

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS**

**Marcia Helena de Oliveira Peixoto**

**ASPECTOS JURÍDICOS NA TERMINALIDADE DA VIDA:**  
**CONFLITOS ENTRE LEGISLAÇÕES E RESOLUÇÕES**

**Taubaté – SP**  
**2021**

**Marcia Helena de Oliveira Peixoto**

**ASPECTOS JURÍDICOS NA TERMINALIDADE DA VIDA:  
CONFLITOS ENTRE LEGISLAÇÕES E RESOLUÇÕES**

Trabalho de Graduação, apresentado como exigência parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Jurídicas pela Universidade de Taubaté.

Orientador (a): Prof. Fernando Gentil Gizzi de Almeida Pedroso

**Taubaté – SP**

**2021**

Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI  
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBi  
Universidade de Taubaté - UNITAU

P379a Peixoto, Márcia Helena de Oliveira  
Aspectos jurídicos na terminalidade da vida : conflitos entre  
legislações e resoluções / Márcia Helena de Oliveira Peixoto. -- 2021.  
58f.

Monografia (graduação) - Universidade de Taubaté, Departamento  
de Ciências Jurídicas, 2021.

Orientação: Prof. Me. Fernando Gentil Gizzi de Almeida Pedroso  
Departamento de Ciências Jurídicas.

1. Terminalidade de vida. 2. Conflito. 3. Legislação. 4. Resolução.  
I. Universidade de Taubaté. Departamento de Ciências Jurídicas. Curso  
de Direito. II. Título.

CDU - 342.7

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Regina Márcia Cuba - CRB 8ª/7416

Marcia Helena de Oliveira Peixoto

## **ASPECTOS JURÍDICOS NA TERMINALIDADE DA VIDA: CONFLITOS ENTRE LEGISLAÇÕES E RESOLUÇÕES**

Trabalho de Graduação, apresentado como exigência parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Jurídicas pela Universidade de Taubaté.

Orientador (a): Prof. Fernando Gentil Gizzi de Almeida Pedroso.

**Data:** \_\_\_\_\_

**Resultado:** \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

Prof. \_\_\_\_\_ Universidade de Taubaté

Assinatura

\_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_ Universidade de Taubaté

Assinatura

\_\_\_\_\_

Dedico o presente trabalho de graduação a minha família e amigos.

Vocês são exemplos de seres humanos, obrigada por tantos ensinamentos, amor e dedicação.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais Helena de Oliveira Peixoto e Renato Pereira Peixoto.

Aos meus irmãos Rodrigo de Oliveira Peixoto e Eliane Cristina Peixoto Barozzi.

Meu companheiro Regis Lopes Vieira.

A todos os profissionais da área da enfermagem e equipe multidisciplinar da área da saúde pelo incentivo constante.

Ao Prof. Fernando Gentil Gizzi de Almeida Pedroso pela orientação.

Aos Professores Rêmulo Marciano e Daniel Gomes de Freitas pelo constante apoio, incentivo e críticas.

Aos Professores Drs. das bancas, pelas relevantes sugestões que muito acrescentaram na conclusão deste trabalho.

Ao Hospital Municipal José de Carvalho Florence de São José dos Campos que me permitiu evoluir pessoalmente durante a pandemia e luta contra o COVID19 atuando na linha de frente

A todos o meu muito obrigada!

