no de integração multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar e multiprofissional.

A publicação da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1805/2006, do Conselho Federal de Medicina (CFM), baseada no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal, que tem o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, sobre a ortotanásia foi passo importante que introduziu o assunto na pauta dos profissionais de saúde, pois que gerou motivo de discussões acerca de seus aspectos éticos e legais em sua publicação e, ainda, causa longas discussões bioéticas no presente momento.

A Resolução do CFM nº 1.805/2006, a qual foi duramente atacada pelo Ministério Público Federal em 2007, e que regulamenta a ortotanásia no Brasil, ainda que não esteja

positivada em forma de Lei no Código Penal, é um marco importante para a efetivação da dignidade da pessoa humana, pelo direito à Morte Digna, assegurada a dignidade como Princípio Geral do Estado Democrático de Direito, e que ninguém será submetido a tratamentos desumanos e degradantes, conforme a Constituição de 1988, e portanto pode-se admitir que a ortotanásia não viola dispositivo constitucional ou infraconstitucional.

Nesta Resolução do Conselho Federal de Medicina positivou-se o respeito aos direitos e garantias da dignidade da pessoa humana, da autonomia privada e liberdade, e o direito ao acesso à informação, em sintonia com o artigo 5º, inciso XIV da Constituição Federal, além de assegurar os Princípios Bioéticos da Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência, e os direitos do paciente ao Consentimento Informado e da liberdade de uma segunda opinião médica.

A fim de ampliar o cuidado aos pacientes em estado terminal o Conselho Federal de Medicina ao perceber a necessidade, bem como a inexistência de regulamentação sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) do paciente no contexto da ética médica brasileira e de disciplinar a conduta do médico em face das mesmas publicou a Resolução nº 1995/2012 para normatizar a *práxis médica*.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina 1995/2012 tornou-se imperativa em virtude da atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as Diretivas Antecipadas de Vontade, e tornou-se fundamental a sua aplicação e utilidade na prática profissional, já que os médicos podem defrontar-se com questões de ordem ética não previstas em anteriores dispositivos éticos nacionais.

O Código Penal vigente preferiu cuidar da eutanásia como homicídio privilegiado, ou seja, insculpida no artigo 121 § 1º, e nas duas propostas de reformas do Código Penal de 1984 e 1998, positivadas no § 3º, porém no Anteprojeto de Reforma do Código Penal de 2012 como crime autônomo positivado no artigo 122.

A Proposta de Anteprojeto de Reforma do Código Penal - Projeto de Lei do Senado nº 236/2012 - finalizada em 18 de junho de 2012, assevera a eutanásia como crime autônomo, porém ainda não foi aprovado até o presente momento, e possivelmente não será em virtude de que paralelamente a sua positivação, o Congresso Nacional discute também a regulamentação da ortotanásia.

Nessas duas propostas anteriores para reforma da Parte Especial do Código Penal, em 1984 e 1998, com mudanças no artigo 121, mas que nunca se transformaram em Lei Penal, a eutanásia seria fato típico, antijurídico e culpável, e a ortotanásia como fato atípico, portanto não haveria crime.

Em alguns países, pela sua própria cultura e desenvolvimento, como a Holanda e Bélgica, são mais flexíveis ao legalizar a eutanásia e o suicídio assistido.

Hoje, no Brasil a eutanásia é crime, com tratamento penal privilegiado, atenuando-se a pena, pelo relevante valor moral que motivou o agente, assim o juiz poderia reduzir a pena de um sexto a um terço.

Encarando a realidade brasileira e a nossa neófito democracia, talvez seja o momento de tratar o tema eutanásia com o merecido debate público e deliberação mais democrática, de preferência sob a forma de plebiscito ou referendo, tendo em vista os perigos inerentes à prática da mesma, como, por exemplo, o uso da eutanásia a pretexto de descendentes aniquilarem ascendentes no afã de se apropriar de seus bens. Ou ainda, a temeridade de se abrir espaços para uma máfia de tráfico de órgãos atuante nos hospitais brasileiros.

No mundo existem gigantescas resistências à aprovação de lei que autorize a eutanásia, visto que os interesses mundanos que poderiam estar revestidos de piedade, teriam um verdadeiro salvo conduto, para que o agente cometesse o crime, e fosse perdoado.

A vida é um bem indisponível, e o cristianismo defende o Princípio da Sacralidade da Vida.

É a posição o que defendemos!

Outrossim, há Projetos de Lei no Congresso Nacional que apontam para a normatização do tema ortotanásia – PLS 116/2000 apensado ao PL 6715/2009, e ao PLS 524/2009 - os quais ainda encontram-se em discussão no Congresso Nacional. Enquanto os Projetos de Lei, em nível de Congresso Nacional, não são sancionados, promulgados, e publicados, a única Lei que discutiu o Princípio da Autonomia, e a recusa de tratamentos desproporcionais e extraordinários no Brasil é a Lei Estadual de São Paulo – “Lei Mário Covas” – Lei nº 10.241/1999.

