



**INSTITUTO BRASILIENSE DE DIREITO PÚBLICO - IDP**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**ARGI AIRES CAVALCANTE**

**A DIGNIDADE HUMANA NO FIM DA VIDA FRENTE AO SUICÍDIO ASSISTIDO**

**Brasília**

**2017**

**ARGI AIRES CAVALCANTE**

**A DIGNIDADE HUMANA NO FIM DA VIDA FRENTE AO SUICÍDIO ASSISTIDO**

Monografia apresentada ao IDP, como requisito parcial para obtenção do título de Especialização em Direito Penal e Processual Penal.

Orientador: Prof. Dr. André Vinícius Espírito Santo de Almeida

**Brasília**

**2017**

**ARGI AIRES CAVALCANTE**

**A DIGNIDADE HUMANA NO FIM DA VIDA FRENTE AO SUICÍDIO ASSISTIDO**

Monografia apresentada ao IDP, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Direito Penal e Processual Penal.

Nota de Aprovação: \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Banca Examinadora

---

**André Vinícius Espírito Santo de Almeida**  
*Doutor*

---

**Nome do Examinador**  
*Titulação*

---

**Nome do Examinador**  
*Titulação*

Dedico este estudo aos meus pais, Emilio e Angelina. Esse casal de agricultores, hoje com 74 anos de casados, teve soberania para criar, educar e transformar seus 12 filhos em homens e mulheres honrados. Eles são o exemplo de que o amor e o companheirismo constroem a história.

Agradeço a minha esposa Shirley, meus filhos Poliana, Mateus e Júlia, pelo incentivo e mesmo pelo desprendimento dos momentos em que poderíamos estar juntos, mas aceitaram que eu fosse em busca de mais conhecimentos. A eles, minha gratidão.

"Cada sociedade está predisposta a fornecer um contingente determinado de mortes voluntárias, e o que interessa à sociologia sobre o suicídio é a análise de todo o processo social, dos fatores sociais que agem não sobre os indivíduos isolados, mas sobre o grupo, sobre o conjunto da sociedade. Cada sociedade possui, a cada momento da sua história, uma atitude definida em relação ao suicídio."

*Émile Durkheim*

## RESUMO

Este estudo analisa os aspectos éticos envolvidos no chamado "suicídio assistido", situação onde uma pessoa ajuda outra a morrer, seja por ações premeditadas ou por encorajamento. As motivações daqueles que ajudam podem ser criminosas, configurando um delito, considerando-se que provocar a morte de alguém é considerado homicídio em todos os sistemas jurídicos do mundo. Questiona-se, ainda, a ética médica, quando o suicídio é assistido por esse profissional. O estudo tem por objetivo abordar os fundamentos constitucionais que impedem a adoção do suicídio assistido na legislação brasileira. O estudo é relevante a partir do momento em que a Medicina apresenta limitações para curar determinadas doenças e muitas vezes apenas mantém o paciente terminal em estado vegetativo. O tema tem sido muito discutido na sociedade e no mundo médico e jurídico nas últimas décadas e ainda apresenta muitas controvérsias. O problema de pesquisa a ser respondido foi: "Quais são os fundamentos constitucionais que impedem a adoção do suicídio assistido na legislação brasileira?" Após análise do tema a resposta apresentada é que a liberação do suicídio assistido no Brasil contraria o artigo 5º da Constituição Federal de 1988, onde o direito à vida é considerado como fundamental, tendo ainda como suporte o respeito à dignidade da pessoa humana, princípio que, em vez de ser respeitado, no caso de suicídio assistido seria ofendido, posição que se adequa à tradição religiosa do país e importantes correntes doutrinárias do constitucionalismo brasileiro.

**Palavras-chave:** Bioética; Dignidade da pessoa humana; Morte digna; Suicídio assistido; Constituição Federal.

## ABSTRACT

This study analyzes the ethical aspects involved in the so-called "assisted suicide", where one person helps another to die, either by premeditated actions or by encouragement. The motivations of those who help may be criminal, forming a crime, considering that provoking the death of someone is considered murder in all legal systems in the world. It is also questioned the medical ethics, when the suicide is assisted by this professional. The study aims to address the constitutional foundations that prevent the adoption of assisted suicide in Brazilian legislation. The study is relevant from the moment that Medicine has limitations to cure certain diseases and often only keeps the terminal patient in a vegetative state. The subject has been much discussed in society and in the medical and legal world in the last decades and still presents many controversies. The research problem to be answered was: "What are the constitutional foundations that prevent the adoption of assisted suicide in Brazilian law?" After analyzing the topic, the answer presented is that the release of assisted suicide in Brazil is contrary to Article 5 of the Brazilian Federal Constitution 1988, where the right to life is considered as fundamental, while also respecting the dignity of the human person, a principle which, instead of being respected, in the case of assisted suicide would be offended, a position that's in keeping with the religious tradition of the Country and important doctrinal currents of Brazilian constitutionalism.

**Keywords:** Bioethics; Dignity of human person; Worthy death; Assisted suicide; Brazilian Federal Constitution.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1 A BIOÉTICA, O DIREITO À VIDA E À MORTE DIGNA.....</b>	<b>14</b>
1.1 Conceito e Implicações da Bioética sobre o Direito.....	14
1.2 O Direito à Vida e sua Fundamentação Ética e Legal.....	17
1.3 O Direito à Morte Digna e seus Fundamentos.....	19
1.3.1 <i>A eutanásia.....</i>	<i>22</i>
1.3.2 <i>A distanásia.....</i>	<i>24</i>
1.3.3 <i>A ortotonásia.....</i>	<i>25</i>
<b>2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO DIREITO DE MORRER.....</b>	<b>28</b>
2.1 A Morte e o Processo de Morrer na Cultura Humana.....	29
2.2 Os Avanços da Medicina diante da Morte.....	30
2.2.1 <i>A definição de morte na atualidade.....</i>	<i>33</i>
2.2.2 <i>A terminalidade da vida e seus estágios.....</i>	<i>34</i>
2.2.3 <i>O alcance dos cuidados paliativos.....</i>	<i>36</i>
2.3 Ausência de Prognóstico e Opção pela Morte Digna.....	38
<b>3 O SUICÍDIO ASSISTIDO.....</b>	<b>41</b>
3.1 Notas Históricas sobre o Suicídio: o Pensamento de Émile Durkheim, Derek Humphry e Jack Kevorkian.....	41
3.1.1 <i>Casos históricos de suicídio assistido.....</i>	<i>50</i>
3.2 Aspectos Éticos e Legais do Suicídio Assistido no Direito Comparado.....	54
3.3 Posição da Sociedade e Legislação Brasileira sobre o Suicídio Assistido	59
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>

## INTRODUÇÃO

Émile Durkheim, considerado o fundador da Sociologia moderna, escreveu, em 1897, uma obra sobre o suicídio e suas possíveis causas sociais. Em sua obra o pesquisador desenvolveu o conceito de anomia, uma situação em que o indivíduo não mais leva em conta as regras morais vigentes na sociedade, dado o seu estado de desespero diante de alguma situação. A eficácia social e a moralidade cultural da norma perdem o valor e o indivíduo passa a se colocar acima delas, com poderes para tirar a sua própria vida, como forma de sair da situação desesperadora.<sup>1</sup>

Para Durkheim, "chama-se suicídio toda morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado."<sup>2</sup> Os atos positivos são aqueles que resultam do emprego de algum tipo de força, como no enforcamento, e os atos negativos são aqueles que resultam de omissões que levam à morte, como no caso da anorexia, onde a pessoa deixa de comer. Independente da motivação e da forma de ação que leve à morte o suicida é alguém que conhece qual será o resultado dos seus atos.<sup>3</sup>

Dentre as situações desesperadoras pelas quais pode passar uma pessoa está a ocorrência de doenças terminais. Constitui direito do paciente que se encontra lúcido ter acesso a todas as informações sobre o seu estado de saúde e definir os limites do seu tratamento. Diante da possibilidade de que o paciente queira abreviar o seu sofrimento colocam-se implicações morais e legais da maior relevância, como o direito a desligar aparelhos, a recusar tratamentos que não mais fazem efeito e até o ato extremo de solicitar a ajuda de outra pessoa para concretizar a morte, o chamado suicídio assistido.<sup>4</sup>

Diante dessas considerações, o objetivo do estudo proposto neste estudo é abordar os fundamentos constitucionais que impedem a adoção do suicídio assistido

<sup>1</sup> DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de Sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p. 312.

<sup>2</sup> Idem, *ibidem*, p. 14.

<sup>3</sup> SILVA, Antônio Ozaí. **Durkheim**: análise sociológica do suicídio. Antônio Ozaí Wordpress, 3 mar. 2012, p. 1. Disponível em: <<https://antoniozai.wordpress.com/2012/03/03/durkheim-analise-sociologica-do-suicidio/>>. Acesso em 12 jan. 2017.

<sup>4</sup> FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto. **Problemas de fim de vida**: paciente terminal, morte e morrer. Porto Alegre, Departamento de Bioética da UFRGS, 2003. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/morteres.htm>>. Acesso em 12 jan. 2017.

na legislação brasileira. Foram analisados os aspectos éticos que envolvem o exercício da dignidade da pessoa humana ao final da vida, diante de uma doença terminal, a abordagem do suicídio assistido na legislação mundial e os possíveis problemas jurídicos decorrentes desse ato. A análise buscou a fundamentação teórica de Émile Durkheim, juristas brasileiros e professores de Bioética, que se dedicam ao estudo do assunto.

O estudo é relevante a partir do momento em que a Medicina apresenta limitações para curar determinadas doenças e muitas vezes apenas mantém o paciente terminal em estado vegetativo. O tema tem sido muito discutido na sociedade e no mundo médico e jurídico nas últimas décadas e ainda apresenta muitas controvérsias.

O desenvolvimento tecnológico permitiu aos hospitais terem vários aparelhos e técnicas para manter vivo um paciente com doença terminal. A partir dessa situação teve início um questionamento cada vez maior a respeito do direito do paciente de ter autonomia sobre a duração da sua vida, decidindo se deseja prolongá-la com extremo sofrimento e dor ou abreviá-la por meio do suicídio assistido por profissional médico.

Ainda que em regiões dos Estados Unidos e em países como Suíça e Holanda a prática do suicídio assistido tenha sido legalizada, o tema é extremamente controverso em todo o mundo, tanto em termos éticos, quanto jurídicos. Com o avanço nas discussões, a Igreja Católica Apostólica Romana admitiu a ortotanásia para os seus fiéis, posição seguida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) no Brasil, em 2006.

Assim, os médicos podem optar, sem serem responsabilizados criminalmente, por não oferecer ao paciente terminal medidas extraordinárias, fúteis ou heroicas que apenas prolonguem seu sofrimento e deixá-lo morrer com dignidade, preferencialmente em casa. Isso é a ortotanásia.

Essa posição está fundamentada na legislação brasileira, que confere ao indivíduo autonomia para decidir se deseja ou não um tratamento médico específico e não se submeter a nenhum tipo de tortura, que seriam os tratamentos muito dolorosos, porém ineficazes diante da evolução da doença. O suicídio assistido,

contudo, não encontra respaldo legal no Brasil, sendo considerado como uma ofensa ao direito à vida e inadequado do ponto de vista ético. Diante disso, apresenta-se o seguinte problema de pesquisa: "Quais são os fundamentos constitucionais que impedem a adoção do suicídio assistido na legislação brasileira?"

Dessa forma, a hipótese investigada é a de que a liberação do suicídio assistido no Brasil contraria frontalmente o artigo 5º da Constituição Federal de 1988, onde o direito à vida é considerado como fundamental, tendo ainda como suporte o respeito à dignidade da pessoa humana, princípio que, em vez de ser respeitado no caso de suicídio assistido, seria ofendido.

Trata-se de pesquisa bibliográfica, feita em livros, periódicos, leis e *sites* jurídicos, para dar embasamento teórico sobre o assunto exposto. A pesquisa bibliográfica tenta justificar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos e procura entender e refletir sobre a cultura empírica e científica, a respeito de um determinado fenômeno.<sup>5</sup>

Foi utilizado o método indutivo, para estabelecer inferências entre um fenômeno observado e sua possível explicação. O estudo ainda pode ser classificado como qualitativo, por utilizar um método de análise científica em que a compilação de informações não foi convertida em valores, mas sim em análise de um fenômeno, o suicídio assistido, como forma considerada digna para a morte de uma pessoa com doença terminal.

O método indutivo toma como base um conjunto de dados observáveis na realidade, de forma que, a partir deles, se possa descobrir e confirmar certas hipóteses e leis de caráter geral. Assim, os dados da realidade podem apoiar as ideias ou leis, permitindo inferir conclusões gerais, a partir de proposições particulares, para executar pesquisas; realizar previsões; e estabelecer critérios de prova.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2003, p. 11.

<sup>6</sup> PINTO, Lucas Alves. Discurso do método na metodologia jurídica. **Rev. Jus Navigandi**, dez. 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/34418/discurso-do-metodo-na-metodologia-juridica>>. Acesso em 20 jan. 2017.

Também foi utilizado o método histórico, para comparar o que acontece na atualidade, em relação ao suicídio assistido, com suas origens históricas, no caso, a luta pela observância dos direitos humanos, quando se postula que um doente terminal tem o direito de morrer em casa, da forma que escolher, com dignidade, sem ser obrigado a se submeter a tratamentos extraordinários ou fúteis, que apenas prolongam o sofrimento.

A regulamentação do suicídio assistido, que já foi feita em alguns países e estados norte americanos, está assentada na premissa de que o Direito é dinâmico e a norma jurídica deve atender à evolução da sociedade.<sup>7</sup> Assim, se busca adequar os sentimentos e direitos daqueles que desejam morrer com dignidade, ao fim de uma doença terminal, à evolução das normas sociais e jurídicas, produzindo-se uma legislação a respeito do tema.

O estudo é apresentado em três capítulos, sendo que o primeiro aborda o direito à vida e à morte digna diante da Bioética, apontando os fundamentos jurídicos para cada modalidade de morte, frente aos avanços da Medicina. O segundo capítulo trata da evolução histórica dos processos de morrer, com ênfase no alcance dos cuidados paliativos e do que fazer diante da ausência ou de mau prognóstico do paciente. O terceiro capítulo traz o pensamento do criador da Sociologia, Émile Durkheim, sobre o suicídio e de dois defensores do suicídio assistido, Derek Humphry e Jack Kervorkian, para concluir com o posicionamento da justiça e da sociedade brasileira sobre o assunto.

---

<sup>7</sup> CANFÃO, Olívio Albino. Métodos de interpretação jurídica à luz do horizonte hermenêutico. **Rev. UNIFACS**, 2013, p. 10. Disponível em: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/download/2715/1967>>. Acesso em 20 jan. 2017.

## CAPÍTULO 1

### A BIOÉTICA, O DIREITO À VIDA E À MORTE DIGNA

A vida apresenta, enquanto conceito, aspectos jurídicos que abrangem todas as suas fases, desde a concepção até a morte. A delimitação dos direitos relativos à primeira e última fase da vida, no entanto, têm sido objeto de controvérsias, com discussões acerca de quando ela começa e se o indivíduo pode colocar termo a sua existência, caso os recursos médicos não sejam mais suficientes para curar as doenças que o organismo apresenta.

A vida e a morte constituem, na atualidade, um amplo campo de pesquisas que têm chamado a atenção de muitos cientistas, mas tudo que está a elas relacionado também afeta o Direito. São questões jurídicas, mas que passam pelo avanço da ciência e da técnica, cuja força transformadora afeta a ética da qualidade da vida humana, constituindo material de análise da Bioética, cujo conceito e implicações são apresentados a seguir.

#### 1.1 Conceito e Implicações da Bioética sobre o Direito

O que diferencia o ser humano dos outros animais é o uso da consciência, considerado um dos mais enigmáticos fenômenos e objeto de diversos tipos de pesquisa, em diferentes áreas do conhecimento científico. O desenvolvimento cerebral do *homo sapiens sapiens* foi acompanhado da evolução da consciência, o que lhe proporcionou o conhecimento da realidade e a liberdade de escolha, o livre arbítrio. A maneira particular que cada ser humano tem de ver o mundo necessita de grande quantidade de memória, imaginação, capacidade associativa e poder de previsão dos acontecimentos.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> GONZÁLEZ, Miguel Ángel Sánchez. *Bioética en Ciencias de la Salud*. Barcelona: Elsevier España, 2012, p. 12.

O conhecimento da realidade e a liberdade de escolha são considerados pelo ser humano como conquistas irrenunciáveis. O desejo de viver a realidade pode ser maior até do que conquistar a felicidade. Ninguém deseja abandonar essa instância da vida sem que possa exercer o seu direito de escolha. Contudo, a realidade possui limitações que o ser humano precisa enfrentar, além do que nela existem possibilidades interiores e exteriores, as quais são escolhidas com base nos valores, que, por sua vez, dão origem à moral.<sup>9</sup>

Dessa forma, os valores morais estão relacionados à busca do bem pessoal e do bem do outro. O ser humano bom seria aquele que considera a norma, mas também leva em conta os sentimentos, cuidando do bem daqueles que estão ao seu lado sem descuidar de si mesmo. No primeiro caso, tem-se a moral, um conjunto de deveres relacionados à norma, enquanto no segundo caso, tem-se a ética, a busca por uma inclinação que faça sentido, envolvendo os sentimentos. A primeira implica em um dever de agir e a segunda em uma escolha que leve à felicidade, ao bem-estar. Os valores podem ser morais e também éticos, sem exclusão, a partir do momento em que a tomada de consciência do dever depende dos sentimentos para agir.<sup>10</sup>

Os valores morais são representados, dentre outros, pela justiça, veracidade, honestidade, generosidade e dignidade. O que uma pessoa pensa de si mesma, sua autoestima e autorrespeito dependem desses valores, mas também daqueles que são considerados não morais, como beleza, sucesso, sedução, riqueza e popularidade. O autorrespeito, contudo, incide totalmente sobre os valores morais, pois a pessoa precisa agir bem para estar contente consigo mesma, enquanto a autoestima pode prescindir deles, visto que muitos gostam de si mesmos, apesar de praticarem valores contrários à moralidade.<sup>11</sup>

Os valores éticos, fundamentados no autorrespeito, levam o indivíduo a querer fazer, tanto em benefício do outro, mas principalmente em benefício de si mesmo. Entretanto, em muitas situações da vida o ser humano se vê diante de

---

<sup>9</sup> GONZÁLEZ, Miguel Ángel Sánchez. **Bioética en Ciencias de la Salud**. Barcelona: Elsevier España, 2012, p. 14.