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”*

*Schopenhauer*

## RESUMO

O propósito deste estudo é contribuir para o debate a respeito da análise dos aspectos jurídicos relacionados a terminalidade da vida dando ênfase ao conflito entre legislações e resoluções, observando-se as posições da Constituição Federal de 1988, o Código Civil de 2002, o Código Penal, Resoluções do Conselho Federal de Medicina e o novo Código de Ética Médica. Ademais, pretendemos abordar a atuação de países diversos que versam sobre o assunto abordado. A terminalidade da vida é uma questão frequente na rotina de profissionais da área da saúde. Expressa-se o direito através de regras e princípios que, por conseguinte, constituem normas. Assim, surgem os direitos, legislações e resoluções, os quais serão abordados sobre o tema. Utilizando o método dialético, foi conduzida uma pesquisa com base em levantamento bibliográfico, na qual procurou-se analisar as diferentes posições existentes entre as normas legais em suas especialidades diversas na área jurídica, paralelamente abordando as resoluções existentes na área médica, quando trata da terminalidade da vida, as quais entram em conflito. Considerando as limitações impostas pelo método de pesquisa selecionado, as variáveis que poderão interferir no processo de pesquisa e elaboração do Trabalho de Graduação são as legislações constitucional e infraconstitucional vigentes, bem como as possíveis regulamentações ou mudança de entendimento pelos Tribunais superiores. A relevância do proposto encontra na preocupante disparidade e conflituosas posições entre as diferentes áreas jurídicas que fazem alusão a terminalidade da vida. Por essa razão, entende-se a necessidade de garantir a uniformidade deste.

**Palavras-chave:** Terminalidade da vida. Conflitos. Legislações e Resoluções.



## ABSTRACT

The purpose of this study is to contribute to the debate regarding the analysis of legal aspects related to the end of life, emphasizing the conflict between legislation and resolutions, observing the positions of the Federal Constitution of 1988, the Civil Code of 2002, the Penal Code, Resolutions of the Federal Council of Medicine and the new Code of Medical Ethics. Furthermore, we intend to address the performance of different countries that deal with the subject discussed. The end of life is a frequent issue in the routine of health professionals. Law is expressed through rules and principles which, therefore, constitute norms. These determine rights, permissions and prohibitions, which will be addressed on the subject. Using the dialectical method, a research was conducted based on a bibliographic survey, in which we sought to analyze the different positions between the legal norms in their various specialties in the legal area, in parallel addressing the existing resolutions in the medical area, when dealing with terminality of life, which conflict. Considering the limitations imposed by the selected research method, the variables that may interfere in the research process and preparation of the Undergraduate Work are the constitutional and infra-constitutional legislation in force, as well as possible regulations or changes in understanding by the higher courts. The relevance of the proposal is found in the worrying disparity and conflicting positions between the different legal areas that allude to the terminality of life. For this reason, we understand the need to ensure its uniformity.

**Keywords:** End of life. Conflicts. Legislation and Resolutions.

## SUMARIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
1.1 RELEVÂNCIA DO ESTUDO .....	13
1.2 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	13
1.3 METODOLOGIA.....	14
1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO .....	14
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
2.1 ABORDAGEM CONCEITUAL SOBRE A VIDA E SUA TERMINALIDADE .....	15
2.1.1 <b>Concepção de Vida</b> .....	<b>15</b>
2.1.2 <b>Concepção de Morte</b> .....	<b>16</b>
2.2 TERMOS DIRECIONADOS A TERMINALIDADE DA VIDA.....	18
2.2.1 <b>Distanásia</b> .....	<b>19</b>
2.2.2 <b>Ortotanásia</b> .....	<b>20</b>
2.2.3 <b>Mistanásia</b> .....	<b>21</b>
2.2.4 <b>Cuidados Paliativos</b> .....	<b>22</b>
2.2.5 <b>Limite de Esforço Terapêutico</b> .....	<b>26</b>
2.2.6 <b>Interrupção de Suporte de Vida</b> .....	<b>27</b>
2.2.7 <b>Testamento Vital</b> .....	<b>29</b>
2.2.8 <b>Omissão de socorro</b> .....	<b>31</b>
2.3 ESTRUTURA CONCEITUAL PERANTE EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO .....	33
2.3.1 <b>Eutanásia</b> .....	<b>33</b>
2.3.2 <b>Suicídio Assistido</b> .....	<b>36</b>
2.3.3 <b>Parecer Internacional</b> .....	<b>38</b>
2.4 LEGISLAÇÕES E RESOLUÇÕES .....	45
2.4.1 <b>Constituição Federal de 1988</b> .....	<b>45</b>
2.4.2 <b>Código Civil 2002</b> .....	<b>46</b>
2.4.3 <b>Código Penal</b> .....	<b>46</b>
2.4.4. <b>Resoluções do Conselho Federal de Medicina</b> .....	<b>47</b>
<b>3 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA</b> .....	<b>49</b>
3.1 DETALHAMENTO E ESPECIFICIDADE DO TEMA .....	49
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>50</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>52</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>
-------------------------	-----------