Diante dos estudos ora aqui apresentados, observa-se que o Biodireito, ainda não consegue acompanhar o avanço da medicina brasileira e mundial, o que determina que o Conselho Federal de Medicina, por meio de Resoluções, regulamentou condutas e procedimentos médicos que envolveu princípios constitucionais e bioéticos, conferindo-lhes a eticidade e normatividade deontológica até que haja uma lei criada pelo devido processo legislativo para regular tema extremamente complexo - a eutanásia.

O Apóstolo Paulo, ratificou em sua “Carta ao Romanos” a compreensão do que é a vida humana: “Nenhum de nós vive para si mesmo, e nenhum de nós morre para si mesmo. Se vivemos, para o Senhor vivemos; se morremos, para o Senhor morremos. Quer vivamos, quer morramos, pertencemos ao Senhor” (Romanos 14: 7-8).

Os que creem no Deus pessoal, que não só criou o homem, mas que ama cada homem criado, a eutanásia implica matar um Ser amado por Deus, o qual vela sobre a vida, e, portanto pecado gravíssimo, contra o Deus que o criou, razão pela qual se sente ofendido por tudo o que ofende o Ser Humano, ou seja, sua criação.

Por essa razão Jesus Cristo ordenou: “Não matarás; mas qualquer que matar será réu de juízo” (Mateus 5:21), sendo um ato injustificado contra a indisponibilidade da vida. Somos um Ser, porém o Ser não existe por si mesmo e para si mesmo, mas o Ser no qual teve princípio deverá ser eterno como Deus é eterno. A vocação do Homem sobre a Terra deverá espiritualizar a matéria, e não procurar exterminá-la em doenças incuráveis em pacientes terminais.

Enfim...

[...] Houve um tempo em que nosso poder perante a Morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornaremos na arte de viver. [...]. (ALVES, 2008, p. 76, grifo nosso).

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo, 2009.

AGUIAR, A.M. F. M. A ortotanásia e a Resolução CFM nº 1.805/2006. **Jus Navigandi**, Teresina, v.11, n. 1468, 2007. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/10119>>. Acesso em: 25 fev. 2014.

ALBUQUERQUE, L. D. Eutanásia, ortotanásia e suicídio assistido: uma interpretação a partir da Constituição Federal de 1988. **Revista Jurídica Themis**, ano 5, n. 22, p, 16-35, 2011.

ALBUQUERQUE, R. C. A lei relativa ao término da vida sob solicitação e suicídio assistido e a constituição holandesa. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, São Paulo, n. 8, p. 297-319, jul/dez. 2006.

ALVES, R. Sobre a morte e o morrer. **Releituras: textos**. 2003. Disponível: <http://www.releituras.com/rubemalves_morte.asp> Acesso em: 30 jun. 2014.

_____. **O médico Rubem Alves**. 7.ed. Campinas: Papyrus, 2008.

ANDRADE, E. O. A Ortotanásia e o direito brasileiro: a Resolução CFM n. 1.805/2006 e algumas considerações preliminares à luz do biodireito brasileiro. **Revista BIOETHIKOS**: Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v.5, n. 1, p.28-34, 2011.

ARGENTINA. Salud Publica. Ley 26.529, de 21 de octubre de 2009. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. 2009. Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

_____. Salud Pulica. Ley 26.742, de 09 de maio de 2012. Modificase la Ley Nº 26.529 que estableció los derechos del paciente em sua relación com los profesionales e instuciones de la Salud. 2012. Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

ARZAMENDI, J. L. C. A eutanásia no direito comparado. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, ano 5, n. 114, 2001.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **Juramento de Hipócrates**. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://apm.org.br/imagens/Pdfs/suplementocultural/Suplemento_Janeiro2009.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2014.

BARROSO, L. R.; MARTEL, L. C. V. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. In: GOZZO, D.; LIGIERA, W. R. (Org.). **Bioética e direitos fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 21-62.

BERTACO, L. S. Eutanásia: o direito de matar e o direito de morrer. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DAS FACULDADES INTEGRADAS "ANTONIO EUFRÁSIO DE TOLEDO", 5., 2009. **Anais...** 2009. CD-Rom. (ISSN 21-76-8498).

BÍBLIA Sagrada. Sociedade Bíblica do Brasil. Tradução de João Ferreira de Almeida. Barueri, SP, 1995.

BITENCOURT, C. R. **Tratado de direito penal**: parte especial. São Paulo: Saraiva, 2004, 569 p.