<sup>10</sup> LA TAILLE, Yves de; MENIN, Maria Suzana de Stefano (Orgs.). **Crise de valores ou valores em crise?** Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 17.

<sup>11</sup> Idem, *ibidem*, p. 18.

situações que precisam ser solucionadas, mas cujas alternativas ou escolhas podem deixá-lo mal com o seu autorrespeito. Uma delas é a decisão sobre o começo ou o fim da vida do outro ou da sua própria vida. O ser humano tem liberdade de escolha, mas nem todas as condutas são boas para o seu grupo social ou para si mesmo. Mas ele tem liberdade de escolha e isso é um fundamento da ética. Essa liberdade também o torna responsável pelos seus atos, não só moralmente, mas também juridicamente.<sup>12</sup>

A par disso, a ética é o fundamento da vida humana e permite às pessoas fazerem suas escolhas de forma a não ferir princípios sociais, jurídicos e individuais. O fundamento da ética é a pessoa humana, com suas características peculiares, seus anseios, necessidades, patrimônio e identidade. A pessoa humana é única e provida de dignidade, tendo um valor intrínseco e composta de dimensões diversas, como a biológica, psicológica, social ou moral e espiritual, compondo uma totalidade, que deve ser respeitada desde a concepção.<sup>13</sup>

São as escolhas que permitem ao ser humano o enfrentamento dos desafios. No século XX eles tornaram-se cada vez maiores, nas esferas individual, coletiva e ambiental, levando ao surgimento da Bioética, "um campo do conhecimento que emergiu como tentativa de resposta às mudanças e aos desafios", buscando superar o mero conceito da boa convivência e chegar ao respeito e proteção de todos os seres vivos e seu ambiente. Trata-se de repensar os valores e os conceitos morais. O escopo da Bioética foi exposto pela primeira vez em 1927, em um texto do pastor alemão Fritz Jahr, mas o termo foi aplicado somente 47 anos depois, abarcando o âmbito médico-biológico, a partir dos anos 1970.<sup>14</sup>

Esse conceito de Bioética remete à história da proteção dos direitos humanos, começando com os de primeira dimensão, após a Revolução Francesa, levando à organização do Estado mínimo para protegê-los. A industrialização levou ao surgimento do Estado liberal, mas o crescimento da criminalidade e pobreza

<sup>12</sup> FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. Trad. Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola, 2005, p. 41.

<sup>13</sup> JUNQUEIRA, Cilene Rennó. **Bioética: conceito, fundamentação e princípios**. São Paulo: USP/UNASUS, 2011, p. 16.

<sup>14</sup> MOTTA, Luís Cláudio; VIDAL, Selma Vaz; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Bioética: afinal, o que é isto? *Rev. Bras. Clin. Med.*, v. 10, n. 5, p. 431-439, set./out. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3138.pdf>>. Acesso em 23 mar. 2017.



provocou sua crise, fazendo surgir o modelo do Estado de bem-estar social, protegendo os direitos de segunda dimensão. No século XX houve a necessidade de proteção dos direitos difusos e coletivos e o Estado passou a criar mecanismos processuais para atingir esse objetivo, com o Poder Judiciário fiscalizando a aplicação das políticas públicas de interesse da coletividade. Esse é o caso de temas como as técnicas artificiais de reprodução humana, o aborto e o suicídio assistido.<sup>15</sup>

## 1.2 O Direito à Vida e sua Fundamentação Ética e Legal

Espera-se que as pessoas façam suas escolhas conforme as normas, que são estudadas pela Deontologia e isso remete ao Direito, que busca o estabelecimento de regras que funcionem e regulem as relações em um determinado território. Contudo, nem todas as normas são moralmente aceitáveis, gerando conflitos que provocam discussões na sociedade, como é o caso das questões relacionadas à vida, em sua origem ou no seu final, o que margem à eleição de quatro princípios para nortear a Bioética, que são a não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça.<sup>16</sup>

Conforme esses princípios, os problemas relacionados à pessoa e tratados pela Medicina deveriam, em primeiro lugar, respeitar a autonomia do indivíduo, principalmente aqueles que a tivessem diminuída, por qualquer motivo. Em seguida, não causar danos, minimizar os riscos e maximizar os benefícios; proporcionar igual tratamento para aqueles que fossem iguais, tendo o respeito à pessoa como princípio máximo. Esses princípios não são absolutos e, no caso do respeito à autonomia admite-se que a pessoa possa escolher o que entende ser melhor para si mesma, com base no Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> MOTA, Luiz Robson. Influências religiosas no Biodireito. **Rev. USCS Direito**, ano IX, n. 14, p. 41-62, jan./jun. 2008. Disponível em: <[http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_direito/article/view/844/699](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_direito/article/view/844/699)>. Acesso em 4 abr. 2017.

<sup>16</sup> CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria Gonçalves dos Santos; OLIVEIRA, Marília Gerhardt (Coords.). **Bioética: uma visão panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011, p. 16.

<sup>17</sup> Idem, *ibidem*, p. 17.

Na aplicação dos princípios da não maleficência e da beneficência são encontradas duas correntes, a primeira que defende a sacralidade da vida e a segunda, que defende a qualidade de vida. As duas são consideradas extremistas, pois, considerando-se apenas o lado biológico, deixa-se de lado a dignidade da pessoa humana e considerando-se apenas a qualidade de vida corre-se o risco de achar que sem ela a vida não pode continuar. O Direito entra nesse debate, mas não de forma absoluta, pois não há unanimidade quanto ao momento do início e terminalidade da vida humana.<sup>18</sup>

A defesa da vida pelo Direito, tanto pelo lado biológico, quanto pelo da qualidade confronta as reais condições em que milhões de pessoas vivem cotidianamente, no Brasil ou no mundo. Nota-se que a proteção da vida é conceito ideológico, para cuja superação propõe-se que ela seja um bem pessoal, coletivo e um dom de Deus. Assim, é preciso proteger a vida do ser humano em sua dignidade, nas suas relações coletivas e como uma dádiva divina.<sup>19</sup>

Esses pressupostos éticos levaram à formulação de documentos, como a Declaração Universal dos Direitos do Homem e a Constituição Federal de 1988, que consideram a vida como direito fundamental e inviolável, devendo ser protegida sob todas as formas, visto que constitui pré-requisito para o exercício dos demais direitos:

**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,**<sup>20</sup> à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

II – ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

III – **ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante.**<sup>21</sup>

Assim, a vida não só precisa ser protegida, mas também é necessário assegurar que seja exercida com dignidade, do início, na concepção, até a morte e ainda com reflexos extensíveis, visto que o cadáver conta com proteção legal. A vida

<sup>18</sup> LIONÇO, Márcia Helena Caprara. Proteção à vida: direito à vida ou direito ao respeito à vida? In: BRUSTOLIN, Leomar Antônio (Org.). **Bioética: cuidar da vida e do meio ambiente.** São Paulo: Ed. Paulus, 2014, p. 103.

<sup>19</sup> Idem, *ibidem*, p. 104.

<sup>20</sup> Grifos nossos.

<sup>21</sup> BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 51. ed. Brasília: Ed. Câmara, 2017, p. 11.

deve ser protegida não só na sua essência biológica, mas também na sua qualidade.<sup>22</sup>

### 1.3 O Direito à Morte Digna e seus Fundamentos Éticos e Legais

A busca por qualidade de vida tem fundamentado os avanços médicos das últimas décadas. As pessoas buscam o melhor para o nascimento e também para o momento da morte. Nos Estados Unidos estima-se que 80% dos pacientes morrem em hospitais, sendo que 40% se encontram no estágio terminal de alguma doença e com prognóstico de morte entre três a seis meses. Nesse momento dificilmente esses pacientes apresentam qualidade de vida e é preciso decidir pela manutenção ou suspensão de tratamentos que porventura representem apenas sofrimento.<sup>23</sup>

Essa situação representa um dilema ético e jurídico. Pelo aspecto ético é necessário respeitar a autonomia do paciente, ou seja, a sua capacidade “para tomar decisões sobre sua vida, integridade e saúde”, respeitando-se os seus valores e crenças, mesmo que não coincidam com aqueles que são dominantes na sociedade. Quanto aos aspectos jurídicos, é preciso que cada país elabore legislação específica a respeito, o que não é o caso do Brasil, onde normas e leis estaduais ou de órgãos de classe tratam do assunto.<sup>24</sup>

A Constituição Federal de 1988 não trata especificamente do assunto, mas, conforme o que foi grifado no texto do artigo 5º, na página anterior, deve-se respeitar a dignidade da pessoa humana e não submetê-la a tratamento desumano ou degradante, o que inclui procedimentos médicos desnecessários. Em 2006, o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou Resolução favorável a respeito do assunto, que, a princípio, foi combatida pelo Ministério Público Federal (MPF), que desistiu em 2010 e tendo o CFM reafirmado sua postura em 2012.

<sup>22</sup> LIONÇO, Márcia Helena Caprara. Proteção à vida: direito à vida ou direito ao respeito à vida? *In*: BRUSTOLIN, Leomar Antônio (Org.). **Bioética: cuidar da vida e do meio ambiente**. São Paulo: Ed. Paulus, 2014, p. 115.

<sup>23</sup> ROCHA, Andréia Ribeiro *et al.* Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. **Rev. Bioét.**, v. 21, n. 1, p. 84-95, Brasília, abr. 2013, p. 85. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a10v21n1.pdf>>. Acesso em 4 abr. 2017.

<sup>24</sup> *Idem*, *ibidem*, p. 88.

O posicionamento do CFM compõe a Resolução n. 1995/2012, que assim se expressa:

**Art. 1º.** Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente,<sup>25</sup> 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.**<sup>26</sup>

Esse posicionamento do CFM deu margem à criação de instrumento jurídico chamado "testamento vital", que nada mais é do que a diretiva antecipada da vontade do paciente quanto ao tratamento que deseja ou não receber, em caso de terminalidade da vida, levando-se em conta os princípios bioéticos da beneficência e autodeterminação dos pacientes. Assim, o paciente registra testamento sobre como deseja ser tratado, caso esteja em situação terminal e inconsciente, sem poder manifestar sua vontade.<sup>27</sup>

A elaboração e registro do testamento vital encontra apoio no artigo 5º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, no artigo 15 do Código Civil e artigos 22 a 24 do Novo Código de Ética Médica. Os fundamentos éticos e legais são o princípio da autonomia da vontade, da livre escolha, da dignidade da pessoa humana. A importância de elaborar e registrar tal documento se deve ao fato de que na maioria dos países do mundo há grande dificuldade em lidar com a possível morte de

<sup>25</sup> Grifos nossos.

<sup>26</sup> CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM n. 1.995/2012**, dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, 9 ago. 2012a. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)>. Acesso em 4 abr. 2017.

<sup>27</sup> LIPPMANN, Ernesto. **Testamento vital**. São Paulo: Matrix, 2016, p. 22.

pacientes terminais e/ou inconscientes e falta legislação nacional sobre o assunto. Por meio desse documento a dignidade da pessoa humana se sobrepõe ao mero direito à vida e atende-se aos princípios da ética médica.<sup>28</sup>

A seguir, são apresentados três tipos de morte que, de alguma forma, contam com assistência. Mas, para compreender melhor o tema é necessário abordar a concepção do que seja a morte. Durante séculos esse fenômeno que atinge os seres vivos não teve definição, sendo atestada por determinados sinais. Assim, a morte aparente era sinalizada pela parada circulatória e respiratória e a morte real compreendia a degeneração das células, tecidos e órgãos. Mas havia a incerteza se o indivíduo estava mesmo morto.<sup>29</sup>

Em diferentes momentos da história houve a suspeita de que indivíduos haviam sido enterrados vivos e para evitar essa possibilidade a legislação elaborou norma, como ocorre no Código de Processo Penal brasileiro, onde o artigo 162 afirma que "a autópsia será feita pelo menos seis horas depois do óbito, salvo se os peritos, pela evidência dos sinais de morte, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto."<sup>30</sup>

A obediência a esse prazo se deve aos casos de morte aparente ou catalepsia, além de estados letárgicos causados por apoplexia, síncope ou histeria. O legista observa, então, os sinais considerados de morte, como falta de movimentos respiratórios, sinais de pulso e batidas cardíacas e enrijecimento do corpo, o chamado *rigor mortis*. Esses sinais são perceptíveis exteriormente e dependem do fator tempo decorrido desde a morte e de fatores ambientais, como frio ou calor extremo.<sup>31</sup>

Os sinais apontados são biológicos e independem do conceito filosófico ou religioso, mas são importantes do ponto de vista legal, social e ético. Contudo, sofreram novas análises a partir do momento em que houve avanço nas técnicas de

<sup>28</sup> LIPPMANN, Ernesto. **Testamento vital**. São Paulo: Matrix, 2016, p. 24.

<sup>29</sup> CUNICO, Edimar. **Perícias em locais de morte violenta: criminalística e Medicina Legal**. Curitiba: Concep3D, 2013, p. 15.

<sup>30</sup> BRASIL. Presidência da República. **Decreto Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941, Código de Processo Penal**. Norma atualizada. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3689-3-outubro-1941-322206-norma-atualizada-pe.html>>. Acesso em 5 abr. 2017.

<sup>31</sup> MOSSIN, Heráclito Antônio. **Comentários ao Código de Processo Penal: à luz da doutrina e da jurisprudência**. Barueri: Manole, 2005, p. 369.

transplante de órgãos, pois era preciso retirá-los do doador enquanto este ainda tinha batimentos cardíacos, mas nenhuma atividade cerebral. Assim, foi elaborado o conceito de morte encefálica (ME), para determinar que o indivíduo estava em situação irreversível, mas que seus órgãos podiam ser aproveitados. A morte do tronco cerebral é aceita em praticamente todos os países do mundo como diagnóstico inequívoco da morte, tanto em termos éticos, quanto práticos. Esse conceito é importante para o paciente terminal.<sup>32</sup>

### 1.3.1 A eutanásia

O vocábulo eutanásia foi criado por Francis Bacon, filósofo e político inglês, no século XVII, a partir dos termos gregos *eu* (boa) e *thanatos* (morte), significando morte humanística de outra pessoa, para evitar-lhe o sofrimento. Em termos médicos, significa:

[...] ação médica destinada a abreviar a vida de pessoas em estado de grave sofrimento proveniente de doença incurável e sem perspectivas de melhora, estando o paciente condenado à morte progressiva. O que nada mais é do que promover o óbito mediante conduta capaz de empregar meio eficiente para produzir a morte nesses pacientes.<sup>33</sup>

A fundamentação da eutanásia é o princípio da qualidade de vida, pois se considera que sem ela a vida torna-se sofrimento insuportável. Na sua forma ativa a decisão de retirar o paciente do tratamento paliativo é do médico e a morte é planejada em comum acordo com ele ou seu representante. Na eutanásia passiva o médico decide não oferecer a terapia paliativa ou interrompê-la, diante da falta de resultados significativos, enquanto a eutanásia de duplo efeito é aquela em que pela ação médica visando aliviar o sofrimento o paciente vai à óbito. O paciente pode externar o desejo de não mais receber suporte e abreviar a vida ou não ter

<sup>32</sup> GONÇALVES, Ferraz. Conceito e critérios de morte. *Rev. Nascer e Crescer*, ano XVI, n. 4, p. 245-248, 2007. Disponível em: <[http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1123/1/ConceitosCritériosMorte\\_16-4\\_Web.pdf](http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1123/1/ConceitosCritériosMorte_16-4_Web.pdf)>. Acesso em 5 abr. 2017.

<sup>33</sup> PAIVA, Fabianne Christine Lopes; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson; DAMÁSIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Rev. Bioét.*, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n3/v22n3a19.pdf>>. Acesso em 5 abr. 2017.

condições para fazê-lo, devido ao coma. Não sendo a morte de seu desejo ou conhecimento, bem como de seus parentes, trata-se de assassinato.<sup>34</sup>

Quando a eutanásia é realizada de forma autônoma, deixando o paciente de realizar o tratamento prescrito, até que a morte ocorra, considera-se que houve suicídio. Se o paciente tiver recebido algum tipo de ajuda houve induzimento, situação prevista no artigo 122 do Código Penal brasileiro:

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

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

Parágrafo único. A pena é duplicada:

I - se o crime é praticado por motivo egoístico;

II - se a vítima é menor [...].<sup>35</sup>

O tipo do artigo em pauta refere-se a um bem juridicamente protegido, que é a vida e contra ela o agente não poderá atuar, como induzir, instigar ou auxiliar no suicídio, constituindo essas ações dolo direto ou eventual. O crime, aparentemente, é somente de natureza comissiva, considerando-se a indução e a instigação, mas aquele que tendo percebido a intenção do outro de se suicidar e nada faz para impedir, também age por omissão, auxiliando no suicídio. O motivo egoístico poderia ser a possibilidade de receber herança. Vítimas menores podem se enquadrar nos casos de suicídio devido à exposição de fotos íntimas na internet, feita geralmente por ex-namorados que, nesse caso, podem ser penalizados.<sup>36</sup>

Na América Latina, a eutanásia é permitida na Colômbia, desde 1997, mas regulamentada somente em 2015. Apenas um paciente a solicitou, naquele mesmo ano. No Canadá, foi permitida a partir de 2016, mas não está regulamentada em todo o país. Na Holanda, o procedimento foi regulamentado em 2002, depois de mais de 30 anos de debates, mesmo caminho seguido pela Bélgica, sem restrição

<sup>34</sup> PAIVA, Fabianne Christine Lopes; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson; DAMÁSIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Rev. Bioét.*, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n3/v22n3a19.pdf>>. Acesso em 5 abr. 2017.

<sup>35</sup> BRASIL. Presidência da República. **Decreto Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal.** Norma atualizada. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-norma-atualizada-pe.html>>. Acesso em 5 abr. 2017.