## 1 INTRODUÇÃO

A terminalidade da vida consiste em uma situação frequente na rotina de profissionais da área médica, assim, o foco principal da medicina em relação ao cuidar de um paciente, consiste em dispor de diversos métodos terapêuticos para evitar a morte do mesmo, muitos deles podem aliviar seu sofrimento e outros não.

Na área médica são diversos os procedimentos e métodos para cuidar dos pacientes, principalmente aqueles em fase da terminologia da vida, porém muitos desses métodos e procedimentos são alvo de inúmeras discussões, principalmente no meio jurídico sobre o uso dos métodos artificiais utilizados para prolongar a vida e a atitude de deixar a doença seguir seu curso natural, dentro dessa ceara de discussão ganha destaque a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia, onde as resoluções e legislações se controversam entre os prós e contras.

Em antemão, podemos mencionar que no Brasil, em relação principalmente a pratica da eutanásia é proibido por caracterizar-se em suicídio assistido, contudo há ainda a proibição da participação de médico em seus processos, conforme dispõem o Código de Ética dos Médicos, e perante o código penal torna-se crime a pratica com reclusão de até 6 anos.

Uma vez que, a legislação do Brasil faz distinção entre: Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia? Diante disso, cabe indagar-se: Qual dispositivo de lei deve ser seguido quando nos referimos a vida, a qualidade de vida, morte e morrer e terminalidade?

As variáveis que poderão interferir no processo de pesquisa e elaboração do Trabalho de Graduação são as legislações constitucional e infraconstitucional vigentes, bem como as possíveis regulamentações ou mudança de entendimento pelos Tribunais superiores.

Diante dos fatos, a presente pesquisa propõe discorrer sobre os aspectos jurídicos relacionados a terminalidade da vida, enfatizando os conflitos existentes entre legislações, asseverando as posições da legislação pátria, perante a Constituição Federal de 1988, o Código Civil de 2002, o Código Penal, Resoluções do Conselho Federal de Medicina e o novo Código de Ética Médica.

A relevância do tema justifica-se rediscutir e adotar novas políticas públicas de abordagem deste assunto aos seus públicos alvo.

A metodologia utilizada na pesquisa foi o método dialético do tipo bibliográfica e a fonte de coleta de dados, deveu-se à consulta aos inúmeros livros específicos sobre o assunto, leis, recursos judiciais, pareceres, legislações. Resoluções e artigos científicos pesquisados em sites acadêmicos.

Este trabalho tem como objetivo geral abordar o tema Terminalidade da Vida e tratar sobre a problemática do conflito entre as legislações e resoluções que versam sobre a terminalidade da vida em seus aspectos jurídicos.

Tem como objetivo específico adentrar ao tema avaliando a posição jurídica na atual realidade em que se ocorre o fim da vida.

Entretanto, irá expor as diferentes posições em relação a terminalidade da vida e irá analisar a Constituição Federal de 1988, Código Civil, Código Penal, Resolução do Conselho Federal de Medicina, Código de Ética Médica, e posições internacionais que versam sobre o assunto;

Bem como demonstrar os conflitos entre as legislações e resoluções;

Por fim, expor as condições em que o paciente se encontra no fim da vida.