BOLLE, P. H. A eutanásia no direito comparado. **Revista Jurídica Consulex**, Brasília, v. 5, n. 114, out. 2001.

BORGES, R. C. B. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In: SANTOS, M. C. C. L (Org.). **Biodireito**: ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p.283-305.

_____. **Direitos de personalidade e autonomia privada**. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2007. 257p.

BOTTEGA, C.; CAMPOS, L. S. F. Considerações sobre a eutanásia, distanásia e ortotanásia e a bioética. **Revista Jurídica da Universidade de Cuiabá**, Cuiabá, v.13, n. 2, p. 39-62, 2011.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal dos Estados Unidos do Brazil, Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 04 set. 2013.

_____. Câmara dos Deputados. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. Decreta o Código Penal. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 04 set. 2013.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de lei 6715 de 2009. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=465323>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados paliativos. Rio de Janeiro, [2002?]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474>. Acesso em: 11 out 2014.

_____. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Anteprojeto de lei de reforma do Código Penal. Brasília, DF, 1998. Disponível em:

<http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/procuradoria_geral/nicceap/legis_armas/Legislaao_completa/Anteprojeto_Codigo_Penal.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm >. Acesso em: 13 nov. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, DF, 2001. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110211.htm>. Acesso em: 29 maio 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 07 de mar de 2014.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei de 16 dezembro de 1830. Manda executar o Código Criminal do Império do Brazil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm >. Acesso em: 04 set. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm >. Acesso em: 13 nov. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Brasília, DF, 1984. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/17209.htm>. Acesso em: 19 ago. 2014.

_____. Senado Federal. . Projetos e Matérias Legislativas. Projeto de Lei do Senado, nº 116 de 2000. Brasília, DF, 25 abr. 2000. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=43807>. Acesso em: 04 mar.2014.

_____. Senado Federal. Projetos e Matérias Legislativas. Emenda ao Anteprojeto de Código Penal. Projeto de Lei do Senado Nº 236 de 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=116117&tp=1>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

_____. Senado Federal. Projetos e Matérias Legislativas. Projeto de Lei do Senado, nº 125 de 1996. Brasília, DF, 1996. Autoriza a pratica a morte sem dor nos casos em que especifica e da outras providencias. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/Materia/detalhes.asp?p_cod_mate=27928>. Acesso em: 22 ago. 2014.

_____. Senado Federal. Projetos e Matérias Legislativas. Projeto de Lei do Senado, nº 236 de 2012. Reforma do Código Penal Brasileiro. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=106404>. Acesso em: 07 ago. 2014.

_____. Senado Federal. Projetos e Matérias Legislativas. Projeto de Lei do Senado. nº 524 de 2009. Brasília, DF, 25 nov. 2009a. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=94323>. Acesso em: 04 mar.2014.

BULOS, U. L. Cláusulas Pétreas. **Revista Consulex**, Brasília, DF, ano 3, n. 26, p. 42-44, fev. 1999.

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

CANOTILHO, J. J. G. **Direito constitucional e teoria da Constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003. 1522 p.

CARDOSO, J. V. Ortotanásia: uma análise comparativa da legislação brasileira projetada e em vigor. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 15, n. 2590, 4 ago. 2010. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/17110>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

CARVALHO, G. M. **Aspectos jurídico-penais da eutanásia**. São Paulo: IBCCRIM, 2001. 206 p.

CARVALHO, A. P. D. Direito de morrer de forma digna: autonomia da vontade. **Orbis: Revista Científica**, Campina Grande, v.3, n.2, p.15-29, 2012.

CLOWES, B. Os fatos da vida. Tradução Associação Nacional Pró-Vida e Pró-Família, cap. V. Disponível em: < <http://www.providafamilia.org.br/doc.php?doc=doc11446> >. Acesso em: 09 mar. 2014.

COCICOV, G. V. B. Ortotanásia: contribuições dos direitos de personalidade à dignidade da morte. **Revista Jurídica Cesumar**, Maringá, PR, v. 8, n. 1, p. 63-79, jan./jun. 2008.

COELHO, M. S. Eutanásia: uma análise a partir de princípios éticos e constitucionais. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 6, n. 51, 1 out. 2001. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/2412>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1805/2006a. 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. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 02 ago. 2014.

_____. Resolução nº 1931/2009. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm>. Acesso em: 05 set. 2013.

_____. Resolução nº 1246/1988. Código de Ética Médica. 1988. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm>. Acesso em: 05 set. 2013.

_____. Resolução nº 1480/1997. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. 1997. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1480_1997.htm>. Acesso em: 24 maio 2014.

_____. Resolução nº 1805/2006b. Sentença. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/include/decisoes/mostra_decisao.asp?id=507>. Acesso em: 03 mar. 2014.