<sup>36</sup> GRECO, Rogério. **Código Penal comentado.** 11. ed. rev., ampl. e atual. Niterói: Ímpetus, 2017, p. 481.

de idade. Em termos gerais, as mulheres são as que mais solicitam a assistência médica para morrer, sendo que pacientes com câncer predominam.<sup>37</sup>

### 1.3.2 A distanásia

O termo deriva das palavras gregas *dis* (dificuldade, privação) e *thanatos* (morte), referindo-se às tentativas para prolongar a vida, mesmo que ela já não ofereça qualidade alguma para o indivíduo. Ao contrário da eutanásia, a distanásia é um comportamento cultivado no mundo ocidental, onde a vida é bem jurídico a ser protegido. Assim, o paciente é conservado vivo a qualquer custo, mesmo que o tratamento seja considerado fútil e sem benefícios, devido à impossibilidade de cura.<sup>38</sup>

Também é chamada obstinação terapêutica ou futilidade médica, que prolonga o processo de morrer e não a vida do paciente. A humanização do tratamento e o princípio da dignidade humana são, portanto, ignorados nesse tipo de abordagem, deixando o paciente e sua família em sofrimento, além de encarecer o tratamento. Os equipamentos de suporte à vida foram sendo aperfeiçoados a partir da década de 1960 e considera-se que o seu uso ultrapassou os limites racionais e humanos, pois nem toda possibilidade técnica é eticamente correta, comprometendo a dignidade humana.<sup>39</sup>

Na verdade, a eutanásia e a distanásia, quando comparadas, envolvem um conflito ético, pois os profissionais de saúde fazem juramento de não matar, mas a primeira é um ato médico de oferecer morte digna, sendo que a segunda também o é, mas no sentido de prolongar a vida por todos os meios disponíveis, o que contraria o princípio de não fazer o paciente sofrer desnecessariamente. A diferença entre elas é que a eutanásia pode ser criminalizada e a distanásia é reconhecida

<sup>37</sup> CASTRO, Mariana Parreira Reis *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Rev. Bioét.*, v. 24, n. 2, p. 355-367, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361546419019>>. Acesso em 6 abr. 2017.

<sup>38</sup> PAIVA, Fabianne Christine Lopes; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson; DAMÁSIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Rev. Bioét.*, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n3/v22n3a19.pdf>>. Acesso em 5 abr. 2017.

<sup>39</sup> PESSINI, Leocir. Questões éticas-chave no debate hodierno sobre a distanásia. *In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leocir (Orgs.). Bioética: poder e injustiça.* Trad. Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2004, p. 395.



socialmente e legalmente como ato de humanidade. Cabe à Bioética explicitar esse conflito e apontar soluções que contemplem profissionais de saúde e pacientes.<sup>40</sup>

### 1.3.3 A ortotanásia

A ortotanásia também deriva de radicais gregos, *orthos* (reto, correto) e *thanatos* (morte), ou seja, a morte no tempo certo. Nesse caso, não há ato médico para antecipar a morte ou prolongar desnecessariamente a vida. O paciente ou seus familiares renunciam aos recursos extraordinários, representados pelos equipamentos de suporte à vida, permitindo que sejam desligados, de forma que a morte ocorra naturalmente. Isso não implica em renúncia aos cuidados paliativos, como os que tratam a dor, como forma de manter o paciente sem sofrimento.<sup>41</sup>

A ortotanásia está prevista no Código de Ética Médica (Resolução CFM n. 1.931, de 17 de setembro de 2009), que assim se expressa:

É vedado ao médico:

**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**,<sup>42</sup> levando sempre em consideração a **vontade expressa do paciente** ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.<sup>43</sup>

Diante do respeito à vontade expressa do paciente, mencionada no documento citado, considera-se que a ortotanásia aborda a concepção moral de pessoa, o ser humano no exercício de sua autonomia, tendo a humanidade como fim e não apenas como meio e colocando a dignidade como valor absoluto. Na expressão de sua vontade a pessoa é também sujeito de direitos fundamentais, que são a liberdade, a igualdade e a fraternidade, devendo ter acesso ao tratamento de

<sup>40</sup> FELIX, Zirleide Carlos *et al.* Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2733-2746, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n9/v18n9a29.pdf>>. Acesso em 6 abr. 2017.

<sup>41</sup> PESSOA, Laura Scaldaferrri. **Pensar o final e honrar a vida: direito à morte digna.** Dissertação (Relações Sociais e Novos Direitos). 150f. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2011, p. 114.

<sup>42</sup> Grifo nosso.

<sup>43</sup> CFM. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica – Resolução CFM n. 1.931, de 17 de setembro de 2009.** Brasília: CFM, 2010, p. 39.

saúde a que faz jus, em casos de doenças e ser tratada com cuidado e proteção é considerado justo. Mas prolongar uma vida sem qualidade é considerado injusto para com a liberdade de escolha da pessoa.<sup>44</sup>

A dignidade da pessoa humana, conforme a Constituição Federal de 1988, é fundamento do Estado brasileiro. Por meio dela o indivíduo pode exercer a autonomia da vontade, fazendo escolhas e vivendo a sua vida como desejar, de acordo com sua consciência, mas sem afetar a vida de terceiros. Diante disso, é que se pode incluir o direito de morrer com dignidade. Ao interpretar a Carta Maior infere-se que a vida é um direito e não um dever e que precisa ser vivida de forma digna, terminando também dessa forma. O acesso à saúde também é um direito, mas tem momentos em que a Medicina não pode fazer mais nada pela cura do paciente e não deve submetê-lo a tratamentos inúteis e dolorosos.<sup>45</sup>

Esse posicionamento é defendido pela Igreja Católica Apostólica Romana, desde a década de 1950, quando o Papa Pio XII, analisando o avanço tecnológico nos hospitais, intensificado nos anos 1970. A defesa da ortotanásia foi feita em discurso de 1957 (Problemas Religiosos e Morais, ligados à Reanimação), na Declaração sobre a Eutanásia, de 1980 e na Encíclica *Evangelium Vitae*, de 1995, documentos que exortaram a aceitação da morte quando os tratamentos são inúteis e apenas prolongam o sofrimento. No entanto, o termo “ortotanásia” ainda não faz parte do vocabulário católico, assim como é desconhecido por grande parte da sociedade, apesar do procedimento ser conhecido na prática.<sup>46</sup>

Assim, considera-se que a ortotanásia é o processo de morrer que atende ao princípio constitucional da dignidade humana, da vida, igualdade, liberdade e direito de à saúde, bem como aos princípios bioéticos, permitindo que o médico suspensa procedimentos considerados fúteis ou dolorosos, com permissão do paciente ou de seus familiares, tratando-o como pessoa e não como objeto de terapêuticas

<sup>44</sup> PEGORARO, Olinto A. O lugar da Bioética na história da ética e o conceito de justiça como cuidado. In: PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul (Orgs.). **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2006, p. 53.

<sup>45</sup> BONTEMPO, Tiago Vieira. Análise constitucional da ortotanásia: O direito de morrer com dignidade. **Rev. Âmbito Jurídico**, ano XIV, n. 93, Rio Grande, out. 2011, p. 3. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=10386](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10386)>. Acesso em 6 abr. 2017.

<sup>46</sup> CFM. Conselho Federal de Medicina. **Entrevista ao CFM: CNBB apoia ortotanásia**. Brasília, 24 set. 2012b, p. 1. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23257:entrevista-ao-cfm-cnbb-apoia-ortotanasia&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23257:entrevista-ao-cfm-cnbb-apoia-ortotanasia&catid=3)>. Acesso em 6 abr. 2017.

invasivas. Nesse aspecto, o Novo Código de Ética Médica aboliu a subordinação absoluta do paciente ao médico, permitindo que exerça a liberdade de escolha, optando pela morte digna.<sup>47</sup>

Ao final deste capítulo pode-se avaliar que as questões bioéticas relacionadas ao processo de morrer estão cada vez mais visíveis nos debates travados pela sociedade, incluindo a brasileira. Ao contrário de alguns países e estados norte americanos e canadenses que já regulamentaram os procedimentos médicos de morte, principalmente eutanásia e suicídio assistido, o Brasil ainda não tem legislação nacional a respeito. Existem conflitos entre os órgãos interessados no assunto, bem como na sociedade, que preza seus princípios religiosos, principalmente. Contudo, o processo de morrer, como se verá no capítulo a seguir, precisa ser regulamentado tanto quanto o processo de nascer.

---

<sup>47</sup> BONTEMPO, Tiago Vieira. Análise constitucional da ortotanásia: O direito de morrer com dignidade. *Rev. Âmbito Jurídico*, ano XIV, n. 93, Rio Grande, out. 2011, p. 8. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=10386](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10386)>. Acesso em 6 abr. 2017.

## CAPÍTULO 2

### EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO DIREITO DE MORRER

A única certeza absoluta que o ser humano tem na vida é a de que um dia morrerá. Contudo, as ideias que envolvem os processos de morte e morrer são cheias de incertezas e imprevisibilidade, pois ninguém sabe nem como e nem quando vai morrer. Mas a morte convive constantemente com o indivíduo, seja relacionada aos parentes e amigos ou pessoas desconhecidas. A morte e o morrer foram enfrentados de formas distintas pela humanidade, durante a história e assumiram significações diversas, de acordo com a época e a cultura dominante, passando do âmbito doméstico para o cenário hospitalar.<sup>48</sup>

O estudo da morte e dos processos de morrer é denominado Tanatologia e surgiu como subsídio de conforto aos profissionais de saúde, que lidam com o fenômeno diariamente em seu trabalho, afetando-os psicologicamente, visto que a formação acadêmica os prepara para preservar a vida. Ainda que os cursos quase sempre não os preparem para o enfrentamento da morte, existem técnicas, posturas e ações que facilitam a elaboração das perdas e do luto, principalmente se aprenderem a proporcionar eficientes cuidados paliativos ao paciente.<sup>49</sup>

Assim, o capítulo a seguir aborda a evolução do conceito de morte e dos processos de morrer na cultura humana, principalmente quando se considera o direito à morte digna, reivindicado por muitos ao longo da história, em diferentes circunstâncias, mas principalmente diante de doenças incuráveis e dolorosas. Os avanços da Medicina, introduzindo equipamentos de suporte à vida no ambiente

<sup>48</sup> KUBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9. ed. Trad. Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 2008, p. 14.

<sup>49</sup> HERMES, Héli da Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Rio de Janeiro, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>>. Acesso em 7 abr. 2017.

hospitalar, é que tornaram esse debate cada vez mais acirrado e atual, chegando ao âmbito legislativo e jurídico, como se verá.

## 2.1 A Morte e o Processo de Morrer na Cultura Humana

A morte como fim da existência física sempre fez parte da história dos seres vivos, incluindo o ser humano e constitui um processo natural. Contudo, consta que o seu primeiro conceito só foi formulado no final do século V a.C., pelo médico grego Hipócrates, que a descreveu da seguinte forma:

Testa enrugada e árida, olhos cavos, nariz saliente, cercado de coloração escura. Têmporas deprimidas, queixo franzido e endurecido, epiderme seca, lívida e plúmbea, pelos das narinas e dos cílios cobertos por uma espécie de poeira, de um branco fosco, fisionomia nitidamente conturbada e irreconhecível.<sup>50</sup>

Até o final dos anos 1960 o reconhecimento da morte era uma atribuição religiosa, mas em 1957 o Papa Pio XII definiu que essa deveria ser uma tarefa da Medicina. Até então o critério que definia a morte era a parada cardiorrespiratória, mas os avanços tecnológicos na área médica, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) modificaram essa visão e o momento da morte tornou-se uma questão polêmica. Os estudos mostraram que o processo de morrer chegava ao nível celular e era preciso mostrar em que momento a deterioração era efetivamente irreversível, ou seja, ocorria a morte.<sup>51</sup>

Os estudos sobre a morte se desenvolveram após as Guerras Mundiais, mas a sistematização da Tanatologia foi feita a partir da década de 1970, nos Estados Unidos, com a fundação da *Association for Death Education* (ADEC), que passou a divulgar o tema do estudo da morte por meio de encontros e *workshops*, além de

<sup>50</sup> PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de Bioética**. 8. ed. rev. e ampl. São Paulo: Centro Universitário São Camilo Loyola, 2007, p. 355.

<sup>51</sup> BERGESCH, Karen. O conceito de morte encefálica no tema do transplante de órgãos e seus desafios éticos e culturais. In: HOCH, Lothar Carlos; WONDRACEK, Karin H.K. (Orgs.). **Bioética: avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar do início ao crepúsculo da vida – esperanças e temores**. São Leopoldo: Sinodal, 2006, p. 88.

incrementar a educação e o preparo dos profissionais que mais diretamente lidam com o assunto, como enfermeiros e médicos.<sup>52</sup>

No Brasil, os estudos se intensificaram a partir da década de 1980 e contam com referências importantes, como o Laboratório de Estudos sobre o Luto, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC) e o Laboratório de Estudos sobre a Morte no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). A realização do Seminário "A Morte e os Mortos na Sociedade Brasileira", em 1980, constitui um importante marco da discussão do tema da morte no Brasil.<sup>53</sup>

## 2.2 Os Avanços da Medicina diante da Morte

Os avanços tecnológicos na Medicina Intensiva permitiram que o paciente continuasse respirando e com batimentos cardíacos mesmo quando não havia função cerebral. Assim, a falta de função do processo cerebral passou a ser o parâmetro para se declarar a morte, naqueles pacientes com lesões estruturais, em coma apneico persistente, sem reflexos do tronco cerebral e cérebro eletricamente sem atividade. Se fossem desconectados do respirador não apresentavam respiração espontânea e nenhum outro tipo de estímulo. Estava criado o conceito de morte encefálica (ME).<sup>54</sup>

O primeiro transplante cardíaco, realizado na África do Sul, pelo doutor Christian Barnard, em 1967, definiu que a morte não era causada pela parada cardiorrespiratória, mas pela morte encefálica. Em 1968, a Associação Médica Mundial divulgou a Declaração de Sidney, que apontou a irreversibilidade das

---

<sup>52</sup> KOVÁCS, Maria Júlia. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, v. 18, n. 41, p. 457-468, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n41/v18n41a04.pdf>>. Acesso em 7 abr. 2017.

<sup>53</sup> Idem, *ibidem*, p. 458.

<sup>54</sup> IGLÉZIAS, José Carlos Rossini. Doação de órgãos. In: VANUCCHI, Aldo (Org.). *Diálogos interuniversitários: vida e morte, educação e saúde*. Sorocaba: Ed. Arte & Ciência, 2002, p. 76.

funções cerebrais como condicionante da morte. Tal situação deveria ser atestada por um médico.<sup>55</sup>

Com base nesse documento, em 1997 o Conselho Federal de Medicina (CFM) estabeleceu os critérios a serem seguidos para a definição da morte encefálica (ME):

[...] o critério para a declaração de morte cerebral é a cessação irreversível de todas as funções do encéfalo, incluindo o tronco encefálico, onde se situam estruturas responsáveis pela manutenção dos processos vitais autônomos, como a pressão arterial e a função respiratória.<sup>56</sup>

Situações causais do coma, como hipotermia, uso de drogas depressoras do sistema nervoso central e intoxicações não podem levar ao diagnóstico de ME. O médico precisa realizar exames muito cuidadosos, como observar ausência de função cerebral por no mínimo seis horas, falta de respostas comportamentais ou reflexas, apneia, realização de eletroencefalograma isoeletrico por 30 minutos e exame angiográfico.<sup>57</sup>

Esse conceito satisfaz à Medicina, contudo o ser humano não é composto somente pela matéria biológica, mas também pela personalidade que, juridicamente, é sujeito de direitos. Como a morte é um processo e atinge os órgãos conforme uma dinâmica, para o Direito é fundamental precisar exatamente quando ela ocorre. No caso de sucessão, é fundamental determinar quem morreu primeiro, no caso de ter ocorrido um acidente em que toda a família ou parte dela esteja envolvida. Para resolver o problema, caso não seja possível determinar com certeza, legalmente considera-se que todos morreram ao mesmo tempo.<sup>58</sup>

Assim, o conceito médico de morte foi absorvido pelo Direito, que também passou a considerar morto o indivíduo sem atividade cerebral comprovada. Contudo, observa-se que esse conceito tem finalidade específica:

<sup>55</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire. **Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005, p. 44.

<sup>56</sup> CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM n. 1.480/97**. Brasília, 8 ago. 1997, p. 1. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm)>. Acesso em 7 abr. 2017.

<sup>57</sup> SÁ, 2005, op. cit., p. 46.

<sup>58</sup> MACIEL, Adhemar Ferreira. **Dimensões do Direito Público**. Belo Horizonte: Del Rey, 2000, p. 69.

No Brasil, o conceito de morte encefálica é abordado junto à lei que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. A última alteração da lei sobre retirada de órgãos e tecidos do corpo humano para fins de transplantes e tratamento é a Lei n. 10.211 de 23 de março de 2001. [...] Ou seja, o conceito de morte encefálica serve diretamente para fins de retirada de órgãos.<sup>59</sup>

A construção desse conceito ocorreu em função de uma condição chamada *coma dépassé* (coma profundo), da invenção do ventilador mecânico e da criação de técnicas de transplante, mas nem sempre é operacionalizado de forma adequada no ambiente das Unidades de Terapia Intensiva. Essa operacionalização ocorre quando um médico da própria unidade realiza testes e constata que o paciente não mais apresenta atividade cerebral, apenas cardíaca. No entanto, geralmente é um membro da equipe intra-hospitalar de transplantes que percorre as UTIs, verificando se existem pacientes que se encaixam no conceito de morte encefálica.<sup>60</sup>

Apenas de 10% a 15% do total de mortes é considerada como encefálica, mas a sua ocorrência geralmente choca as pessoas, por atingir pessoas jovens, devido aos acidentes que causam traumatismo craniano e acidente vascular cerebral. O que choca é o fato de não ser uma morte natural, mas técnica, decidida por meio de um diagnóstico. Considera-se, assim, que é um conceito construído a partir de visão utilitária, onde aqueles que não mais têm condições para lutar pela vida devem ser doadores de órgãos para os que ainda apresentam chances de sobrevivência.<sup>61</sup>

Dessa forma, o conceito de morte encefálica apresenta dúvidas e até mesmo distorções, em relação aos seus critérios e regras, ainda que a sua operacionalização aproxime-se cada vez mais de um diagnóstico científico. Na época em que seus parâmetros foram propostos, há mais de 30 anos, muitos dos conhecimentos que já se tem hoje sobre o cérebro ainda não existiam. Trata-se de

---

<sup>59</sup> BERGESCH, Karen. O conceito de morte encefálica no tema do transplante de órgãos e seus desafios éticos e culturais. In: HOCH, Lothar Carlos; WONDRACEK, Karin H.K. (Orgs.). **Bioética: avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar do início ao crepúsculo da vida – esperanças e temores**. São Leopoldo: Sinodal, 2006, p. 90.