## **1.1 RELEVÂNCIA DO ESTUDO**

A relevância do proposto se encontra na preocupante disparidade e conflituosas posições entre as diferentes áreas jurídicas que fazem alusão a terminalidade da vida, a qual, envolve valores e crenças, posição de familiares, medo e insegurança do profissional da saúde em futuramente vir a responder a um processo sobre alguma conduta que a legislação o protege, mas que a família e ou paciente não venham a concordar, mesmo tendo ciência da gravidade do quadro de saúde do enfermo. Por essa razão, entende-se a necessidade de definir somente uma posição sobre o assunto no Poder Legislativo, com a finalidade de garantir uniformidade sobre o assunto.

## **1.2 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO**

Para atingir o objetivo do estudo foi feito uma revisão da literatura com a finalidade de reunir e condensar o conhecimento existente sobre o tema proposto.

O estudo de levantamento bibliográfico é realizado no município de Taubaté, localizado na região do Vale do Paraíba no Estado de São Paulo. Os resultados

apresentados refletem pesquisas em um determinado período de março de 2021 a outubro de 2021.

### **1.3 METODOLOGIA**

Utilizando o método dialético, foi conduzida uma pesquisa com base em levantamento bibliográfico, na qual procurou-se analisar as diferentes posições existentes entre as normas legais em suas especialidades diversas na área jurídica, paralelamente abordando as resoluções existentes na área médica, quando se trata da terminalidade da vida as quais ainda se encontram dentro de uma ceara de discussões entre os pros e contras.

### **1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

A presente obra encontra-se estruturada em quatro capítulos, de forma que a seqüência das informações ofereça um perfeito entendimento de seu propósito.

O primeiro aborda a introdução. O Segundo apresenta a revisão da literatura que consiste no desenvolvimento do trabalho. O terceiro no desenvolvimento da pesquisa. O quarto é a parte dos resultados da pesquisa

E por último, temos a conclusão e as referências bibliográficas.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ABORDAGEM CONCEITUAL SOBRE A VIDA E SUA TERMINALIDADE

A vida nos remete a garantia de gozo e de fruição de todos os direitos. A proteção do direito à saúde, à dignidade entre outros que, só faz sentido se existir a vida. A mesma concepção vale para a terminalidade da vida.

A existência da pessoa termina com a morte, ao findar vão todos os direitos, assim, mostrando que, o início é o início e o fim é o fim.

Nesse fluir, perante diversas complexidades se apresenta este capítulo mediante uma perspectiva jurídica.

#### 2.1.1 Concepção de Vida

Diante das perspectivas de conceituar a vida e sua terminalidade, são múltiplas as tentativas de definições disponíveis na literatura científica, cada uma adequando da melhor forma para sua área específica de conhecimento, assim podemos mencionar que conceituar a vida e sua terminalidade consiste em questões jurídica, espiritual, cultural, biológica, filosófica, entre outros, que traz conceito e significado diferente para cada ser humano, observando que, a percepção se transforma de acordo com o próprio ciclo da vida e com o envelhecimento do ser humano.

Nesse sentido, Silva (2005, p. 197) conceitua que:

Todo ser dotado de vida é indivíduo, isto é, algo que não se pode dividir, sob pena de deixar de ser. O homem é um indivíduo, mas é mais que isto, uma pessoa. Conceituar "vida" envolvem convicções que não se concentram somente no campo jurídico pois envolvem considerações filosóficas, sociológicas, religiosas, éticas, psicológicas, médicas, políticas e econômicas.

Portanto pode-se mencionar que a vida consiste na interpretação que cada um faz, fato é, a vida é um presente por si só, um presente com data de validade.

Juridicamente, o direito à vida é “[...] o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui em pré-requisito à existência e exercício de todos os demais”. (MORAES,2005. p.30), torna-se um direito fundamental do indivíduo, portanto, constitui cláusula pétrea (dispositivo constitucional que não pode ser alterado nem

mesmo por Proposta de Emenda à Constituição (PEC), pois, à vida sobrepõe a todos os direitos contemplados.

O ordenamento jurídico pátrio não protege apenas o direito à vida biológica, mas protege o direito à vida digna, considerando o ser humano em sua totalidade, peculiaridade e individualidade.