_____. Resolução nº 1826/2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador. 2007. Disponível em: <
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1826_2007.htm>. Acesso em: 24 maio 2014.

_____. Resolução nº 1995/2012. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 05 set. 2013.

CRUZ, M. L. M; OLIVEIRA, R. A. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. **Revista Bioética**, Brasília, DF. v. 21, n. 3, p. 405-411, 2013.

DADALTO, L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. **Revista Bioética**, Brasília, DF, n. 21, n.1, p.106-112, 2013.

_____.; TUPINAMBÁS, U.; GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 463-476, 2013.

DALLARI, D. Viver em sociedade: direito à vida. Disponível em:
<<http://www.dhnet.org.br/educar/redeedh/bib/dallari.htm>> Acesso em: 18 jul. 2014.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em:
<http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 07 mar. 2014.

DIAS, M. B. Vida ou morte: aborto e eutanásia. In: MAGNO, A.: GUERRA, S. (Ed.), **Biodireito e bioética**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2005. p. 207-211.

DIAS, R. **O direito fundamental à morte digna**: uma visão constitucional da eutanásia. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

DINIZ, M. H. **O Estado atual do biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. 1112p.

DODGE, R. E. F. Eutanásia: aspectos jurídicos. **Revista Bioética**, Brasília, DF, 1999, v.7 n.1, 1999. Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/299/438>. Acesso em: 08 mar. 2014.

D'URSO, L. F. B. A eutanásia no Brasil. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 2, n. 6, 2001. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5440>. Acesso em: 08 mar. 2014.

DWORKIN, R. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**. São Paulo: WMF Martin Fontes, 2009. 384 p.

EMANUEL, L.; SCANDRETT, K. G. Decisions at the end of life: have we come of age? **BioMedCentral Medicine**, Londres, v.8, n. 57, 2010.

ESPANHA. Ley nº 14/1986, de 25 abril 1986, General de Sanidad. **Boletín Oficial del Estado**., n. 102, 29 abr. 1986. Disponível em:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_normativas2_1>. Acesso em: 18 ago. 2014.

_____. Ley nº 41/2002, de 14 de noviembre. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. **Boletín Oficial del Estado**.2002. Disponível: <<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

ESTADO de Washington aprova eutanásia. **Canção Nova**, 04 mar. 2009. Notícias. Mundo. Disponível em: <<http://noticias.cancaonova.com/noticia.php?id=272431>>. Acesso em: 09 nov. 2014.

EUTHANASIA in Oregon: by any other name. **The Economist**, Feb 15th 2007 2007. Disponível em: <<http://www.economist.com/node/8707439>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

FANTON, A.T. **A eutanásia e a tutela jurídica do direito à vida**. Bauru: Instituição Toledo de Ensino; Centro de Pós-Graduação, 2004.

FELIX, C. M. Eutanásia passiva: breves reflexões acerca do respeito à dignidade da pessoa humana ao morrer. **Revista Depoimentos**, Vitória, n. 11, p.138-168, 2007.

GAWANDE, A. Letting Go: what should medicine do when it can't save your life? **The New Yorker**. 2010. Aug. 02. Disponível em:

<http://www.newyorker.com/reporting/2010/08/02/100802fa_fact_gawande?currentPage=all>. Acesso em: 14 maio 2014.

GOGLIANO, D. Pacientes terminais: morte encefálica. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v.1, n.2, p.145-156, 1993. Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/493/310>. Acesso em: 14 jul. 2013.

GRAMSTRUP, E. F. Responsabilidade civil na eutanásia. In: BITTAR, C. A. (Ed.). **Responsabilidade civil médica, odontológica e hospitalar**. São Paulo: Saraiva, 1991. cap.12. p.259-273.

HEIDE, A. et al. End-of-life practices in the Netherlands under the euthanasia act. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts; v. 356, p.1957-1965, 2007.

HOLM, S. Legalizar a eutanásia? Uma perspectiva dinamarquesa. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 7, n.1, 1999.

HORTA, M. P. Eutanásia - Problemas éticos da morte e do morrer. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v.7, n.1, 1999.

HÜBNER, R. V. O direito fundamental à morte digna: uma visão a partir da constituição federal de 1988. 2013.57 f. Monografia (Graduação em Direito)- Faculdade de Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

HUNGRIA, N.; FRAGOSO, H. C. **Comentários ao código penal**, 5.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1979.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE. Essential medicines in palliative care for World Health Organization. Disponível em: <<http://hospicecare.com/resources/projects/palliative-care-essentials/>>. Acesso em: 03 ago. 2014.