<sup>60</sup> MACEDO, Juliana Lopes. **A subversão da morte: um estudo antropológico sobre as concepções de morte encefálica entre médicos**. Dissertação (Antropologia Social). 173f. Porto Alegre: UFRGS, 2008, p. 103.

<sup>61</sup> Idem, *ibidem*, p. 111.



conceito que precisa, mais do que nunca, ser discutido à luz da Bioética e desses novos conhecimentos.<sup>62</sup>

### 2.2.1 A definição de morte na atualidade

O primeiro critério para a determinação da morte utilizado pela humanidade foi a respiração, até o início do século XIX, e com a invenção do estetoscópio, em 1816, pelo médico francês René-Théophile-Hyacinthe Laennec (1781-1826), os batimentos cardíacos também passaram a ser utilizados. Com o aperfeiçoamento da ressuscitação cardiopulmonar, a invenção da ventilação mecânica, entre as décadas de 1930 e 1940, seguidas pelo desenvolvimento dos transplantes de órgãos, na década de 1960, o critério passou a ser o não funcionamento do tronco cerebral e consequente perda das funções neurológicas pelo paciente.<sup>63</sup>

A morte biológica é um processo, visto que nem todas as células morrem com a perda das funções cerebrais ou a parada do coração. O momento da morte, então, é aquele em que a situação do paciente se torna irreversível, nada mais havendo que a Medicina possa fazer por ele. Mesmo que o doente esteja com sua função cardiorrespiratória mantida por ventiladores, considera-se que o fim das funções cerebrais não mais permite o funcionamento autônomo do corpo e a morte é diagnosticada.<sup>64</sup>

Contudo, não é fácil diagnosticar quando exatamente um indivíduo perde totalmente a consciência, que é a função mais nobre do tronco cerebral, juntamente com a cognição e as emoções. Em algumas situações, o tronco cerebral ainda mantém funções vitais, como respiração e ciclos de sono e vigília. Assim, é muito importante diferenciar o coma do estado vegetativo persistente (EVP):

---

<sup>62</sup> RODRIGUES, Carlos Frederico Almeida. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de "morte cerebral" como critério de morte. *Rev. Bioethikos*, Centro Universit. São Camilo, v. 7, n. 3, p. 271-278, 2013. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/105/1811.pdf>>. Acesso em 4 maio 2017.

<sup>63</sup> GONÇALVES, Ferraz. Conceito e critérios de morte. *Rev. Nascer e Crescer*, ano XVI, n. 4, p. 245-248, 2007. Disponível em: <[http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1123/1/ConceitosCritériosMorte\\_16-4\\_Web.pdf](http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1123/1/ConceitosCritériosMorte_16-4_Web.pdf)>. Acesso em 5 abr. 2017.

<sup>64</sup> Idem, *ibidem*, p. 246.

A diferença principal entre o estado neurovegetativo persistente e o coma permanente é a presença do ciclo de sono e vigília preservado no primeiro, além da questão da irreversibilidade do quadro, que no coma não se dá, podendo evoluir para uma recuperação, acompanhada ou não por algum grau de sequelas, ou evoluir para a morte, passando ou não pela morte encefálica.<sup>65</sup>

Dessa forma, no EVP existem evidências de vida, mas o quadro é irreversível, enquanto um paciente em estado de coma pode recuperar a consciência e até mesmo não ter sequelas. Mas pode também evoluir para morte e são esses limites que devem ser precisados, para se diagnosticar a morte, o que em termos legais se reveste de grande importância.

### 2.2.2 A terminalidade da vida e seus estágios

Quando se considera a questão de que a vida física é finita é necessário analisar não apenas o quanto de tempo ainda resta ao indivíduo, mas com que qualidade vai viver durante esse tempo. Por isso, o interesse cada vez maior na relação entre o avanço das tecnologias destinadas a manter artificialmente a vida e o sofrimento do paciente e seus familiares, diante de quadros de doença terminal. Se o objetivo da Medicina é restabelecer a integridade perdida com a doença, parece óbvio pensar que nos casos terminais não há o que recuperar e, portanto, não se justifica a obstinação em tratamentos inócuos e na maioria das vezes muito caros.<sup>66</sup>

Diante disso, é necessário reconhecer os estágios pelos quais passa um doente terminal e fazer por ele, em cada fase, o que for humanamente necessário. O primeiro estágio é o da negação, parcial ou total, geralmente logo após o diagnóstico de que a doença não tem cura. Trata-se de mecanismo de defesa diante de uma

<sup>65</sup> AUMA, Paul Okhot. Tratamento e cuidado dos pacientes em estado vegetativo persistente: um debate de vida e de morte. *Rev. Eletr. Espaço Teológico*, v. 10, n. 17, p. 267-276, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/reveleto/article/viewFile/28596/20088>>. Acesso em 11 jun. 2017.

<sup>66</sup> MARENGO, Mariana O.; FLÁVIO, Daniela A.; SILVA, Ricardo Henrique Alves. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. *Rev. Medicina*, v. 42, n. 3, p. 350-357, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2009/vol42n3/REV\\_Terminalidade\\_de\\_Vida.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2009/vol42n3/REV_Terminalidade_de_Vida.pdf)>. Acesso em 11 jun. 2017.

situação inexorável e sobre a qual o paciente não terá controle. A negação pode levar o paciente a se motivar, buscando uma reação contra a doença ou desestruturar completamente o seu ânimo, levando ao isolamento. Uma ou outra situação é profundamente influenciada pela estrutura de personalidade do indivíduo, apoio familiar, apoio social, tipo de cultura, idade e forma de comunicação do diagnóstico.<sup>67</sup>

O segundo estágio de uma doença terminal é a raiva, a revolta e o ressentimento, onde o paciente se pergunta por que essa situação está acontecendo com ele. A família e a equipe hospitalar geralmente encontram dificuldades para lidar com esses sentimentos, que se propagam a todas as pessoas que participam diretamente da vida do paciente, que se considera injustiçado diante do fato de que elas continuam realizando normalmente todas as suas atividades. Nesse momento é preciso tratar o paciente com respeito e compreensão, de forma que aceite as medidas médicas paliativas e compreenda o seu significado.<sup>68</sup>

A barganha constitui o terceiro estágio de uma doença terminal, no qual o paciente procura ter alguma esperança, em troca de que aconteça a descoberta da cura ou que aconteça algo extraordinário. É o momento em que o indivíduo começa a analisar o que foi a sua vida e procura aproveitar as oportunidades ainda existentes, mas também se conscientiza, aos poucos, de que suas possibilidades podem ser muito limitadas e as exigências se tornam menores. Isso pode levar à reconciliação familiar, caso as relações estejam abaladas.<sup>69</sup>

Contudo, a percepção mais realista do fim pode dar margem a um grande sentimento de perda, causando depressão, que pode ser reativa ou preparatória. No primeiro caso, o paciente sente-se entristecido diante da iminência da morte, com alterações nas funções psicológicas, como sono e apetite, o que pode aprofundar os sintomas da doença. No segundo caso, o paciente, sabendo que não tem mais

---

<sup>67</sup> MENDES, Juliana Alcáides; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev. SBPH*, v. 12, n. 1, p. 151-173, Rio de Janeiro, jun. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a11.pdf>>. Acesso em 11 jun. 2017.

<sup>68</sup> KUBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9. ed. Trad. Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 2008, p. 63.

<sup>69</sup> Idem, *ibidem*, p. 95.

chances, se entrega à inexorabilidade da morte, com profunda tristeza e não consegue mais reagir, o que também afeta o seu estado geral de saúde.<sup>70</sup>

O último estágio de uma doença terminal é o da aceitação, quando o paciente geralmente se afasta do seu círculo de familiares e amigos, com suposto desinteresse e procura manter-se isolado dos problemas cotidianos. Isso pode provocar aflição nas pessoas, que geralmente não compreendem que o paciente finalmente aceitou o seu fim. Para muitos, a aceitação é uma atitude covarde e procuram motivar o doente a ter esperança até o último momento. Também é uma forma de mostrar ao doente que ele não foi abandonado e nem desprezado e que todos estiveram com ele até o fim.<sup>71</sup>

### 2.2.3 O alcance dos cuidados paliativos

Nesses estágios de uma doença terminal o paciente deve receber cuidados paliativos, de uma equipe de saúde especializada. Os cuidados paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, como sendo:

[...] uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.<sup>72</sup>

Por meio da aplicação dessa abordagem o paciente e sua família aprendem a aceitar a morte como um processo natural, mas sem acelerar a sua chegada e nem prolongar a vida por meio de procedimentos onerosos e inúteis. Os objetivos principais são aliviar a dor que acomete o paciente e integrar os aspectos

<sup>70</sup> BASSO, Lissia Ana; WAINER, Ricardo. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Rev. Bras. Ter. Cogn.*, v. 7, n. 1, p. 35-43, Rio de Janeiro, jun. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v7n1/v7n1a07.pdf>>. Acesso em 12 jun. 2017.

<sup>71</sup> MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev. SBPH*, v. 12, n. 1, p. 151-173, Rio de Janeiro, jun. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a11.pdf>>. Acesso em 11 jun. 2017.

<sup>72</sup> HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Rio de Janeiro, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>>. Acesso em 7 abr. 2017.

psicológicos e espirituais, tanto para ele, quanto para sua família, que pode se preparar melhor para a morte e o luto subsequente. Por meio dos cuidados paliativos o paciente tem maior possibilidade de superar de maneira mais saudável as fases de uma doença terminal, com mais qualidade de vida, enquanto ela existir.<sup>73</sup>

A oferta de cuidados paliativos ao paciente terminal ainda não é uma prática difundida a nível mundial, pois depende de políticas públicas e sociais que atuem com responsabilidade, solidariedade, dedicação e que disponibilizem para esse doente um conjunto de competências e habilidades, conduzido por uma equipe multiprofissional, de forma humanística. O fato dos cuidados paliativos não serem ainda uma realidade global se deve principalmente à preponderância do modelo biomédico na saúde, que se volta exclusivamente para a cura e tem dificuldades em abordar os processos de morte.<sup>74</sup>

A cada ano são milhões de pessoas em todo o mundo que precisam de cuidados paliativos. A OMS estima que ocorrem 58 milhões de óbitos anuais e desses, 34 milhões decorrem ao final de uma doença crônico-degenerativa incapacitante e incurável. No Brasil, são cerca de 650 mil óbitos anuais devido a esse tipo de doenças, a maioria (70%) em hospitais, nas Unidades de Terapia Intensiva, sob a assistência de profissionais de saúde, que vivem um paradoxo: falta de diretrizes sobre cuidados em fase terminal e falta de informações sobre os processos de morte e morrer.<sup>75</sup>

Os cuidados paliativos devem ser pautados pelos seguintes princípios: a morte é um processo natural, mas diante de sua inexorabilidade o paciente deve ter a máxima qualidade de vida possível; não devem antecipar a morte e nem prolongar o processo de morrer; o paciente e seus familiares formam uma unidade de cuidados; o controle dos sintomas da doença é o objetivo fundamental da

<sup>73</sup> HERMES, Héli da Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Rio de Janeiro, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>>. Acesso em 7 abr. 2017.

<sup>74</sup> PAIVA, Fabianne Christine Lopes; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson; DAMÁSIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Rev. Bioét.*, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n3/v22n3a19.pdf>>. Acesso em 5 abr. 2017.

<sup>75</sup> GOMES, Ana Luísa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. *Estud. Avançados*, v. 30, n. 88, p. 155-166, São Paulo, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n88/0103-4014-ea-30-88-0155.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2017.

assistência; as decisões sobre o tratamento devem ser éticas; devem ser feitos por equipe interdisciplinar; devem ser feitos de forma coordenada e contínua; o adoecimento deve ser compreendido de forma global e holística; a assistência também se estende ao luto familiar.<sup>76</sup>

Portanto, a qualidade de vida do paciente e seus familiares é o objetivo maior a ser alcançado pelos cuidados paliativos. As ações a serem desenvolvidas nessa fase estão estreitamente ligadas à dignidade da pessoa humana, com respeito as suas decisões sobre a morte e o morrer, visto que o paciente e sua família têm direito à autonomia de suas escolhas. Mesmo que esteja inconsciente, continua sendo uma pessoa, digna de receber comunicação ética, de forma que possa chegar ao final de sua vida da melhor forma possível, com o mínimo de sofrimento.<sup>77</sup>

### 2.3 Ausência de Prognóstico e Opção pela Morte Digna

A terminalidade da vida e a ausência ou má qualidade de prognóstico não se confundem. O prognóstico refere-se à ação e ao efeito de procurar conhecer o futuro por meio de certos indícios. Em relação a uma doença, o paciente sem prognóstico é aquele que não tem nenhuma perspectiva de cura e que certamente vai morrer e o paciente com prognóstico ruim é o que está em situação grave, mas que não vai chegar necessariamente à morte, podendo viver de forma limitada ainda por muito tempo.<sup>78</sup>

Diante da ausência de prognóstico muitas vezes ocorre o questionamento se a vida é um direito ou um dever. A Constituição Federal, a partir de 1946, elegeu a inviolabilidade da vida como direito fundamental e base para a fruição dos demais direitos, implicando na não realização de condutas comissivas ou omissivas, dolosas

<sup>76</sup> GOMES, Ana Luísa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estud. Avançados**, v. 30, n. 88, p. 155-166, São Paulo, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n88/0103-4014-ea-30-88-0155.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2017. p. 158.

<sup>77</sup> SOUSA, Alana Tamar Oliveira *et al.* Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na Bioética. **Rev. Cubana Enfermer.**, v. 26, n. 3, p. 123-135, Havana, dez. 2010. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n3/enf05310.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2017.

<sup>78</sup> PESSOA, Laura Scaldaferrí. **Pensar o final e honrar a vida: direito à morte digna.** Dissertação (Relações Sociais e Novos Direitos). 150f. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2011, p. 36.

ou culposas que possam colocá-la em risco. Contudo, diversas doenças terminais colocam o paciente em situação tal que seria justo perguntar se a sua dignidade não estaria sendo violada e, em vez de exercer o direito à vida, não estaria, na verdade, tendo o dever de mantê-la, mesmo que por meios artificiais.<sup>79</sup>

A resposta a esse questionamento esbarra não só em questões jurídicas, mas principalmente nos limites da ciência biomédica que, diante da ausência de prognóstico, tem a oferecer ao paciente apenas os cuidados paliativos. Em termos éticos a vida é um valor inerente à forma como se vive, mas se for privada de requisitos essenciais pode ficar degradada, condição em que a dignidade do ser humano já não mais ocorre. A luta do ser humano para sobreviver, diante de situações extremas, é para preservar o valor da vida como direito, antes de preservar a dimensão biológica. Assim, se pode afirmar que a vida é um direito quando se pode vivê-la com dignidade.<sup>80</sup>

No caso de pacientes terminais, principalmente aqueles que estão privados de toda autonomia de movimentos, não há mais possibilidade de voltar a ser sujeito da vida. O seu prolongamento por meios artificiais e inócuos não é considerado digno para o paciente, ainda que em termos biomédicos possa ser adequado. Diante da tecnologia, o paciente terminal passa de sujeito de direitos a objeto de ações médicas e isso o coloca entre o exercício de um direito que não pode mais ser exercido com dignidade e a escolha, a opção pela morte, que é irreversível. Trata-se de outorgar a esse paciente o direito de escolher, em sua plenitude, sobre como deseja enfrentar o processo de morrer e em que momento sua vida deve cessar.<sup>81</sup>

A par disso, a Igreja Católica Apostólica Romana, por meio do documento *Evangelium Vitae*, argumenta que quando a sociedade prega a qualidade de vida como um objetivo a ser alcançado está se referindo tão somente aos aspectos materiais; como a eficiência econômica, consumismo, beleza e gozo da vida física, deixando de lado as dimensões da existência consideradas transcendentais, como

<sup>79</sup> OLIVEIRA, Franciele. **Direito à vida ou dever de viver?** Portal UFSC, 2 maio 2012. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/direito-%C3%A0-vida-ou-dever-de-viver>>. Acesso em 16 jun. 2017.

<sup>80</sup> SILVA, Franklin Leopoldo. Viver: um direito? Um dever? **Rev. BioEthikos**, v. 6, n. 3, p. 339-342, 2012. Disponível em: <<https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/96/10.pdf>>. Acesso em 16 jun. 2017.

<sup>81</sup> Idem, *ibidem*, p. 341.

as relacionais, espirituais e religiosas. A preservação da vida por meio da tecnologia médica é considerada, nesse sentido, uma via utilitarista, que não seria moralmente admissível. Por isso, a Igreja Católica Apostólica Romana não se coloca contrariamente à ortotanásia, situação em que o paciente sem prognóstico deixa de ser submetido aos aparelhos que mantêm o seu corpo funcionando, até que lhe sobrevenha a morte, naturalmente.<sup>82</sup>

A qualidade de vida e o bem-estar representado pela tecnologia médica, podem não significar a mesma coisa para um paciente terminal, que está sem autonomia e passando por dores atrozes. Contudo, também pode não ser moralmente desejável que esse paciente tenha autonomia para decidir se deseja ou não continuar vivendo. São dilemas éticos, que se fundamentam na busca por qual seja o fim último do ser humano.<sup>83</sup>

Assim, se pode estar diante de uma situação em que o ser humano foge da morte, porque ela é um mal, mas a partir da doença terminal passa a desejá-la, porque não se vive mais com qualidade e dignidade. A Igreja Católica Apostólica Romana chama a isso de relativismo moral, uma posição de acordo com as circunstâncias do momento e não conforme os valores éticos.<sup>84</sup>

É nesse sentido que se discutirá, no capítulo a seguir, a questão do suicídio assistido como afirmação da vontade do sujeito de direitos, que deseja a vida, mas não se conforma em vivê-la sem qualidade e dignidade, ainda que esse posicionamento possa ser considerado relativista e moralmente inaceitável.