Nesse diapasão, Branco (2010, p.441) acrescenta:

A existência humana é o pressuposto elementar de todos os demais direitos e liberdades disposto na Constituição e que esses direitos têm nos marcos da vida de cada indivíduo os limites máximos de sua extensão concreta. O direito à vida é a premissa dos direitos proclamados pelo constituinte; não faria sentido declarar qualquer outro se, antes, não fosse assegurado o próprio direito estar vivo para usufruí-lo. O seu peso abstrato, inerente à sua capital relevância, é superior a todo outro interesse.

A existência humana consiste em um valor supremo, onde cada indivíduo encontra-se apto a expressar todos os direitos fundamentais, como por exemplo, o direito à própria vida.

Nesse sentido, afirma Mendes (2018, p. 337) que: “não faria sentido declarar qualquer outro se, antes, não fosse assegurado o próprio direito de estar vivo para usufruí-lo”, assim o direito à vida torna-se o direito mais elementar dos direitos fundamentais, uma vez que, “[...] sem vida, nenhum outro direito pode ser fruído, ou sequer cogitado” (PAULO; ALEXANDRINO, 2017, p. 115).

Afinal, a vida consiste no pressuposto elementar para se usufruir dos demais direitos e liberdades garantidos na Constituição Federal.

### **2.1.2 Concepção de Morte**

Trazer um conceito aplausível em relação a morte, torna-se meramente impossível, pois a morte tem múltiplas respostas e nenhuma delas conclusivas.

A noção médica de morte, nas últimas décadas muito se tem alterado, passando simplesmente da parada da função cardiorrespiratória para a denominada morte neurológica. Esses são alguns entre outros relacionado com a morte que apesar de ser aceito pela maior parte das autoridades médicas, ainda gera discussões, devido as literaturas que também abre um leque de entendimento sobre o que se deva compreender por morte.



De modo, “fútil” podemos mencionar que a morte é considerada como a única certeza da vida, e vista como fase final do processo da terminalidade humana.

Devido ao amplo entendimento sobre a terminalidade da vida, trazemos uma abordagem não empírica, mas mediante vivências médicas, podemos mencionar que, é quando o indivíduo se torna irrecuperável mediante todos procedimento e intervenções médicas, mesmo assim ele caminha gradualmente ou rapidamente para a morte, onde não é possível mais reverter a situação em que o paciente se encontra.

Nesse sentido, Gutierrez (2001, p.47), conceitua como sendo:

O momento em que se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O ser se torna "irrecuperável" e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar.

Em paralelo, mencionamos que embora os avanços na área da saúde têm permitido salvar a vida de doentes críticos, sem esquecer que para isso é necessário que haja alguma potencialidade de reversibilidade. Entretanto, naqueles sem possibilidade de recuperação, a utilização de esforços para encontrar medidas curativas acaba sendo em vão e, além disso acabam causando apenas dor e sofrimento, onde o processo da terminalidade da vida se trona doloroso, prolongado causando sofrimento, entendemos como prolongamento da morte.

Visto isso, podemos mencionar o fato ocorrido com a emblemática fase de terminalidade do papa João Paulo II. Em relatos de Buzzonetti (2006) observa-se:

Que após um tempo prolongado de sofrimento, em seus aposentos no Vaticano em Roma, ouvindo as preces de seus fiéis na Praça São Pedro, solicitou aos médicos, que o deixasse partir. Os médicos assistentes acataram sua solicitação com a convicção de que o óbito era iminente e que, qualquer conduta terapêutica seria em vão.

Observa-se que, no instante em que a medicina tradicional ou alternativa não resguarda mais a saúde plena, ou não consegue atingir a cura, agarrar-se em novos tratamentos que na maioria são inúteis devido ao estágio que o problema se encontra, torna-se uma situação complicada, uma vez que, nem sempre e dependendo da legislação do país, se, a pratica mais cabível no momento for colocada em pratica pode trazer futuramente complicações jurídicas para quem praticou.