_____. **Manual of palliative care**. 3nd. Houston, USA, 2013. Disponível em: <<http://hospicecare.com/about-iahpc/publications/manual-of-palliative-care>>. Acesso em: 03 ago. 2014.

JENNETT, B.; PLUM, F. Persistent vegetative state after brain damage: a syndrome in search of a name. **Lancet**, v. 299, n. 7753, p. 734-737, 1972.

JUNGES, J. R. et al. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. **Revista Bioética**, Brasília, v.18, n. 2, p.275-288, 2010.

KELSEN, H. **Teoria pura do direito**. São Paulo: Martins Fontes. 2006.

KERNER, H. J. A eutanásia no direito comparado. **Revista Jurídica Consulex**, Brasília, DF, ano 5, n. 114, p. 15-21, 2001.

KOCH K, A. Patient self-determination act. **Journal of the Florida Medical Association**, Flórida, v.79, n. 4, p.240-243, 1992.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 25, n. 3, p.484-497, 2005.

_____. Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v.31, n.3, p. 482-503, 2011.

_____. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p.94-104, 2014.

KUTNER, L. Due process of euthanasia: the Living Will: a proposal. **Indiana Law Journal**, v.44, p.539-554, 1969.

LEMOS, F. **Direito de matar e de curar**. Rio de Janeiro: A. Coelho Branco, 1933.

LENZA, P. **Direito constitucional esquematizado**. 16. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2012.

MAGANTO, V. V.; GONZÁLEZ, M. M. Dilemas al final de la vida. **Clinical and Translational Oncology**, Madri, v.7, n.7, p. 285-294, 2005.

MARÇAL, V. M. Autonomia do paciente. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DAS FACULDADES INTEGRADAS "ANTONIO EUFRÁSIO DE TOLEDO", 5., 2009. **Anais...** 2009. CD-Rom. (ISSN 21-76-8498). Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewArticle/2060>>. Acesso em: 4 ago.2014.

MARTA, G. N.; HANNA, S. A.; SILVA, J. L. F. Cuidados paliativos e ortotanásia. **Diagn Tratamento**. v.15, n.2, p. 58-60, 2010.

MATERSTVEDT, L. J. Euthanasia: on slippery slopes and vulnerable patients. **Paliative Medicine**, Milão: EUPOREAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, v.17, p.650-651. Disponível em: <<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=ogUio2sbR58%3d>>. Acesso em: 13 ago 2014.

_____. Paliative care on the 'slippery slope' towards euthanasia? **Paliative Medicine**, Milão: EUPOREAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, v.17, p. 387-392, 2003. Disponível em: <<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=wJuGXHxC7EM%3d>>. Acesso em: 13 ago. 2014

MATIAS, A. G. M. **A Eutanásia e o direito à morte digna à luz da Constituição**. 2004. 65 f. Monografia (Graduação em Direito) – Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

MENDES, G.; COELHO, I. M.; BRANCO, P. G. G. **Curso de direito constitucional**. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 2009. 1486p.

MENEZES, J. B.; GESSER, W. P. A autonomia privada do paciente dependente de substância no brasil e a discussão sobre a internação involuntária. **Revista do Direito Unisc**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 95-112, 2012.

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

MORITZ, R. D. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Revista Bioética** Brasília, DF, v.13, n. 2, p. 51-55, 2005.

NAVARRO, V. O direito de morrer com dignidade. **Carta Maior**, São Paulo, 05 jan. 2014. Disponível em: <<http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Internacional/O-direito-de-morrer-com-dignidade/6/29934#>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

NAVES, B. T. O.; SÁ, M. F. F. Da relação jurídica médico-paciente: dignidade da pessoa humana e a autonomia privada. In: SÁ, M.F.F. (Coord.). **Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002. p.102-127.

NORONHA, E. M. **Direito penal**. São Paulo: Saraiva, 1982.

OLIVEIRA, A. S. O direito de morrer dignamente. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 17, n. 3146, 11 fev. 2012. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/21065>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Constituição da Organização Mundial de Saúde. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

PAGANELLI, W. A eutanásia . **Jus Navigandi**, Teresina, n. 21, 1997. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/1861>>. Acesso em: 9 ago. 2014.

PEREIRA B. M.; ALARCÓN, P. J. L. Vida humana e dignidade: a polêmica eutanásia. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DAS FACULDADES INTEGRADAS "ANTONIO EUFRÁSIO DE TOLEDO", 5., 2009. **Anais...** 2009. CD-Rom. (ISSN 21-76-8498)).

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.27, n. 1, p.15-32, 2003.

_____. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**, Brasília, DF, v.4, n.1. 1996. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357 >. Acesso em: 9 ago, 2014.

_____. **Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo**. Revista Bioética, Brasília, DF, v.18, n. 3, p.549 – 560, 2010.