---

<sup>82</sup> SILVA, Marcelo Antônio. Viver: um direito? Um dever? *Rev. BioEthikos*, v. 6, n. 3, p. 342-345, 2012. Disponível em: <<https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/96/10.pdf>>. Acesso em 16 jun. 2017.

<sup>83</sup> Idem, *ibidem*, p. 344.

<sup>84</sup> DUMARESQ, Maria Isabel Alves. Viver: um direito? Um dever? Diálogo entre Epicuro e Schopenhauer. *Rev. BioEthikos*, v. 6, n. 3, p. 345-347, 2012. Disponível em: <<https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/96/10.pdf>>. Acesso em 16 jun. 2017.



## CAPÍTULO III

### O SUICÍDIO ASSISTIDO, A BIOÉTICA E A LEGISLAÇÃO

#### 3.1 Notas Históricas sobre o Suicídio: o Pensamento de Émile Durkheim, Derek Humphry e Jack Kevorkian

A obra "O suicídio", de Émile Durkheim, foi escrita em 1897, devido ao fato de que esse tipo de morte era prática recorrente na sociedade, mas infringia profundamente as normas sociais da época. O estudioso da Sociologia, considerado o seu criador, atribuiu esse acontecimento às mudanças geradas pela industrialização na vida das pessoas, que trouxeram incertezas, inaptações e violência. Logo de início, Durkheim descarta como causas do suicídio os fatores hereditários ou comportamento de imitação, considerando-o como um fato social, que poderia ser submetido a teorias e avaliado cientificamente.<sup>85</sup>

As mudanças econômicas teriam promovido uma quebra de vínculos entre os membros da sociedade, cujas consequências teriam levado um número de pessoas além do normal a cometerem suicídio. Assim, Durkheim considerava que sempre houve e haveria suicídios nos grupos sociais, mas quando chegava a um patamar muito alto, tornavam-se patológicos e suas causas deveriam ser pesquisadas. O estudo desenvolvido por ele buscou essas causas na sociedade e não nas motivações pessoais do indivíduo, que poderiam englobar estados psicológicos, biológicos ou religiosos, dentre outros.<sup>86</sup>

Ao considerar o suicídio como um fato social objetivo, com causas bastante definidas, Durkheim também procurou imprimir essa objetividade ao seu conceito, que foi expresso da seguinte forma:

---

<sup>85</sup> ROSE, Ricardo Ernesto. *A obra "O suicídio" de Durkheim*. Disponível em: <<http://webartigos.com/artigos/a-obra-o-suicidio-de-durkheim/77965>>. Acesso em 18 jun. 2017.

<sup>86</sup> CARDIM, Carlos Henrique. Prefácio. In: DURKHEIM, Émile. *O suicídio: estudo de sociologia*. 2. ed. Trad. Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. XXV.

[...] chama-se suicídio toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima. [...] o ato de desespero de um homem que não faz mais questão de viver. Mas, na realidade, porque ainda está ligado à vida no momento em que a deixa, nem por isso a pessoa se abstém de abandoná-la; [...] O que há de comum a todas as formas possíveis dessa renúncia suprema é o ato que a consagra **ser realizado com conhecimento de causa**,<sup>87</sup> é a vítima, no momento de agir, saber o que deve resultar de sua conduta, seja qual for a razão que a tenha levado a se conduzir assim.<sup>88</sup>

O suicídio é, portanto, um ato realizado sabendo que a consequência será a morte, algo irreversível, mas somente aquele que o comete tem conhecimento das razões pelas quais está agindo. Essa observação é válida para o suicídio em geral, mas não para o suicídio assistido, onde é recomendado que o paciente discuta muito bem suas razões com o médico e seus familiares.

Durkheim apresenta três tipos fundamentais de suicídio. O primeiro é chamado de egoísta e resultado do isolamento do indivíduo diante da sociedade, havendo uma quebra dos laços que o uniam aos grupos sociais dos quais uma pessoa geralmente faz parte. No segundo tipo de suicídio o indivíduo está fortemente ligado à sociedade, tanto que prefere se matar a dar trabalho aos seus familiares e amigos, seja por doença, velhice ou viuvez. O terceiro tipo é o suicídio anômico, realizado pelo indivíduo que não aceita os limites morais da sociedade, que tem expectativas irrealistas e, não conseguindo realizá-las, se desespera e toma a decisão de tirar a própria vida.<sup>89</sup>

Nas pesquisas de campo feitas por Durkheim os protestantes estariam mais propensos ao suicídio, pois a religião lhes permite o livre exame da religião, o que não ocorre com o catolicismo e o judaísmo, que se apoiam em tradições e textos sagrados de natureza mais imutável, sem livre acesso, pelo menos naquela época. Esse corpo doutrinário entre os católicos e também as perseguições sofridas pelos judeus em várias épocas contribuíram para criar vínculos sociais muito fortes, que valorizam a solidariedade e desestimulam o suicídio. A religião regulamenta, entre os judeus, todos os aspectos da vida, deixando pouco espaço para o julgamento individual e, portanto, para uma decisão suicida.<sup>90</sup>

---

<sup>87</sup> Grifo nosso.

<sup>88</sup> DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de Sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p. 11.

<sup>89</sup> Idem, ibidem, p. 177.

<sup>90</sup> Idem, ibidem, p. 188.

Um interessante postulado de Durkheim é de que o livre exame, típico das religiões protestantes, está sempre acompanhado da instrução, pois é por meio da ciência que essa liberdade de refletir sobre os fatos da vida alcança seus objetivos. Assim, quanto mais instruída for uma sociedade, mais distante das tradições que cimentam as relações sociais, mais propensos seus membros estarão ao cometimento do suicídio, com exceção dos judeus, que segundo Durkheim, se instruem não para se livrarem das tradições e cultivarem o individualismo, mas para serem superiores por meio delas.<sup>91</sup>

Durkheim não cai no maniqueísmo de atribuir à ciência e à religião papel de estimuladora e de freio do suicídio, respectivamente. Ele argumenta que quanto mais o indivíduo se instrui e se aproxima da ciência suas crenças podem cair por terra e não há como restabelecê-las artificialmente. O indivíduo adquire autonomia e a liberdade pode ser vista como motivo de desequilíbrio. No entanto, ela é apenas meio para que a pessoa exerça a autonomia e não é refutando a ciência que poderá recuperar as tradições perdidas e que cimentavam as suas relações nos grupos dos quais faz parte.<sup>92</sup>

O conceito de anomia, aplicado ao terceiro tipo de suicídio descrito por Durkheim talvez seja o que torna a sua obra sempre atual. Assim, o indivíduo somente seria feliz se houver equilíbrio entre as expectativas individuais e as normas da sociedade. Se houver desencontro, o que pode ocorrer em momentos de graves crises econômicas ou surtos de prosperidade, o indivíduo pode perder o equilíbrio emocional e tornar-se insatisfeito de forma permanente e, sem expectativas de atingir seus objetivos por meio do trabalho, da instrução ou das relações, optar pelo suicídio.<sup>93</sup>

O conceito de anomia aplica-se integralmente ao momento histórico vivido na atualidade pela sociedade brasileira. "Onde prevalece a impunidade a eficácia das normas está em perigo."<sup>94</sup> Os brasileiros percebem cada vez com mais clareza que as sanções previstas na lei perderam sua validade e seu valor, diante dos crimes

---

<sup>91</sup> DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de Sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p. 200.

<sup>92</sup> Idem, *ibidem*, p. 203.

<sup>93</sup> CARDIM, Carlos Henrique. Prefácio. In: DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de sociologia. 2. ed. Trad. Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2011, p. XXVIII.

<sup>94</sup> Idem, *ibidem*, p. XXVIII.

que são cometidos por aqueles que deveriam defender os interesses do povo. Foi criado um estado de extrema incerteza, onde as pessoas não sabem o que esperar das outras e do futuro. Nessas circunstâncias é que muitos indivíduos, sem a visão de que poderão realizar suas expectativas e se sentindo injustiçados, cometem suicídio.

Ao lado dessa corrente de pensamento existe outra que se desenvolve principalmente nos países desenvolvidos e que coloca o indivíduo diante das limitações da ciência médica para salvá-lo de uma doença considerada incurável. A expectativa encontra uma barreira e a saúde não pode mais ser recuperada, mas o indivíduo não quer morrer em extremo sofrimento ou causar transtornos para sua família, por causa da dependência gerada pela doença. Surge, então, a figura do suicídio assistido, que será analisada por meio das obras do jornalista inglês Derek Humphy e do médico americano Jack Kevorkian.

Os casos a seguir ilustram o debate sobre o suicídio assistido. O escritor brasileiro Carlos Heitor Cony, de 91 anos e ainda ativo no jornalismo e na literatura, foi diagnosticado com câncer linfático em 2001 e a quimioterapia lhe tirou a força dos braços e pernas, fazendo com que caísse numa feira de livros na Alemanha, em 2013, o que provocou um coágulo no cérebro. Perdeu os movimentos do lado direito do corpo, está em cadeira de rodas e considera que sua casa se transformou em um hospital. Afirma que não vive, apenas sofre, sem solução médica ou científica e que desejaria poder morrer, de forma assistida, sem dor e sem sofrimento.<sup>95</sup>

Outros dois casos de opção pelo suicídio assistido são o ex-arcebispo sul-africano Desmond Tutu, com câncer de próstata há 20 anos e o físico britânico Stephen Hawking, acometido desde o início dos anos 1960 pela Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), que lhe retirou praticamente todos os movimentos do corpo. Ambos acreditam que não se pode ficar vivo a qualquer preço e que manter um indivíduo vivo contra a sua vontade ofende a dignidade da pessoa humana. Também

---

<sup>95</sup> BERNARDO, André. **O tabu do suicídio assistido no Brasil: morte digna ou crime contra a vida?** Rio de Janeiro, BBC Brasil, 16 fev. 2017, p. 1. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-38988772>>. Acesso em 18 jun. 2017.

pensam que nada mais tendo a contribuir para a humanidade poderiam deixar a vida sem sofrimento, por meio do suicídio assistido.<sup>96</sup>

Essa expressão foi criada no século XVIII, a partir da junção dos termos latinos *sui* (auto) e *cidium* (assassínio) e significa a morte praticada por um paciente terminal, com ajuda de um médico ou por um terceiro, que pode ser da família ou não. Suas premissas básicas são a intenção do agente, a consciência da irreversibilidade do ato a ser praticado e a cooperação de outra pessoa. Somente poderá ser praticado em função de tríplice diagnóstico de grave enfermidade física ou mental; morte iminente; se houver orientação e auxílio de médicos, agindo de forma desinteressada.<sup>97</sup>

A participação de terceiros no suicídio não é algo novo, a novidade é a questão da participação médica. Na Grécia e em Roma, na Antiguidade, o suicídio era proibido, mas se a pessoa interessada obtivesse autorização dos dirigentes da cidade, poderia se matar, sem que fosse considerado injusto para a comunidade. Se a vida estivesse em desarmonia (anomia, na visão de Durkheim), entre os gregos ou se tornasse indigna, entre os romanos, o suicídio era um ato a ser considerado. Com o advento do Cristianismo, que considera a vida como pertencendo a Deus, o suicídio foi considerado crime a partir de 452, sem direito a rituais religiosos no funeral e com pena de excomunhão, no caso de uma tentativa frustrada.<sup>98</sup>

Assim, o mandamento de não matar orientou a legislação religiosa sobre o suicídio e, posteriormente, também o direito positivo, a respeito do mesmo tema. Não há como punir o suicida, mas as legislações em praticamente todo o mundo punem aqueles que ofereçam auxílio para que alguém cometa suicídio, como demonstra o Código Penal brasileiro:

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

<sup>96</sup> BERNARDO, André. **O tabu do suicídio assistido no Brasil: morte digna ou crime contra a vida?** Rio de Janeiro, BBC Brasil, 16 fev. 2017, p. 3. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-38988772>>. Acesso em 18 jun. 2017.

<sup>97</sup> PATROCÍNIO, André Herrera. **Suicídio assistido no Direito Brasileiro: aspectos gerais.** Jus Brasil Artigos, 2015, p. 8. Disponível em: <<https://herreraalemao.jusbrasil.com.br/artigos/1856340/0/suicidio-assistido-no-direito-brasileiro>>. Acesso em 18 jun. 2017.

<sup>98</sup> Idem, *ibidem*, p. 10.

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

Parágrafo único - A pena é duplicada:

Aumento de pena

I - se o crime é praticado por motivo egoístico;

II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.<sup>99</sup>

O suicídio tentado e não consumado é um indiferente penal no direito brasileiro e não cabe punição ao autor, mas aquele que porventura tenha auxiliado na tentativa e também na consumação comete crime. Trata-se, portanto, de crime material, que admite consumação e tentativa, para aquele que auxilia, instiga ou induz a vítima a se matar. O motivo é egoístico se aquele que auxilia visa obter vantagens para si ou se vingar da vítima. Haverá dolo se o médico prescrever substância perigosa, sabendo da intenção suicida do paciente, e o farmacêutico vender o medicamento, tendo também conhecimento de seus efeitos, em determinadas circunstâncias.<sup>100</sup>

A diferença entre indução/instigação e auxílio é importante para a compreensão do pensamento de Derek Humphry sobre o suicídio medicamente assistido. A indução e a instigação envolve domínio de terceiro sobre a vontade do potencial suicida, tirando-lhe a autonomia. Humphry explica que no suicídio assistido o que o paciente terminal mais exerce é sua vontade e autonomia:

Se deseja ter pleno direito de escolha quanto a seu destino e manter permanente controle pessoal a respeito disso, sua decisão final dependerá de profundo julgamento preliminar, de planejamento objetivo, da reunião de documentos indispensáveis, da discussão prévia com seus parentes e/ou amigos mais íntimos e, acima de tudo, de coragem pessoal.<sup>101</sup>

O autor defende a eutanásia, autoeliminação ou autoliberação, em suas obras e a classifica em duas formas: a eutanásia passiva é aquela em que o paciente terminal autoriza, por meio de manifestação de vontade (Testamento Vital, no Brasil) e Procuração com Plenos Poderes, para um amigo ou familiar, que não seja mantido

<sup>99</sup> MACHADO, Costa (Org.). **Código Penal interpretado**: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. 7. ed. Barueri: Manole, 2017, p. 194.

<sup>100</sup> MARTINELLI, João Paulo O. Parte Especial. In: MACHADO, Costa (Org.). **Código Penal interpretado**: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. 7. ed. Barueri: Manole, 2017, p. 195.

<sup>101</sup> HUMPHRY, Derek. **A solução final**: a praticabilidade da autoeliminação e da assistência a suicídios em casos terminais de doenças degenerativas. Trad. Ênio Silveira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1994, p. 25.

vivo por meio de aparelhos. A vontade do paciente é expressa por meio desses documentos e os procedimentos não envolvem dificuldades éticas ou legais.<sup>102</sup>

Em sua forma ativa a eutanásia envolve a atuação do próprio paciente para provocar a sua morte, com auxílio de terceiro. É o paciente quem deve procurar o seu médico, enquanto ainda pode, para conseguir receitas para obtenção dos medicamentos letais, guarda-los adequadamente até o momento de usar, escolher local e data para a sua morte.<sup>103</sup>

Esses procedimentos devem ser feitos depois de providenciar os documentos citados no parágrafo anterior, para que não reste dúvida sobre o desejo do paciente em abreviar a sua vida, evitando que a pessoa que auxiliou não seja penalizada criminalmente. Sobre esse último aspecto, o autor reconhece que é bastante improvável, mas que a Justiça pode considerar como ato de caridade, conforme o caso.<sup>104</sup>

Foi o que aconteceu com o próprio Derek Humphry que, em 1975, auxiliou sua primeira esposa, que estava com um câncer terminal, a abreviar a vida, por meio da ingestão de uma quantidade letal de drogas. Conseguiu as receitas com um médico amigo, cujo nome sempre manteve em silêncio. No dia combinado com a esposa ele dissolveu o medicamento em uma xícara de café, que ela tomou, perdendo imediatamente a consciência e morrendo cerca de 50 minutos depois. Anos mais tarde, também ajudou o sogro a morrer, utilizando os mesmos procedimentos.<sup>105</sup>

Em 1978, incentivado por sua segunda esposa, escreveu um livro sobre o assunto (*Jean's Way*), um sucesso imediato, mas que levou a polícia inglesa investigar o caso. Seis meses depois o processo foi arquivado e o autor se mudou para os Estados Unidos, onde fundou a *Hemlock Society* (Sociedade Cicuta), em 1980, com os direitos da venda do livro para o público americano, em 1980. O livro "A solução final" foi publicado em 1991 e constitui uma cartilha para o paciente que

---

<sup>102</sup> HUMPHRY, Derek. **A solução final**: a praticabilidade da autoeliminação e da assistência a suicídios em casos terminais de doenças degenerativas. Trad. Ênio Silveira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1994, p. 24.

<sup>103</sup> Idem, *ibidem*, p. 24.

<sup>104</sup> Idem, *ibidem*, p. 25.

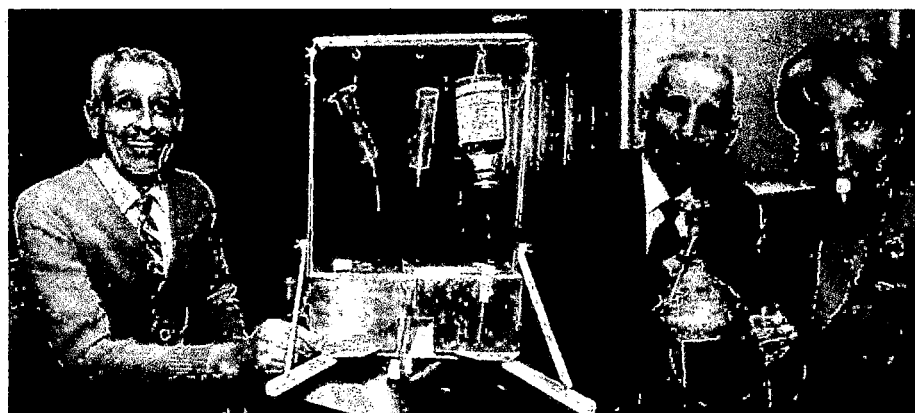
<sup>105</sup> Idem, *ibidem*, p. 15.

deseja ter morte assistida. A obra foi seguida por outras, sempre em defesa da eutanásia e Humphry também realiza palestras, participa de programas de televisão e fornece orientação para pessoas que o procuram com a finalidade de conhecer sobre o assunto.<sup>106</sup>

Enquanto Derek Humphry recomenda que os médicos auxiliem na eutanásia apenas de quem é seu paciente há longo tempo e depois de análise cuidadosa do caso, o médico americano Jack Kevorkian começou a atender, a partir de 1990, pessoas que nunca havia visto e que o procuraram com o objetivo de conseguir a eutanásia.