Portanto, nesse momento parar e tentar amenizar o desconforto de morrer, não seria tão fácil assim, devido a questões éticas, morais, culturais, religiosas e jurídicas. Observa-se que lidar com a vida e a morte, são aprendizados que superam os limites do campo jurídico, cultural, religioso como também intencional, pois requer uma compreensão extrema da natureza humana.

Nesse sentido, podemos mencionar que, quando alguns juristas fundamentam acerca da eutanásia no direito a morrer com dignidade vão contra a ciência que tenta procurar o sentido da vida.

Assim, acrescentamos que, não está expressa na legislação brasileira qualquer forma de ajuda para a terminalidade da vida de alguém, portanto, o fato de precipitar a vida de alguém é considerado crime, não importando as circunstâncias do feito, ou seja a conduta do agente ou até mesmo aquele que ajuda o paciente na pratica da ação, facilitando os meios ou fornecendo material para o paciente ou enfermo cometer o ato em si, configura-se crime de participação ao suicídio, elencado no artigo 122 do Código Penal Brasileiro. Assim observa-se:

Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou a praticar automutilação ou prestar-lhe auxílio material para que o faça: (Redação dada pela Lei nº 13.968, de 2019)  
Pena - reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos. (Redação dada pela Lei nº 13.968, de 2019)

O tipo penal descrito no artigo 122 do CP, visa à punição daquele terceiro que induz, instiga ou auxilia outrem ao suicídio.

## **2.2 TERMOS DIRECIONADOS A TERMINALIDADE DA VIDA**

Esses termos são bastante difundidos na área da medicina, pois são termos que possibilitam as condições necessárias para uma administração responsável em relação a terminalidade da vida. Nesse enfoque, o debate torna-se mais complexo devido às terminologias que podem não serem muito claras sobre o que é condenado ou aprovado, pois essas práticas são temáticas de intensa discussão em diversos países causando muitas controvérsias, pois as opiniões se divergem entre os prós e contras em relação ao apoio ou não das práticas.

Assim, é necessário proceder à distinção conceitual entre esses termos.

### 2.2.1 Distanásia

Na prática da distanásia, ocorre o prolongamento artificial do processo de morte, esse processo traz como resultados o prolongamento do sofrimento do ser humano.

Pessini, (2009, p.49) refuta que a distanásia:

“Trata-se, assim, de um neologismo, uma palavra nova, de origem grega. O prefixo grego *dis* tem o significado de "afastamento", portanto a distanásia significa prolongamento exagerado da morte de um paciente. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil. Trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. No mundo europeu fala-se de "obstinação terapêutica", nos Estados Unidos de "futilidade médica"

Portanto, esse mecanismo consiste no prolonga de forma exagerada a morte de um paciente terminal ou em um tratamento inútil de forma que, não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte em si.

Nessa vertente, manter tratamentos invasivos em pacientes sem chances de recuperação é promover e obrigar ao paciente a um processo de morte lenta, ansiosa e sofrida.

Perante ao sofrimento que causa ao paciente, caberia a uma conduta médica sua suspensão, uma forma de bom senso e racionalidade.

Nesse diapasão Pessini (2009, p. 96) relembra que:

Todos os comitês de ética que se debruçaram sobre o problema nesses últimos anos falam contra a terapia agressiva, fútil e desproporcional, perseguida além de qualquer esperança de sucesso. Essa terapêutica deve dar lugar ao alívio do sofrimento, que permanece como um dever médico.

Porém, ao nos depararmos com a lei, a distanásia é uma prática contrária à Constituição, bem como aos princípios e conceitos preconizados pela bioética, dado que acarreta dor física e moral ao doente.

No Brasil, a prática da distanásia encontra-se enquadramento típico no art. 146 do Código Penal (constrangimento ilegal), se não configurar infração mais grave, uma vez que representam lesão à integridade física do paciente.