_____.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade**. São Paulo: Paulinas, 2009. 312p.

_____.; _____. **Problemas atuais de bioética**. 10.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012. 657p.

_____.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PICOLO, G. G. O direito de morrer: eutanásia, ortotanásia e distanásia no direito comparado. **Investidura**: Portal Jurídico, Florianópolis, SC, 21 mar. 2012. Disponível em: <investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/direito-constitucional/232395>. Acesso em: 01 set. 2014.

PIOVESAN, F. Direitos humanos: o princípio da dignidade da pessoa humana e a Constituição de 1988. **Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica: (Neo)constitucionalismo: ontem os Códigos, hoje as Constituições**, Porto Alegre: IHJ, n. 2, p. 92-93, 2004.

PONTES, A. C. et. al. Bioética e profissionais de saúde: algumas reflexões. **Bioethikos**, São Paulo, v.1, n.1, p.68-75, 2007.

PORTUGAL. Lei no 25/2012, de 16 de junho. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registro Nacional do Testamento Vital (Rentev). **Diário da República**, n. 136, 16. jul. 2012. 1.ª série. Disponível em: <<http://dre.pt/pdf1sdip/2012/07/13600/0372803730.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

PRADO, A. **Poesia reunida**. São Paulo: Arx, 1991.

QUALITY of death: A ranking of care for the dying by country. **The Economist**, Jul 14th 2010. Disponível em: <<http://www.economist.com/node/16585127>>. Acesso em: 21 maio 2104.

REDAÇÃO. **A prática da eutanásia nos países europeus?** 2002. Disponível em: <http://www.bionetonline.org/portugues/content/ll_leg2.htm#Q5>. Acesso em: 09 mar. 2014.

RIBEIRO, D. C. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1749-1754, 2006.

ROCHA, A. R. et al. Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 21, n.1, p.84-95, 2013.

ROCHA, D. M. Filosofia da medicina de Edmund Pellegrino e os dilemas bioéticos relacionados ao suicídio assistido. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v.21, n. 1, p.75-83, 2013.

RODRIGUES, R. G. A Pessoa e o ser humano no novo Código Civil. In: TEPEDINO, G. (Org.). **A parte geral do novo código civil: estudos na perspectiva civil-constitucional**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 1-34.

SÁ, M. F. F. A dignidade do ser humano e os direitos de personalidade: uma perspectiva civil-constitucional. In: _____. (Coord.). **Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002. p. 83-99.

_____. **Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

_____.; MOUREIRA, D. L. **Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade**. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

_____.; PONTES, M. M. C. Autonomia privada e o direito de morrer. In: FIUZA, C. **Direito civil atualidades III: princípios jurídicos no direito privado**. Belo Horizonte: Del Rey, 2009. P. 37-54.

SANTORO, L. F. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. Curitiba: Juruá, 2010.

SANTOS, M. C. C. L. **Transplante de órgãos e eutanásia: liberdade e responsabilidade**. São Paulo: Saraiva; 1992.

SANVITO, W. L. Eutanásia: os limites da assistência. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002. p. 59-71.

SÃO PAULO. (Estado). Assembleia Legislativa. Lei n°. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=7653>>. Acesso em: 03 jul. 2014.

SARAMAGO, J. **As intermitências da morte**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

SARLET, I. W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 6.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2008.

SCHOTSMANS, P. GASTMANS, C. How to deal with euthanasia requests: a palliative filter procedure. **Cambridge Quarterly of Health Care Ethics**, Cambridge, v.18, n.4, p. 420-428, 2009.

SCHRAMM, F. R. A questão da definição da morte na eutanásia e no suicídio assistido. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 26, n.1, p.178-183, 2002.

SHAKESPEARE, W. **Hamlet**: Ato III. Edição Ridendo Castgag Moraes, 2002. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/hamlet.html>>. Acesso em: 04 jul. 2014.

SILVA, J. A. **Comentário contextual à Constituição**. 8. ed. São Paulo: Malheiros, 2012.

_____. **Curso de direito constitucional positivo**. 37. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

SILVA SÁNCHEZ, J. M. Os indesejados como inimigos: a exclusão de seres humanos do status personae. Tradução Mário Monte. **Panoptica**; Direito, Sociedade e Cultura, v. 2, n. 7, 2007. Disponível em: <http://www.panoptica.org/novfev08v2/A2_V0_N11_A7.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2013.

SIQUEIRA, J. E. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v.13, n.2, p. 37-50, 2005.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n.1, p. 207-221, 2008.

_____.; _____. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.111-119, 2005.

SZTAJN, R. **Autonomia privada e direito de morrer**: eutanásia e suicídio assistido. São Paulo: Cultural Paulista; Universidade de São Paulo, 2002.