A opinião pública já conhecia o posicionamento favorável à eutanásia, pelo Dr. Kevorkian, pois o mesmo já comparecera a programas de televisão anunciando suas ideias e mostrando o aparelho que havia construído para ajudar os pacientes a terem uma morte digna, o Thanatron ou "máquina da morte" e também o Mercitron (Figura 1):

**Figura 1-** As máquinas da morte do Dr. Jack Kevorkian<sup>107</sup>



A primeira foto mostra o Dr. Kevorkian com o Thanatron, apresentado no estado de Michigan, em 6 de fevereiro de 1991. A primeira garrafa tinha uma solução salina (inofensiva), a segunda garrafa tinha thiopental (analgésico), que levava ao coma e a terceira garrafa continha cloreto de potássio, uma droga letal

<sup>106</sup> ERGO. Euthanasia Research and Guidance Organization. **About Derek Humphry**. Eugene, Oregon, 28 ago. 2010. Disponível em: <[http://www.finalexit.org/about\\_derek\\_humphry.html](http://www.finalexit.org/about_derek_humphry.html)>. Acesso em 19 jun. 2017.

<sup>107</sup> EUTHANASIAN. **Dr. Jack Kevorkian: euthanasia and physician assisted suicide**. Euthanasian, 2015. Disponível em: <<http://euthanasian.weebly.com/suicide-machines.html>>. Acesso em 20 jun. 2017.



que fazia o coração parar de imediato. O próprio paciente, se pudesse, colocaria o aparelho para funcionar, recebendo os medicamentos nessa ordem. Caso não pudesse, o médico ajudaria no processo.<sup>108</sup>

As pesquisas de Jack Kevorkian, médico especialista em Patologia Clínica, haviam começado em 1956, por meio de um estudo dos olhos dos pacientes logo após a morte e continuaram em 1958, quando propôs que os órgãos dos presos condenados à morte fossem doados para transplantes e em 1960 propôs que esses mesmos presos fossem usados em experiências médicas. A construção do Thanatron foi motivada pelo pedido público de um tetraplégico, para morrer, em 1989. A primeira paciente a utilizá-la foi Janet Adkins, no dia 4 de junho de 1990, fato que foi divulgado à imprensa no dia seguinte, pelo próprio médico.<sup>109</sup>

Impedido pela justiça de usar o aparelho novamente, Kevorkian criou o Mercitron, à base de monóxido de carbono (Figura 1).<sup>110</sup> Em 1988, o médico havia tentado que a *Hemlock Society* instalasse uma clínica de suicídio assistido na Califórnia, mas o próprio Derek Humphry, presidente da entidade na época, dissuadiu-o, sob o argumento de essa iniciativa representava descumprimento da lei e o que o seu grupo estava tentando era “a legitimação de auxílio médico aos doentes terminais que desejassem morrer” e não a obtenção de publicidade negativa.<sup>111</sup>

O médico então encerrou suas atividades profissionais e passou a se dedicar exclusivamente ao seu projeto, apresentando-se como especialista em Obituatria, ou seja, morte com assistência médica. Após a morte de Janet Adkins foi indiciado e formalmente acusado de homicídio, mas o estado de Michigan, que tinha leis ambíguas na época, inocentou-o, com testemunho favorável do próprio Derek Humphry. Em 1999, após administrar drogas a um paciente terminal e divulgar o

<sup>108</sup> EUTHANASIAN. Dr. Jack Kevorkian: euthanasia and physician assisted suicide. Euthanasian, 2015. Disponível em: <<http://euthanasian.weebly.com/suicide-machines.html>>. Acesso em 20 jun. 2017.p. 2.

<sup>109</sup> PAS. Physician Assisted Suicide. Dr. Jack Kevorkian. PAS, 2014. Disponível em: <<http://physician-assisted-suicide.weebly.com/dr-jack-kevorkian.html>>. Acesso em 20 jun. 2017.

<sup>110</sup> A mulher usando o Mercitron não é uma paciente e sim a jornalista Bárbara Walters, da rede de TV ABC News.

<sup>111</sup> HUMPHRY, Derek. **A solução final:** a praticabilidade da autoeliminação e da assistência a suicídios em casos terminais de doenças degenerativas. Trad. Ênio Silveira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1994, p. 178.

vídeo de sua morte, Kevorkian foi condenado a 25 anos de prisão, por homicídio em segundo grau, recebeu condicional em 2007 e morreu aos 83 anos, em 2011. Durante sua vida ajudou 130 pacientes a morrerem, sendo que pelos menos em cinco casos eles não tinham doenças terminais, dor crônica, mas abuso de drogas, depressão e hipocondria. Para Kevorkian, o desejo de morrer era o mais importante.<sup>112, 113</sup>

Dessa forma, percebe-se diferença na posição de Humphry e Kevorkian. Enquanto este último queria contribuir em qualquer circunstância para que os pacientes pudessem ter um suicídio medicamente assistido, fossem doentes terminais ou não, o primeiro luta, ainda hoje, para que a legislação admita esse procedimento, sem que o médico seja condenado por homicídio. Sete estados americanos já autorizam o procedimento: Oregon (estado onde se encontra a sede da *Hemlock Society*), Washington, Vermont, New Hampshire, Montana, Texas e Califórnia.

Outro ponto a ser considerado é o que se refere ao pensamento de Durkheim, de que o suicídio é um fato social. O suicídio assistido por médico reforça a individualidade, a autonomia do sujeito, mas a partir do momento em que for amplamente permitido pelas legislações nacionais poderá assumir características sociais, passíveis de serem analisadas de forma científica, assim como foi feito na época de Durkheim. Por enquanto, ainda é um fenômeno individual.

### 3.1.1 Casos históricos de suicídio assistido

Os casos que são apresentados de alguma forma contribuíram para que a parte legal referente ao suicídio assistido fosse repensada. Nenhuma das mortes ocorreu clandestinamente, sendo que os doentes e/ou suas famílias recorreram à

---

<sup>112</sup> HUMPHRY, Derek. **A solução final:** a praticabilidade da autoeliminação e da assistência a suicídios em casos terminais de doenças degenerativas. Trad. Ênio Silveira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1994, p. 183.

<sup>113</sup> G1. **Jack Kevorkian, o 'Doutor Morte', morre aos 83 anos nos EUA.** G1, 3 jun. 2011, p. 1. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2011/06/jack-kevorkian-o-doutor-morte-morre-aos-83-anos-nos-eua.html>>. Acesso em 20 jun. 2017.

justiça, para que fosse oferecida a eles uma morte digna, diante de doenças degenerativas e incuráveis ou de acidentes que provocaram a imobilidade total ou parcial e reduziram completamente a qualidade de vida, além de dores consideradas insuportáveis.

O primeiro caso ocorreu na mesma época em que Humphry ajudava sua primeira esposa a morrer e envolveu a jovem Karen Ann Quinlan, que em abril de 1975 tinha 22 anos e estava se submetendo a uma rígida dieta. Numa festa consumiu álcool e tranquilizantes, sendo encontrada sem respiração. Foi reanimada e conduzida ao hospital, em coma, e seu cérebro sofreu danos irreversíveis, devido à falta de oxigênio. Mantida em ventilação mecânica, os pais solicitaram que os aparelhos fossem desligados, recebendo negativa da equipe de saúde. Então, foram à justiça, em 1976 e conseguiram o seu intento. Contudo, ela só veio a morrer em 1985, por pneumonia, sem nunca ter recuperado a consciência.<sup>114</sup>

Houve, portanto, solicitação de eutanásia passiva. A Suprema Corte de Nova Jersey, onde a jovem morava, para conceder o que fora pedido solicitou que o um Comitê de Ética do hospital declarasse sobre a irreversibilidade de seu prognóstico. Esse tipo de comitê não existia nos Estados Unidos e foi criado em função desse caso. Após analisar a paciente concluiu que seu estado era irreversível e os aparelhos foram retirados. O caso de Karen Ann Quinlan serviu para que os Comitês de Ética hospitalares fossem criados, contudo o desejo da família de que ela tivesse uma morte mais rápida não foi atendido.<sup>115</sup>

O segundo caso é o do pintor italiano Piergiorgio Welby, que sofria de distrofia muscular progressiva e em 1997 deixou de respirar de forma autônoma e foi mantido em ventilação mecânica. Solicitou, então, a um tribunal, que o deixasse morrer de forma digna, no que não foi atendido. Diante disso, enviou uma carta ao presidente italiano explicando suas razões, o que gerou um intenso debate no país. Não havia lei sobre eutanásia, mas a Constituição italiana reconhecia o direito do paciente de

---

<sup>114</sup> GOLDIM, José Roberto. **Caso Karen Ann Quinlan**. Comitê de Bioética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997, p. 1. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/karenaq.htm>>. Acesso em 21 jun. 2017.

<sup>115</sup> PATRÍCIO, Sandra Cristina. **Eutanásia e suicídio assistido: o direito e liberdade de escolha**. Dissertação (História Contemporânea e Estudos Internacionais). 196f. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2011, p. 46.

ser mantido vivo artificialmente e em 2006 o anestesista Mario Riccio lhe deu um sedativo e desligou o ventilador, sobrevivendo a morte.<sup>116</sup>

A cerimônia do funeral foi realizada em praça pública, visto que a Igreja Católica Apostólica Romana não quis receber o seu corpo. O médico foi denunciado por homicídio, mas o fato do paciente estar lúcido e ter se manifestado pelo direito de não se submeter a tratamentos inócuos, previsto na Constituição italiana, levou a sua absolvição, por ter somente cumprido um dever jurídico. O caso Welby mostrou que na Itália havia uma situação de fato, a de que milhares de pacientes internados em centros de terapia intensiva morriam a cada ano porque os médicos cumpriam a lei e desligavam os aparelhos, nos casos considerados irreversíveis, o que foi confirmado pela Sociedade de Anestesiologistas.<sup>117</sup>

Na Espanha, a possibilidade do paciente terminal recusar tratamentos inócuos está na Lei 41/2002, com base na qual a paciente Inmaculada Echevarría, também portadora de distrofia muscular progressiva, diagnosticada em 1995, solicitou o seu direito de morrer dignamente. Além de apresentar um Testamento Vital ela teve se dirigir, por carta, ao Ministro da Saúde e aos Comitês de Ética de sua região, a Andaluzia, que em 2007 atenderam ao seu pedido, sem nenhum tipo de punição para os médicos.<sup>118</sup>

Para que os aparelhos fossem desligados a paciente teve que ser transferida de hospital, visto que aquele onde ela havia ficado internada durante vários anos era mantido por uma ordem religiosa e onde morreu era um hospital do sistema público espanhol de saúde. Tratava-se, portanto, de eutanásia passiva, mas considerada como recusa ao tratamento, visto que este ainda não era considerado pelos médicos

---

<sup>116</sup> SANTOS, Sandra Cristina Patrício. **Eutanásia e suicídio assistido: o direito e liberdade de escolha.** Dissertação (História Contemporânea e Estudos Internacionais). 196f. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2011, p. 47.

<sup>117</sup> GOLDIM, José Roberto. **Caso Piergiorgio Welbi: eutanásia.** Comitê de Bioética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 21 out. 2007. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/welby.htm>>. Acesso em 21 jun. 2017.

<sup>118</sup> SIMÓN-LORDA, Pablo; BARRIO-CANTALEJO, Inés Maria. El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas. *Rev. Med. Intensiva*, v. 32, n. 9, p. 444-451, 2008. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912008000900005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000900005)>. Acesso em 21 jun. 2017.

como fútil. O caso abriu espaço para que a recusa ao tratamento não seja considerada como delito para os médicos, na Espanha.<sup>119</sup>

O caso de Brittany Maynard mudou a legislação no estado da Califórnia, Estados Unidos. No início de 2014 a jovem, de apenas 29 anos, foi diagnosticada com um glioblastoma, câncer cerebral agressivo e incurável. A paciente chegou a ser operada duas vezes, mas a doença retornou e o prognóstico foi de apenas seis meses de vida. Como não havia lei que amparasse o suicídio assistido no seu estado a família mudou-se para o Oregon, onde Britany conseguiu seu objetivo, em 1 de novembro de 2014. Sua luta contou com o apoio da organização *Compassion & Choices*, que atua nos Estados Unidos com legislaturas estaduais, no Congresso, tribunais, ambientes médicos e comunidades, em prol da morte com dignidade.<sup>120</sup>

A morte de Brittany Mainard levou o legislativo da Califórnia a aprovar uma lei que permitia o suicídio assistido, que foi assinada pelo governador e entrou em vigor em 9 de junho de 2016. Três semanas depois, após uma festa de despedida, a escritora e diretora de cinema Kestrin Pantera realizou o procedimento, ela que era portadora de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Dois requerimentos por escrito devem ser submetidos a dois médicos, com intervalo de 15 dias, por pacientes com prognóstico de menos de seis meses de vida. A prescrição dos medicamentos letais só é válida por 10 dias e depois desse prazo, se não for utilizada, a receita terá que ser renovada.<sup>121, 122</sup>

Esses casos mostram que a questão do suicídio assistido, da eutanásia (ativa ou passiva) tem sido intensamente debatida, a partir dos anos 1970, principalmente, mas que encontrou amparo legislativo especialmente a partir dos primeiros anos do século XXI, na Europa, Estados Unidos e alguns países da América Latina. Contudo,

---

<sup>119</sup> SIMÓN-LORDA, Pablo; BARRIO-CANTALEJO, Inés Maria. El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas. *Rev. Med. Intensiva*, v. 32, n. 9, p. 444-451, 2008. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912008000900005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000900005)>. Acesso em 21 jun. 2017.

<sup>120</sup> SANDOVAL, Pablo Ximénez. **Morre Brittany Maynard, a jovem com câncer que planejou a própria morte.** *Jornal El País, Internacional*, 4 nov. 2014, p. 2. Disponível em: <[http://brasil.elpais.com/brasil/2014/11/03/internacional/1414983148\\_094259.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2014/11/03/internacional/1414983148_094259.html)>. Acesso em 21 jun. 2017.

<sup>121</sup> SANDOVAL, Pablo Ximénez. **Legislativo da Califórnia aprova lei de suicídio assistido.** *Jornal El País, Internacional*, 12 set. 2015, p. 2. Disponível em: <[http://brasil.elpais.com/brasil/2015/09/12/internacional/1442022698\\_936927.html?rel=mas](http://brasil.elpais.com/brasil/2015/09/12/internacional/1442022698_936927.html?rel=mas)>. Acesso em 21 jun. 2017.

<sup>122</sup> MONTESANTI, Beatriz. **Como é a lei de suicídio assistido na Califórnia.** *Jornal Nexo*, 27 ago. 2016. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/08/27/Como-%C3%A9-a-lei-de-suic%C3%ADdio-assistido-na-Calif%C3%B3rnia>>. Acesso em 21 jun. 2017.

diversos aspectos do suicídio assistido, tanto éticos, como legais, continuam a ser discutidos em todo o mundo. Outro ponto importante é que a Igreja Católica Apostólica Romana admitiu a ortotonásia, sendo que um de seus próprios cardeais (Carlo Maria Martini) optou pela recusa ao tratamento, falecendo em 31 de agosto de 2011, após 16 anos de sofrimento, vítima do Mal de Parkinson.

### 3.2 Aspectos Éticos e Legais do Suicídio Assistido no Direito Comparado

Os países e os estados americanos que já oficializaram leis permitindo o suicídio assistido o fizeram diante de intensos debates éticos e legais, com longos anos de discussões. Nos Estados Unidos, a Suprema Corte já analisou o assunto por diversas vezes, mas sem oferecer uma solução definitiva. Como os estados americanos têm liberdade constitucional para estabelecer leis próprias em sete estados o suicídio assistido já conta com legislação específica. Isso não quer dizer que o governo federal e movimentos pró e contra a eutanásia não tenham tentado interferir, como ocorreu no estado da Flórida, em relação ao caso de Terri Schiavo, cuja morte, por retirada de aparelhos, ocorreu em 31 de março de 2005.<sup>123</sup>

Em âmbito nacional, os americanos que desejam o suicídio assistido se apoiam no chamado "direito de morrer", visto que a Constituição protege a capacidade das pessoas na busca de ajuda para essa finalidade, ou seja, respeita a privacidade e a vontade do paciente. Entretanto, esse direito não é aplicado de forma imparcial para todos os casos, em função da discussão sobre alternativas morais e considera-se que razões de ordem religiosa são impostas, principalmente aos pacientes em estágios terminais, ferindo a Primeira Emenda da Constituição americana, que impede o Congresso de infringir direitos relacionados à religião, liberdade de expressão e de imprensa, liberdade de associação e de fazer petições ao governo para reparar agravos.<sup>124</sup>

<sup>123</sup> GOLDIN, José Roberto. **Caso Terri Schiavo**: retirada de tratamento. Comitê de Bioética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 17 ago. 2005, p. 3. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/terri.htm>>. Acesso em 22 jun. 2017.