Artigo 146 do Decreto Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940, aduz:

[...]

I - a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;  
II - a coação exercida para impedir suicídio.

Aqui, quando se fala sobre vida, deve-se considerar que a medicina não objetiva manter índices fisiológicos, como o pulsar de um órgão, e sim cuidar de um ser humano.

Nesta mesma perspectiva para Diniz (2018, p. 39):

Pela distanásia, também designada obstinação terapêutica (*L'acharnement thérapeutique*) ou futilidade médica (*medical futility*), tudo deve ser feito mesmo que cause sofrimento atroz ao paciente. Isso porque a distanásia é morte lenta e com muito sofrimento. Trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte.

A distanásia é o oposto da ortotanásia, já que a distanásia fere a dignidade do paciente, enquanto a ortotanásia, visa à morte digna.

No Brasil a discussão da distanásia ganhou um novo aliado após a Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006, do CFM (2006) aduz:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal". (BRASIL, 2006)

Como justificativa, o Conselho afirma que as unidades de terapia intensiva do país recebem cada dia mais pacientes portadores de doenças crônicas-degenerativas incuráveis com diversas intercorrências, ou mesmo paciente com doenças agudas que tem uma rápida evolução para um quadro crônico irreversível, tendo em vista um sobreviver precário ou mesmo vegetativo.

### **2.2.2 Ortotanásia**

Consiste em uma prática médica em que há promoção de uma morte natural, sem que sejam realizados tratamentos pouco úteis, invasivos ou artificiais para manter o paciente vivo e prolongar a morte.

Geralmente praticada por meio dos cuidados paliativos, onde procura manter a qualidade de vida do paciente, e da sua família, em casos de doenças graves e incuráveis, ajudando no controle de sintomas físicos, psicológicos e sociais

A ortotanásia pode ser considerada a "morte natural, sem antecipação ou prolongamento, onde o médico não realiza procedimentos para o prolongamento artificial da morte, ele simplesmente deixa o paciente evoluir de forma espontânea e a seu tempo. Ou seja, a pedido do paciente o médico interrompe os tratamentos considerados inúteis e passa a respeitar o processo natural da morte.

Portanto, consiste na conduta que os médicos tomam ao avaliar que o estado clínico do paciente é irreversível e que sua morte é inevitável.

A prática da ortotanásia não ofende princípios no direito bem como não encontra impedimento legal, vista como a chance de fazer valer a dignidade da pessoa humana. Por outro lado, devido ao fato de não ser muito bem aceita ao entendimento dos indivíduos, sua prática é impedida por liminar solicitada pelo Ministério Público Federal.

Notório mencionar que, atualmente ainda não existe ao certo um posicionamento específico para a ortotanásia no Direito Penal Brasileiro .

Portanto, fica claro que não existe de fato em nosso ordenamento jurídico uma norma que regulamente a prática da ortotanásia, não existe uma lei que defina procedimentos, permissões ou proibições, o que se pode observar é que a resolução 1805/2006, regulamenta apenas a conduta que já era praticada por vários médicos, que é a de evitar o sofrimento do paciente terminal.

### **2.2.3 Mistanásia**

A prática da mistanásia consiste na eutanásia social, ou morte miserável, antes da hora.

Nesse sentido Massa (2019, p.) corrobora:

Do grego, junção de *mis* 'miserável' + *thanatos* 'morte', também chamada de "eutanásia social", que atinge "à grande massa de doentes e deficientes que não chegam à condição de pacientes, visto que estes não têm acesso efetivo ao sistema de saúde".

Por esse entendimento, observamos que a prática da mistanásia provoca a morte antes da hora de uma maneira dolorosa e miserável, assim fere o princípio da dignidade da pessoa humana.

Segundo a Constituição Federal, (1988, s/p.) positiva:

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

(...)

III - a dignidade da pessoa humana.

Portanto, tal prática é incompatível com o nosso ordenamento jurídico, por toda principiologia constitucional, pela inviolabilidade do direito à vida, como visto na determinação do artigo 1º da CRFB por ferir a dignidade da pessoa humana.