TABOADA, R. P. El derecho a morir com dignidad. **Acta Bioethica**, v.6, n.1, p. 89-101, 2000.

TAVARES, A. R. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

VATICANO. Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé. **Declaração sobre a eutanásia**. 1980. Disponível em: <http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html>. Acesso em: 03 set. 2013.

_____. Carta Encíclica: *Evangelium Vitae*. 1995. Disponível em: <http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae_po.html>. Acesso em: 26 de jul. 2014.

VIEIRA, T. R. **Bioética e direito**. São Paulo: Editora Jurídica Brasileira, 2003.

VILLAS-BÔAS, M. E. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v.16, n.1, p.61-83, 2008.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Resolution on Euthanasia. Adopted by the 53rd WMA General Assembly, Washington, DC, USA, October 2002 and reaffirmed with minor revision by the 194th WMA Council Session, Bali, Indonesia, April 2013. Disponível em: <<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13b/>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

ZERMIANI, A. C. **Constituição Federal de 1988**: direito à vida e eutanásia. 2013. 80 f. Monografia. (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

ANEXO A
RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006
(Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169)

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.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”;

CONSIDERANDO que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes;

CONSIDERANDO que o art. 1º da Resolução CFM nº 1.493, de 20.5.98, determina ao diretor clínico adotar as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;

CONSIDERANDO que incumbe ao médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 9/11/2006,

RESOLVE:

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

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

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

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

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

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 9 de novembro de 2006

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO
Secretária-Geral

ANEXO B
RESOLUÇÃO CFM Nº 1931/2009

(Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90)

(Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173)

Aprova o Código de Ética Médica.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, modificado pelo Decreto n.º 6.821, de 14 de abril de 2009 e pela Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e, consubstanciado nas Leis n.º 6.828, de 29 de outubro de 1980 e Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999; e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO que as normas do Código de Ética Médica devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade;

CONSIDERANDO as propostas formuladas ao longo dos anos de 2008 e 2009 e pelos Conselhos Regionais de Medicina, pelas Entidades Médicas, pelos médicos e por instituições científicas e universitárias para a revisão do atual Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO as decisões da IV Conferência Nacional de Ética Médica que elaborou, com participação de Delegados Médicos de todo o Brasil, um novo Código de Ética Médica revisado.

CONSIDERANDO o decidido pelo Conselho Pleno Nacional reunido em 29 de agosto de 2009;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 17 de setembro de 2009.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Código de Ética Médica, anexo a esta Resolução, após sua revisão e atualização.

Art. 2º O Conselho Federal de Medicina, sempre que necessário, expedirá Resoluções que complementem este Código de Ética Médica e facilitem sua aplicação.

Art. 3º O Código anexo a esta Resolução entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação e, a partir daí, revoga-se o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM n.º 1.246, publicada no Diário Oficial da União, no dia 26 de janeiro de 1988, Seção I, páginas 1574-1579, bem como as demais disposições em contrário.

Brasília, 17 de setembro de 2009

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO
Secretária-Geral

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

PREÂMBULO

I – O presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina.

II - As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

III - Para o exercício da Medicina impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.

IV - A fim de garantir o acatamento e a cabal execução deste Código, o médico comunicará ao Conselho Regional de Medicina, com discricção e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infração do presente Código e das demais normas que regulam o exercício da Medicina.

V - A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das comissões de ética e dos médicos em geral.

VI - Este Código de Ética Médica é composto de 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e quatro disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei.

Capítulo I PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

III - Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

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

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas

as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

IX - A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

XI - O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

XII - O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.

XIII - O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.

XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

XV - O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XVIII - O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

XIX - O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

XX - A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

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

XXIII - Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade.

XXIV - Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.

XXV - Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

Capítulo II DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito do médico:

I - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a

do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

VI - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

VII - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

VIII - Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

X- Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

Capítulo III RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 6º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.
Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10. Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 12. Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Parágrafo único. Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 16. Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Capítulo IV DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo

cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

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.

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

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

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 39 Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

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.

Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

Capítulo VI **DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS**

É vedado ao médico:

Art. 43. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 44. Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.

Art. 45. Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

Art. 46. Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

Capítulo VII RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 47. Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro, que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção, sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local.

Art. 48. Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 49. Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.

Art. 50. Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 51. Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 52. Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 53. Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.

Art. 54. Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.

Art. 55. Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho.

Art. 56. Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Art. 57. Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo VIII REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 58. O exercício mercantilista da Medicina.

Art. 59. Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados.

Art. 60. Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico para efeito de cobrança de honorários.

Art. 61. Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos.

Art. 62. Subordinar os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 63. Explorar o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos.

Art. 64. Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 65. Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 66. Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.

Parágrafo único. A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.