<sup>124</sup> RUBIN, Edward. Assisted suicide, morality, and law: why prohibiting assisted suicide violates the establishment clause. **Vanderbilt Law Review**, v. 63, n. 3, p. 763-811, abr. 2010. Disponível em:

Na Europa existem diversos detalhes a serem considerados para cada país. Na Alemanha não há previsão de punição para o suicídio e, assim, se considera que o auxílio para que ele seja cometido também não deve ser punido, desde que a pessoa não seja doente mental. Trata-se da garantia da autodeterminação do indivíduo em perfeita consciência, que lhe garante recusa aos tratamentos considerados inócuos ou que estejam sendo realizados contra a sua vontade. Contudo, diante do genocídio nazista, a palavra “eutanásia” é evitada, sendo substituída por “ajuda para morrer”, na doutrina jurídica atual. Portanto, na Alemanha o debate sobre o suicídio assistido não é sobre ética ou legalidade, mas envolve um desconforto histórico.<sup>125</sup>

Em Portugal existe legislação que proíbe a obstinação terapêutica e a prescrição de tratamentos onerosos para pacientes terminais, mas a eutanásia é crime previsto, com três a seis meses de prisão, se tiver havido pedido do paciente ao médico e um a cinco anos, quando não houver esse pedido, e ainda assim o médico ajudar o paciente a morrer, movido pela compaixão ou motivo de relevante valor social ou moral. O país tem população de maioria católica, doutrina religiosa que admite somente a ortotanásia, mesmo assim em poucos casos.<sup>126</sup>

Na França, a eutanásia é criminalizada. Em 2012 foi entregue ao presidente francês um relatório sobre as condições do cidadão no fim da vida, propondo “a criação de grupos para estudar as instruções antecipadas dadas pelos doentes, a formação médica e o acompanhamento em domicílio.” Uma lei de 2005 havia dado aos pacientes o direito de recusar tratamentos inócuos, mas se considerava que não estava sendo corretamente aplicada. O relatório considerou que um pedido consciente e claro do paciente poderia fundamentar a decisão médica de interromper o tratamento e aplicar uma sedação terminal, mas o Estado teria que se

---

<<http://vanderbiltlawreview.org/.../Rubin-Assisted-Suicide-Morality-and-Law-63-Vand.-L.-Rev.-763-2010.pdf>>. Acesso em 22 jun. 2017.

<sup>125</sup> HARTZ, Anahí de Araújo. **Eutanásia e disciplina jurídica do final da vida**. Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 2009, p. 13. Disponível em: <[http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos\\_conclusao/2semestre2009/trabalhos\\_22009/AnahideAraujoHartz.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/2semestre2009/trabalhos_22009/AnahideAraujoHartz.pdf)>. Acesso em 22 jun. 2017.

<sup>126</sup> PESSOA, Laura Scaldaferrí. **Pensar o final e honrar a vida: direito à morte digna**. Dissertação (Relações Sociais e Novos Direitos). 150f. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2011, p. 125.

responsabilizar. Foi encaminhado um parecer do Comitê Consultivo Nacional de Ética, para fundamentar possível projeto de lei sobre a morte digna.<sup>127</sup>

No Reino Unido, o Parlamento tem rejeitado sucessivamente as propostas favoráveis ao suicídio assistido, que contam com o apoio da classe médica. A última proposta apresentada, em setembro de 2015, seguia a legislação do estado americano do Oregon, permitindo a morte assistida apenas para pacientes com prognóstico de menos de seis meses de vida e maiores de 18 anos. Conforme lei de 1961, o auxílio ao suicídio (eutanásia ativa) pode ser punido com até 14 anos de prisão, mas em 2010 a justiça se dispôs a tolerar a ajuda dos parentes ao paciente que buscasse o suicídio assistido em outro país, como a Suíça, por meio da análise do caso de Debbie Purdy, que teve o auxílio do marido. No entanto, em outro caso, que a família agiu sem comunicar à justiça britânica, esposa e filho de um paciente que também buscara a Suíça, foram presos.<sup>128</sup>

Entre os países europeus que permitem o suicídio assistido estão a Suíça, Holanda, Bélgica e Luxemburgo. Na Suíça existem seis instituições que admitem pacientes para o suicídio assistido, sendo que três acolhem apenas pacientes terminais, incluindo doentes mentais, e quatro atendem também estrangeiros. Os médicos são responsáveis por todos os procedimentos e emitem relatórios periódicos sobre os óbitos que assistem, pessoalmente ou por meio de consultas de avaliação. No entanto, a eutanásia é proibida legalmente, desde 1918, exceto por "motivos altruístas". Então, não há uma regulamentação expressa para o suicídio assistido, mas o uso de uma brecha legal para a realização de sua prática.<sup>129</sup>

Na Holanda, a eutanásia e o suicídio assistido foram regulamentados em 2002, mesmo ano em que a Bélgica também regulamentou a eutanásia voluntária. Luxemburgo fez a regulamentação em 2009. Nos três países os critérios são rígidos, como a ação voluntária e competente do paciente, apresentação de doenças crônicas, com intenso sofrimento físico ou psicológico. Dois médicos avaliam se

<sup>127</sup> RFI BRASIL. Rádio França Internacional. **Relatório abre debate sobre suicídio assistido, mas exclui eutanásia**. RFI Brasil, 18 dez. 2012. Disponível em: <<http://br.rfi.fr/franca/20121218-relatorio-abre-debate-sobre-suicidio-assistido-na-franca-mas-exclui-eutanasia>>. Acesso em 22 jun. 2017.

<sup>128</sup> CASTRO, Mariana Parreira Reis *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Rev. Bioét.**, v. 24, n. 2, p. 355-367, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361546419019>>. Acesso em 6 abr. 2017.

<sup>129</sup> *Idem*, *ibidem*, p. 361.



realmente não existem mais alternativas e, em caso afirmativo, comunicam o caso às autoridades. Pacientes de 12 a 17 anos também podem ser avaliados e até mesmo bebês, de acordo com a doença apresentada. Esse é o ponto que provoca debates éticos, principalmente entre a classe médica da Bélgica, que argumenta não ser esse tipo de paciente competente para decidir sobre a sua vida. Nos três países os médicos podem ser punidos se não cumprirem a legislação referente à morte assistida.<sup>130</sup>

No continente americano, além dos sete estados americanos, alguns países também admitem o suicídio assistido. Na América do Sul o Uruguai foi um dos primeiros países a propor a sua descriminalização, diante de motivos piedosos e auxílio de pessoas com bons antecedentes, desde 1934. No Peru e na Bolívia aquele que auxilia no suicídio pode obter perdão judicial, se ficar comprovado que agiu por motivos altruístas e a pedido consciente do paciente. A Colômbia descriminalizou a eutanásia voluntária passiva, não punindo os médicos que a assistirem, desligando equipamentos ou retirando tratamentos inócuos. A eutanásia ativa, no entanto, é tratada como homicídio e punida penalmente.<sup>131</sup>

Considerando-se o assunto em relação à América Latina se pode levar em consideração os resultados encontrados por Durkheim em sua pesquisa de campo na Europa, ou seja, os países com maioria protestante contavam com maior número de suicídios, devido à possibilidade de livre exame das Escrituras e menos tempo de tradição religiosa sobre a vida dos indivíduos. Na América Latina, devido ao processo de colonização espanhol e português, países com arraigada tradição católica, a tendência é que as propostas sobre suicídio assistido e eutanásia não avancem, ainda que o protestantismo conte na atualidade com grande número de seguidores, mas que têm origem católica e, portanto, rejeitam o procedimento.

Na América do Norte, o Canadá descriminalizou a eutanásia e o suicídio assistido em 2015, com um ano de carência na lei, para formação e preparo das equipes de saúde. Contudo, não houve regulamentação nas províncias e em algumas delas os pacientes terminais ainda tiveram que obter concessão judicial. Em dezembro de 2015 a província de Quebec regulamentou os procedimentos com

---

<sup>130</sup> Idem, *ibidem*, p. 360.

<sup>131</sup> PESSOA, Laura Scaldaferrì. **Pensar o final e honrar a vida: direito à morte digna.** Dissertação (Relações Sociais e Novos Direitos). 150f. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2011, p. 124.

base nas leis do Oregon e realizou o primeiro suicídio assistido em janeiro de 2016. No Canadá existia um conflito institucional, pois as políticas de saúde são reguladas pelas províncias, enquanto o sistema criminal é de regulamentação nacional. Assim, foram sugeridas diretrizes nacionais unificadas para os procedimentos de morte assistida no país.<sup>132</sup>

Nos estados do norte da Austrália a eutanásia vigorou entre 1996 e 1997, mas a Lei dos Direitos dos Pacientes Terminais foi revogada, ainda que pesquisas de opinião tivessem revelado que a maioria dos australianos era favorável a ela.<sup>133</sup> Uma importante questão nos países onde o suicídio assistido é criminalizado é a compra de drogas letais de forma ilegal, inclusive pela internet, chegando à casa do paciente pelo serviço de Correios. São embaladas de forma a não serem facilmente detectadas e somente são identificadas nas autópsias que, no caso de não serem feitas, fazem com que o paciente pareça ter ido à óbito naturalmente.<sup>134</sup>

Trata-se de um mercado negro que cresceu a partir de 2008, com a publicação de livros do movimento *Exit* Internacional, de origem australiana, que ensina onde encontrar drogas, o seu grau de pureza e como usá-las, assim como também mostra Derek Humphry em “A solução final”. A droga mais vendida é de uso veterinário, para eutanasiar animais de grande porte. Alguns clientes do principal *site* de vendas, situado fisicamente nos Estados Unidos, são brasileiros.<sup>135</sup>

---

<sup>132</sup> CASTRO, Mariana Parreira Reis *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Rev. Bioét.*, v. 24, n. 2, p. 355-367, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361546419019>>. Acesso em 6 abr. 2017.

<sup>133</sup> MARTINS, Marcio Sampaio Mesquita. Direito à morte digna: eutanásia e morte assistida. *Rev. Âmbito Jurídico*, ano XIII, n. 83, Rio Grande, dez 2010, p. 2. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8765](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8765)>. Acesso em 23 jun. 2017.

<sup>134</sup> ANJOS, Mafalda; NERY, Isabel. Eutanásia: quando a morte chega pelo correio a casa dos portugueses. *Rev. Visão*, ed. n. 1199, 1 fev. 2017, p. 4. Disponível em: <<http://visao.sapo.pt/actualidade/sociedade/2017-02-01-Eutanasia-quando-a-morte-chega-pelo-correio-a-casa-dosportugueses>>. Acesso em 23 jun. 2017.

<sup>135</sup> *Idem*, *ibidem*, p. 6.

### 3.3 Posição da Sociedade e Legislação Brasileira sobre o Suicídio Assistido

Os posicionamentos sobre o suicídio assistido no Brasil passam, antes de tudo, pela questão da eutanásia. Doutrinadores como Walter Ceneviva e Luís Flávio Gomes defendem que a legislação deve se sensibilizar e se atualizar diante dos avanços médicos que permitem a manutenção artificial da vida, por meio de aparelhos. Sustentam esses doutrinadores que o procedimento deveria ser legalizado e autorizado diante de estado terminal, com sofrimento insuportável e irremediável do paciente; inutilidade do tratamento; consentimento consciente do paciente, após suficientes informações; parecer de junta médica e, em caso de inconsciência, aprovação da família.<sup>136</sup>

Posição contrária é sustentada pelos doutrinadores André Ramos Tavares e Cezar Roberto Bittencourt, que argumentam ser a possibilidade do indivíduo tirar a sua vida um direito subjetivo a não ser concedido, em função do que prega o artigo 5º da Carta Magna, atribuindo ao Estado o dever de protegê-la. Contudo, também a dignidade da pessoa humana é um valor protegido constitucionalmente, o que coloca uma ambiguidade em relação à eutanásia.<sup>137</sup>

A primeira tentativa de legislar sobre o tema no Brasil foi em 1995, com a apresentação do Projeto de Lei do Senado (PLS) n. 125, protocolado em 1996 e arquivado em 1999, que tratava da morte sem dor, em casos específicos. Em 2005, o Projeto de Lei n. 5.058 propôs que a eutanásia fosse tipificada como crime hediondo. Em 2012, o PLS n. 236, de reforma do Código Penal, propôs que a

---

<sup>136</sup> MARTINS, Marcio Sampaio Mesquita. Direito à morte digna: eutanásia e morte assistida. *Rev. Âmbito Jurídico*, ano XIII, n. 83, Rio Grande, dez 2010, p. 3. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8765](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8765)>. Acesso em 23 jun. 2017.

<sup>137</sup> MENDES, Filipe Pinheiro. **A tipificação da eutanásia no Projeto de Lei nº 236/12 do Senado Federal (novo Código Penal)**. Portal UFSC, 19 dez. 2012. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/tipifica%C3%A7%C3%A3o-da-eutan%C3%A1sia-no-projeto-de-lei-n%C2%BA-23612-do-senado-federal-novo-c%C3%B3digo-penal>>. Acesso em 25 jun. 2017.

eutanásia fosse mantida como homicídio e a ortotonásia como conduta atípica. Esse PLS ainda tramita no Congresso Nacional.<sup>138</sup>

Em relação ao PLS n. 236/2012, a bancada evangélica mostrou suas origens católicas, colocando-se contra a autorização da eutanásia e ortotonásia, não só por considera-las como ofensivas ao princípio constitucional que elege a vida como direito fundamental, mas também pelo caráter genérico da proposta. A eutanásia continuaria sendo tipificada no Código Penal, mas o julgador poderia decidir favoravelmente, diante de certas circunstâncias, deixando de aplicar a pena de dois a quatro anos de prisão, que atingiria principalmente médicos. Enquanto isso, a ortotonásia deixaria de ser crime, diante de quadros com doenças terminais, atestado por dois médicos.<sup>139</sup>

A Igreja Católica Apostólica Romana se colocou contra o que foi apresentado no PLS n. 236/2012, argumentando a favor do direito à vida, dos direitos humanos e das tradições éticas e culturais do povo brasileiro, onde se subentende a defesa das origens católicas. Esses argumentos foram defendidos na 50ª Assembleia Geral da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), realizada em Aparecida (São Paulo), em abril de 2012.<sup>140</sup>

Contudo, no mesmo ano de 2012 o Conselho Federal de Medicina havia emitido a Resolução CFM 1.995/12, sobre acatamento de diretivas antecipadas de vontade do paciente sobre o seu estado de saúde, e CNBB também se posicionou, dessa vez favoravelmente, lembrando que os princípios da ortotonásia já haviam sido manifestados pelo Papa Pio XII, em 1957, ainda que o termo não seja utilizado nos documentos canônicos. A postura da medicina brasileira, em tratar cada vez mais da institucionalização dos cuidados paliativos foi elogiada pela CNBB,

<sup>138</sup> BRASIL. Senado Federal. **Relatório do novo Código Penal mantém aborto e eutanásia como crimes e dificulta progressão de regime**. Senado Notícias, 2 mar. 2015. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/08/20/relatorio-do-novo-codigo-penal-mantem-aborto-e-eutanasia-como-crimes-e-dificulta-progressao-de-regime>>. Acesso em 25 jun. 2017.

<sup>139</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto do Senado cria polêmica ao regulamentar aborto e eutanásia**. Câmara Notícias, 28 ago. 2012. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camara/noticias/noticias/SEGURANCA/425020-PROJETO-DO-SENADO-CRIA-POLEMICA-AO-REGULAMENTAR-ABORTO-E-EUTANASIA.html>>. Acesso em 25 jun. 2017.

<sup>140</sup> CNBB. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. **CNBB emite nota sobre a Reforma do Código Penal que poderia legalizar o aborto e a eutanásia no Brasil**. CNBB Regional Leste I, 27 abr. 2012. Disponível em: <<http://cnbbleste1.org.br/2012/04/cnbb-emite-nota-sobre-a-reforma-do-codigo-penal-que-poderia-legalizar-o-aborto-e-a-eutanasia-no-brasil/>>. Acesso em 25 jun. 2017.



## CONCLUSÃO

O desenvolvimento tecnológico permitiu aos hospitais terem vários aparelhos e técnicas para manter vivo um paciente com doença terminal. A partir dessa situação teve início um questionamento cada vez maior a respeito do direito do paciente de ter autonomia sobre a duração da sua vida, decidindo se deseja prolongá-la com extremo sofrimento e dor ou abreviá-la por meio do suicídio assistido por profissional médico.

Ainda que em regiões dos Estados Unidos e em países como Suíça e Holanda a prática do suicídio assistido tenha sido legalizada o tema é extremamente controverso em todo o mundo, tanto em termos éticos, quanto jurídicos. Como avanço nas discussões a Igreja Católica Apostólica Romana admitiu a ortotanásia para os seus fiéis, posição seguida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) no Brasil, em 2006. Assim, os médicos podem optar, sem serem responsabilizados criminalmente, por não oferecer ao paciente terminal medidas extraordinárias, fúteis ou heroicas que apenas prolonguem seu sofrimento e deixá-lo morrer com dignidade, preferencialmente em casa.

Essa posição está fundamentada na legislação brasileira, que confere ao indivíduo autonomia para decidir se deseja ou não um tratamento médico específico e não se submeter a nenhum tipo de tortura, que seriam os tratamentos muito dolorosos, porém ineficazes diante da evolução da doença. O respaldo é o artigo 5º da Constituição Federal de 1988 e o Novo Código de Ética Médica, que permite aos médicos deixarem de oferecer aos seus pacientes com prognóstico terminal tratamentos que sejam considerados inócuos.

Para facilitar a tomada de decisões pelos médicos ou pelos próprios familiares o paciente, caso preveja situação de coma, pode providenciar um Testamento Vital, onde declara não ser submetido a tratamentos que nenhum benefício venham a trazer, apenas mantendo-o vivo mediante ligação aos aparelhos. Tal documento precisa ser registrado, para ter valor legal e ainda assim, em caso de coma, os médicos têm liberdade para dele não fazerem uso.

Trata-se, portanto, da ortotanásia, situação em que o paciente deixa de ser submetido a tratamentos que o mantenham vivo artificialmente. Geralmente, as famílias optam pelo desligamento das máquinas, levam o paciente para casa e contratam cuidados paliativos, deixando que o processo de morrer ocorra naturalmente.

O suicídio assistido, contudo, não encontra respaldo legal no Brasil, sendo considerado como ofensa ao direito à vida e inadequado do ponto de vista ético, contrariando o artigo 5º da Constituição Federal de 1988. Em algumas ocasiões profissionais de saúde foram presos e acusados de praticar a eutanásia ativa no Brasil, razão pela qual foram julgados, em conformidade com o que determina o Código Penal. Não vale, nesse caso, a alegação de piedade diante da situação do paciente, principalmente porque a prática foi feita sem o conhecimento e aprovação de familiares que, no caso, também teriam sido punidos, se tivessem autorizado.

Algo importante a ser observado em relação ao estudo é o fato de obras como "A solução final", de Derek Humphy, uma defesa da eutanásia ativa e do suicídio assistido ser de ampla divulgação, podendo ser comprada inclusive pela internet. O livro é uma cartilha para ensinar a morrer e pode ser usado não apenas por aqueles que desejam abreviar a sua vida, mas também por outros que simplesmente querem cometer um homicídio, deixando pouca ou nenhuma pista, por meio do uso de drogas letais.

Assim, ao contrário do que foi pesquisado por Durkheim, que observou no suicídio os aspectos sociais, a abreviação da morte no século XXI resulta de um processo de individualização cada vez maior, onde as pessoas consideram os seus corpos apenas como objetos cujo uso causou doenças e que poderia ser descartado a qualquer momento. O sistema econômico mostra a essas pessoas, de certa forma, que elas são dispensáveis, caso não possam mais produzir adequadamente.

Não são poucas as culturas onde os que estão muito velhos ou doentes optam pelo suicídio e o praticam de alguma forma, mas isso sempre foi feito dentro de um contexto cultural específico. O que acontece na modernidade é a banalização da vida e a dificuldade em aceitar a morte como um processo natural, que deve chegar em momento específico e não ser abreviado por mais uma agressão ao

corpo, que é o uso de drogas letais e asfixia ou ambos os processos, usados concomitantemente. Nesse aspecto, livros como o de Derek Humphry parece ser um desserviço à ética e à dignidade da pessoa humana, ao contrário do que apregoa, além de servir de suporte para a prática do homicídio e a venda ilegal de drogas letais, alimentando outra espécie de crime.



## REFERÊNCIAS

ANJOS, Mafalda; NERY, Isabel. Eutanásia: quando a morte chega pelo correio a casa dos portugueses. *Rev. Visão*, ed. n. 1199, 1 fev. 2017, p. 4. Disponível em: <<http://visao.sapo.pt/actualidade/sociedade/2017-02-01-Eutanasia-quando-a-morte-chega-pelo-correio-a-casa-dos-portugueses>>. Acesso em 23 jun. 2017.

AUMA, Paul Okhot. Tratamento e cuidado dos pacientes em estado vegetativo persistente: um debate de vida e de morte. *Rev. Eletr. Espaço Teológico*, v. 10, n. 17, p. 267-276, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/reveleto/article/viewFile/28596/20088>>. Acesso em 11 jun. 2017.

BASSO, Lissia Ana; WAINER, Ricardo. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Rev. Bras. Ter. Cogn.*, v. 7, n. 1, p. 35-43, Rio de Janeiro, jun. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v7n1/v7n1a07.pdf>>. Acesso em 12 jun. 2017.

BERGESCH, Karen. O conceito de morte encefálica no tema do transplante de órgãos e seus desafios éticos e culturais. In: HOCH, Lothar Carlos; WONDRACEK, Karin H.K. (Orgs.). *Bioética: avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar do início ao crepúsculo da vida – esperanças e temores*. São Leopoldo: Sinodal, 2006.

BERNARDO, André. **O tabu do suicídio assistido no Brasil: morte digna ou crime contra a vida?** Rio de Janeiro, BBC Brasil, 16 fev. 2017, p. 1. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-38988772>>. Acesso em 18 jun. 2017.

BONTEMPO, Tiago Vieira. Análise constitucional da ortotanásia: O direito de morrer com dignidade. *Rev. Âmbito Jurídico*, ano XIV, n. 93, Rio Grande, out. 2011, p. 3. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=10386](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10386)>. Acesso em 6 abr. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal**. Norma atualizada. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940412868normaatualizada-pe.html>>. Acesso em 5 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941, Código de Processo Penal**. Norma atualizada. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3689-3-outubro-1941-322206-normaatualizada-pe.html>>. Acesso em 5 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Projeto do Senado cria polêmica ao regulamentar aborto e eutanásia**. Câmara Notícias, 28 ago. 2012. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SEGURANCA/425020PROJET-O-DO-SENADO-CRIA-POLEMICA-AO-REGULAMENTAR-ABORTO-E-EUTANASIA.html>>. Acesso em 25 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Relatório do novo Código Penal mantém aborto e eutanásia como crimes e dificulta progressão de regime**. Senado Notícias, 2 mar. 2015. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/08/>>

20/relatorio-do-novo-codigo-penal-mantem-aborto-e-eutanasia-como-crimes-e-dificulta-progressao-de-regime>. Acesso em 25 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 51. ed. Brasília: Ed. Câmara, 2017.

CANFÃO, Olívio Albino. Métodos de interpretação jurídica à luz do horizonte hermenêutico. **Rev. UNIFACS**, 2013, p. 10. Disponível em: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/download/2715/1967>>. Acesso em 20 jan. 2017.

CARDIM, Carlos Henrique. Prefácio. *In*: DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. 2. ed. Trad. Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

CASTRO, Mariana Parreira Reis *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Rev. Bioét.**, v. 24, n. 2, p. 355-367, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361546419019>>. Acesso em 6 abr. 2017.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM n. 1.480/97**. Brasília, 8 ago. 1997, p. 1. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm)>. Acesso em 7 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica – Resolução CFM n. 1.931, de 17 de setembro de 2009**. Brasília: CFM, 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM n. 1.995/2012**, dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, 9 ago. 2012a. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)>. Acesso em 4 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. **Entrevista ao CFM: CNBB apoia ortotanásia**. Brasília, 24 set. 2012b, p. 1. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23257:entrevista-ao-cfm-cnbb-apoia-ortotanasia&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23257:entrevista-ao-cfm-cnbb-apoia-ortotanasia&catid=3)>. Acesso em 6 abr. 2017.

CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria Gonçalves dos Santos; OLIVEIRA, Marília Gerhardt (Coords.). **Bioética: uma visão panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011.

CNBB. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. **CNBB emite nota sobre a Reforma do Código Penal que poderia legalizar o aborto e a eutanásia no Brasil**. CNBB Regional Leste I, 27 abr. 2012. Disponível em: <<http://cnbbleste1.org.br/2012/04/cnbb-emite-nota-sobre-a-reforma-do-codigo-penal-que-poderia-legalizar-o-aborto-e-a-eutanasia-no-brasil/>>. Acesso em 25 jun. 2017.

CUNICO, Edimar. **Perícias em locais de morte violenta: criminalística e Medicina Legal**. Curitiba: Concep3D, 2013.

DUMARESQ, Maria Isabel Alves. Viver: um direito? Um dever? Diálogo entre Epicuro e Schopenhauer. **Rev. BioEthikos**, v. 6, n. 3, p. 345-347, 2012. Disponível



\_\_\_\_\_. **Caso Terri Schiavo: retirada de tratamento.** Comitê de Bioética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 17 ago. 2005, p. 3. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/terri.htm>>. Acesso em 22 jun. 2017.

GOMES, Ana Luísa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estud. Avançados**, v. 30, n. 88, p. 155-166, São Paulo, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n88/0103-4014-ea-30-88-0155.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2017.

GONÇALVES, Ferraz. Conceito e critérios de morte. **Rev. Nascer e Crescer**, ano XVI, n. 4, p. 245-248, 2007. Disponível em: <[http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1123/1/ConceitosCritériosMorte\\_16-4\\_Web.pdf](http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1123/1/ConceitosCritériosMorte_16-4_Web.pdf)>. Acesso em 5 abr. 2017.

GONZÁLEZ, Miguel Ángel Sánchez. **Bioética em Ciências de la Salud**. Barcelona: Elsevier España, 2012.

GRECO, Rogério. **Código Penal comentado**. 11. ed. rev., ampl. e atual. Niterói: Ímpetus, 2017.

HARTZ, Anahi de Araújo. **Eutanásia e disciplina jurídica do final da vida**. Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 2009, p. 13. Disponível em: <[http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos\\_conclusao/2semestre2009/trabalhos\\_22009/AnahideAraujoHartz.pdf](http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/2semestre2009/trabalhos_22009/AnahideAraujoHartz.pdf)>. Acesso em 22 jun. 2017.

HERMES, Hélida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Rio de Janeiro, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>>. Acesso em 7 abr. 2017.

HUMPHRY, Derek. **A solução final: a praticabilidade da autoeliminação e da assistência a suicídios em casos terminais de doenças degenerativas**. Trad. Ênio Silveira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1994.

IGLÉZIAS, José Carlos Rossini. Doação de órgãos. *In*: VANUCCHI, Aldo (Org.). **Diálogos interuniversitários: vida e morte, educação e saúde**. Sorocaba: Ed. Arte & Ciência, 2002.

JUNQUEIRA, Cilene Rennó. **Bioética: conceito, fundamentação e princípios**. São Paulo: USP/UNASUS, 2011.

KOVÁCS, Maria Júlia. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, v. 18, n. 41, p. 457-468, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n41/v18n41a04.pdf>>. Acesso em 7 abr. 2017.

KUBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 9. ed. Trad. Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LA TAILLE, Yves de; MENIN, Maria Suzana de Stefano (Orgs.). **Crise de valores ou valores em crise?** Porto Alegre: Artmed, 2009.

LIONÇO, Márcia Helena Caprara. *Proteção à vida: direito à vida ou direito ao respeito à vida?* In: BRUSTOLIN, Leomar Antônio (Org.). **Bioética: cuidar da vida e do meio ambiente.** São Paulo: Ed. Paulus, 2014.

LIPPMANN, Ernesto. **Testamento vital.** São Paulo: Matrix, 2016.

MACEDO, Juliana Lopes. **A subversão da morte: um estudo antropológico sobre as concepções de morte encefálica entre médicos.** Dissertação (Antropologia Social). 173f. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

MACHADO, Costa (Org.). **Código Penal interpretado: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo.** 7. ed. Barueri: Manole, 2017.

MACIEL, Adhemar Ferreira. **Dimensões do Direito Público.** Belo Horizonte: Del Rey, 2000.

MARENGO, Mariana O.; FLÁVIO, Daniela A.; SILVA, Ricardo Henrique Alves. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. **Rev. Medicina**, v. 42, n. 3, p. 350-357, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2009/vol42n3/REV\\_Terminalidade\\_de\\_Vida.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2009/vol42n3/REV_Terminalidade_de_Vida.pdf)>. Acesso em 11 jun. 2017.

MARTINELLI, João Paulo O. Parte Especial. In: MACHADO, Costa (Org.). **Código Penal interpretado: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo.** 7. ed. Barueri: Manole, 2017.

MARTINS, Marcio Sampaio Mesquita. Direito à morte digna: eutanásia e morte assistida. **Rev. Âmbito Jurídico**, ano XIII, n. 83, Rio Grande, dez 2010, p. 2. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8765](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8765)>. Acesso em 23 jun. 2017.

MENDES, Filipe Pinheiro. **A tipificação da eutanásia no Projeto de Lei nº 236/12 do Senado Federal (novo Código Penal).** Portal UFSC, 19 dez. 2012. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/tipifica%C3%A7%C3%A3o-da-eutan%C3%A1sia-no-projeto-de-lei-n%C2%BA-23612-do-senado-federalnovoc%C3%B3digo-penal>>. Acesso em 25 jun. 2017.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, v. 12, n. 1, p. 151-173, Rio de Janeiro, jun. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a11.pdf>>. Acesso em 11 jun. 2017.

MONTESANTI, Beatriz. **Como é a lei de suicídio assistido na Califórnia.** *Jornal Nexo*, 27 ago. 2016. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/08/27/Como-%C3%A9-a-lei-de-suic%C3%ADdio-assistido-na-Calif%C3%B3rnia>>. Acesso em 21 jun. 2017.

MOSSIN, Heráclito Antônio. **Comentários ao Código de Processo Penal: à luz da doutrina e da jurisprudência.** Barueri: Manole, 2005.

MOTA, Luiz Robson. Influências religiosas no Biodireito. **Rev. USCS Direito**, ano IX, n. 14, p. 41-62, jan./jun. 2008. Disponível em: <[http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_direito/article/view/844/699](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_direito/article/view/844/699)>. Acesso em 4 abr. 2017.

MOTTA, Luís Cláudio; VIDAL, Selma Vaz; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Bioética: afinal, o que é isto? *Rev. Bras. Clin. Med.*, v. 10, n. 5, p. 431-439, set./out. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3138.pdf>>. Acesso em 23 mar. 2017.

OLIVEIRA, Franciele. **Direito à vida ou dever de viver?** Portal UFSC, 2 maio 2012. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/direito-%C3%A0-vida-ou-dever-de-viver>>. Acesso em 16 jun. 2017.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson; DAMÁSIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Rev. Bioét.*, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n3/v22n3a19.pdf>>. Acesso em 5 abr. 2017.

PAS. Physician Assisted Suicide. **Dr. Jack Kevorkian**. PAS, 2014. Disponível em: <<http://physician-assisted-suicide.weebly.com/dr-jack-kevorkian.html>>. Acesso em 20 jun. 2017.

PATRÍCIO, Sandra Cristina. **Eutanásia e suicídio assistido: o direito e liberdade de escolha**. Dissertação (História Contemporânea e Estudos Internacionais). 196f. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2011.

PATROCÍNIO, André Herrera. **Suicídio assistido no Direito Brasileiro: aspectos gerais**. Jus Brasil Artigos, 2015, p. 8. Disponível em: <<https://herreraalemao.jusbrasil.com.br/artigos/185634010/suicidio-assistido-no-direito-brasileiro>>. Acesso em 18 jun. 2017.

PEGORARO, Olinto A. O lugar da Bioética na história da ética e o conceito de justiça como cuidado. *In*: PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul (Orgs.). **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2006.

PESSINI, Leocir. Questões éticas-chave no debate hodierno sobre a distanásia. *In*: GARrafa, Volnei; PESSINI, Leocir (Orgs.). **Bioética: poder e injustiça**. Trad. Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de Bioética**. 8. ed. rev. e ampl. São Paulo: Centro Universitário São Camilo Loyola, 2007.

PESSOA, Laura Scaldaferrri. **Pensar o final e honrar a vida: direito à morte digna**. Dissertação (Relações Sociais e Novos Direitos). 150f. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2011.

PINTO, Lucas Alves. Discurso do método na metodologia jurídica. *Rev. Jus Navigandi*, dez. 2014. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/34418/discurso-do-metodo-na-metodologia-juridica>>. Acesso em 20 jan. 2017.

RFI BRASIL. Rádio França Internacional. **Relatório abre debate sobre suicídio assistido, mas exclui eutanásia**. RFI Brasil, 18 dez. 2012. Disponível em: <<http://br.rfi.fr/franca/20121218-relatorio-abre-debate-sobre-suicidio-assistido-na-franca-mas-exclui-eutanasia>>. Acesso em 22 jun. 2017.

ROCHA, Andréia Ribeiro *et al.* Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. **Rev. Bioét.**, v. 21, n. 1, p. 84-95, Brasília, abr. 2013, p. 85. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a10v21n1.pdf>>. Acesso em 4 abr. 2017.

RODRIGUES, Carlos Frederico Almeida. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de "morte cerebral" como critério de morte. **Rev. Bioethikos, Centro Universit. São Camilo**, v. 7, n. 3, p. 271-278, 2013. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/105/1811.pdf>>. Acesso em 4 maio 2017.

ROSE, Ricardo Ernesto. **A obra "O suicídio" de Durkheim**. Disponível em: <<http://webartigos.com/artigos/a-obra-o-suicidio-de-durkheim/77965>>. Acesso em 18 jun. 2017.

RUBIN, Edward. Assisted suicide, morality, and law: why prohibiting assisted suicide violates the establishment clause. **Vanderbilt Law Review**, v. 63, n. 3, p. 763-811, abr. 2010. Disponível em: <<http://vanderbiltlawreview.org/.../Rubin-Assisted-Suicide-Morality-and-Law-63-Vand.-L.-Rev.-763-2010.pdf>>. Acesso em 22 jun. 2017.

SÁ, Maria de Fátima Freire. **Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

SANDOVAL, Pablo Ximénez. **Morre Brittany Maynard, a jovem com câncer que planejou a própria morte**. *Jornal El País, Internacional*, 4 nov. 2014, p. 2. Disponível em: <[http://brasil.elpais.com/brasil/2014/11/03/internacional/1414983148\\_094259.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2014/11/03/internacional/1414983148_094259.html)>. Acesso em 21 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Legislativo da Califórnia aprova lei de suicídio assistido**. *Jornal El País, Internacional*, 12 set. 2015, p. 2. Disponível em: <[http://brasil.elpais.com/brasil/2015/09/12/internacional/1442022698\\_936927.html?rel=mas](http://brasil.elpais.com/brasil/2015/09/12/internacional/1442022698_936927.html?rel=mas)>. Acesso em 21 jun. 2017.

SANTOS, Sandra Cristina Patrício. **Eutanásia e suicídio assistido: o direito e liberdade de escolha**. Dissertação (História Contemporânea e Estudos Internacionais). 196f. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2011.

SILVA, Antônio Ozaí. **Durkheim: análise sociológica do suicídio**. Antônio Ozaí Wordpress, 3 mar. 2012, p. 1. Disponível em: <<https://antoniozai.wordpress.com/2012/03/03/durkheim-analise-sociologica-do-suicidio/>>. Acesso em 12 jan. 2017.

SILVA, Franklin Leopoldo. Viver: um direito? Um dever? **Rev. BioEthikos**, v. 6, n. 3, p. 339-342, 2012. Disponível em: <<https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/96/10.pdf>>. Acesso em 16 jun. 2017.

SILVA, Marcelo Antônio. Viver: um direito? Um dever? **Rev. BioEthikos**, v. 6, n. 3, p. 342-345, 2012. Disponível em: <<https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/96/10.pdf>>. Acesso em 16 jun. 2017.

SIMÓN-LORDA, Pablo; BARRIO-CANTALEJO, Inés Maria. El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas. **Rev. Med. Intensiva**, v. 32, n. 9, p. 444-451, 2008. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912008000900005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000900005)>. Acesso em 21 jun. 2017.

SOUSA, Alana Tamar Oliveira et al. Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na Bioética. **Rev. Cubana Enfermer.**, v. 26, n. 3, p. 123-135, Havana, dez. 2010. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n3/enf05310.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2017.