Art. 67. Deixar de manter a integralidade do pagamento e permitir descontos ou retenção de honorários, salvo os previstos em lei, quando em função de direção ou de chefia.

Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Art. 69. Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Art. 70. Deixar de apresentar separadamente seus honorários quando outros profissionais participarem do atendimento ao paciente.

Art. 71. Oferecer seus serviços profissionais como prêmio, qualquer que seja sua natureza.

Art. 72. Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos.

Capítulo IX SIGILO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresse consentimento do seu representante legal.

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Capítulo X DOCUMENTOS MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81. Atestar como forma de obter vantagens.

Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 91. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

Capítulo XI **AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA**

É vedado ao médico:

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95. Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96. Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97. Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

Parágrafo único. O médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame pericial.

Capítulo XII ENSINO E PESQUISA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 99. Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Art. 100. Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Art. 102. Deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu

representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

Art. 103. Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104. Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105. Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106. Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que usem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

Art. 107. Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem como omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.

Art. 108. Utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicados, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109. Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial.

Art. 110. Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

Capítulo XIII PUBLICIDADE MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 111. Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 112. Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 113. Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente.

Art. 114. Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 115. Anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 116. Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 117. Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 118. Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Nos anúncios de estabelecimentos de saúde devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

Capítulo XIV DISPOSIÇÕES GERAIS

I - O médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

II - Os médicos que cometerem faltas graves previstas neste Código e cuja continuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à sociedade poderão ter o exercício profissional suspenso mediante procedimento administrativo específico.

III - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e atualização do presente Código quando necessárias.

IV - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

ANEXO C

RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012
(Publicada no D.O.U. de 31 de agosto de 2012, Seção I, p.269-70)
Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO a necessidade, bem como a inexistência de regulamentação sobre diretivas antecipadas de vontade do paciente no contexto da ética médica brasileira;

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a conduta do médico em face das mesmas;

CONSIDERANDO a atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as diretivas antecipadas de vontade;

CONSIDERANDO que, na prática profissional, os médicos podem defrontar-se com esta situação de ordem ética ainda não prevista nos atuais dispositivos éticos nacionais;

CONSIDERANDO que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo;

CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 9 de agosto de 2012,

RESOLVE:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2012

ROBERTO LUIZ D'AVILA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-geral

ANEXO D

WMA Resolution on Euthanasia

Adopted by the 53rd WMA General Assembly, Washington, DC, USA, October 2002 and reaffirmed with minor revision by the 194th WMA Council Session, Bali, Indonesia, April 2013

The World Medical Association's Declaration on Euthanasia, adopted by the 38th World Medical Assembly, Madrid, Spain, October 1987 and reaffirmed by the 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005 states:

"Euthanasia, that is the act of deliberately ending the life of a patient, even at the patient's own request or at the request of close relatives, is unethical. This does not prevent the physician from respecting the desire of a patient to allow the natural process of death to follow its course in the terminal phase of sickness."

The WMA Statement on Physician-Assisted Suicide, adopted by the 44th World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 and editorially revised by the 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005 likewise states:

"Physicians-assisted suicide, like euthanasia, is unethical and must be condemned by the medical profession. Where the assistance of the physician is intentionally and deliberately directed at enabling an individual to end his or her own life, the physician acts unethically. However the right to decline medical treatment is a basic right of the patient and the physician does not act unethically even if respecting such a wish results in the death of the patient."

The World Medical Association has noted that the practice of active euthanasia with physician assistance, has been adopted into law in some countries.

BE IT RESOLVED that:

The World Medical Association reaffirms its strong belief that euthanasia is in conflict with basic ethical principles of medical practice, and

The World Medical Association strongly encourages all National Medical Associations and physicians to refrain from participating in euthanasia, even if national law allows it or decriminalizes it under certain conditions.

ANEXO E

WMA Resolution on Euthanasia

*Adopted by the 39th World Medical Assembly, Madrid, Spain, October 1987
and reaffirmed by the 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005*

Euthanasia, that is the act of deliberately ending the life of a patient, even at the patient's own request or at the request of close relatives, is unethical. This does not prevent the physician from respecting the desire of a patient to allow the natural process of death to follow its course in the terminal phase of sickness.

ANEXO F

World Medical Association Reaffirms Its Opposition To Euthanasia

All national medical associations and physicians are being strongly encouraged by the World Medical Association to refrain from participating in euthanasia, even if national law allows it or decriminalises it in certain conditions.

The WMA has decided to reiterate its policy following legislation enacted in Holland last month which sets out circumstances in which a doctor who carries out euthanasia should not be prosecuted. Immunity from prosecution is provided subject to a doctor observing a number of requirements on due care and reporting the death to the local coroner.

The WMA has now reaffirmed its strong belief that euthanasia is in conflict with basic ethical principles of medical practice.