#### **2.2.4 Cuidados Paliativos**

Com criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos - ABCP, o interesse pelos cuidados paliativos vem ganhando visibilidade e se desenvolvendo com significativa aceitação no Brasil.

Diferencia-se fundamentalmente da medicina curativa por focar no cuidado integral, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes que enfrentem doenças graves, ameaçadoras da vida - conceito que também se aplica a familiares, cuidadores e equipe de saúde e seu entorno, que adocece e sofre junto.

Nunes (2008) A finalidade dos cuidados paliativos é:

Prover o melhor bem-estar possível para o doente terminal e sua família, até o chegar de seu falecimento, de modo legitimamente humano, respeitando os limites advenientes da dignidade do paciente. O objetivo dos cuidados paliativos é possibilitar a preservação da dignidade humana para cada ser humano, e não a integridade corporal ou a saúde, por intermédio da consequência, agir livremente e se autodeterminar.

Com tudo, a ideia inicial em relação a cuidados paliativos se desenvolveu pela Organização Mundial de Saúde - OMS, no ano de 1990, mas somente no ano de 2002 a OMS concedeu especial enfoque voltado para à prevenção do sofrimento.

Nesse sentido, Moritz (2008, p.425) ressalta que:

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

Portanto, os cuidados paliativos visam tomar o paciente em sua totalidade com o intuito de melhoraria da qualidade de vida, como também de seus familiares com o apoio de uma equipe médica.

Assim, surgem com o intuito de oferecer cuidados na terminalidade da vida ao paciente de forma digna, respeitando a sua autonomia e promovendo a humanização, esses cuidados conglobam métodos de tratamento sem que, se objetive a sua cura, pois os cuidados estão voltados para o doente em estágio terminal.

Portanto, ressaltamos que seu objetivo final não é a cura, tendo em vista que isso já não é mais possível devido ao estágio da doença, mas sim o cuidar do paciente até o momento término de sua vida com intuito de suavizar seu sofrimento, ou seja, que esse momento, deve se dar de forma calma, serena, sem sacrifícios e sem dor para o paciente, e demais envolvidos no processo.

Muitas vezes os Cuidados Paliativos se confundem com a indução da morte (eutanásia), ou com a suspensão dos tratamentos (ortotanásia).

Nesse sentido Pessini (2003, p.24) assevera:

Os Cuidados Paliativos não apressam a morte, apenas a aceitam como parte inexorável do processo de morrer, visto que não se suspende todo o tratamento, apenas os considerados fúteis ou inúteis. Cuidar paliativamente requer, muitas vezes, um tratamento mais ativo, mais abrangente e mais complexo. Não no sentido de sofisticação tecnológica, mas sim no de integração multidisciplinar, multiprofissional e transdisciplinar.

Portanto, os cuidados paliativos estão voltados para um cuidar mais abrangente, visando a qualidade de vida em questão, e não apenas o tempo atribuído a ela, visando ao controle da dor e ao alívio dos sintomas da doença detectada.

Mediante procedimento de cuidados paliativos observam-se alguns princípios que devem ser aplicados, quando do diagnóstico irreversível.

Nesse sentido, Menezes (2004, p.176) nos ensina:

Escutar o paciente, fazer um diagnóstico antes de tratar, conhecer muito bem as drogas a serem utilizadas, empregar drogas que tenham mais de um objetivo de alívio, manter tratamentos os mais simples possível; nem tudo que dói deve ser tratado com medicamentos e analgésicos; cuidados paliativos são intensivos; aprender a reconhecer e desfrutar pequenas realizações e ter consciência de que sempre há alguma coisa que pode ser feita.

O Código de Ética Médica (2009) assevera Princípios Fundamentais em seu Capítulo I que devem ser observados na relação entre o médico e seus pacientes, assim pode-se observar que:

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

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

E, é dentro dessa abordagem de atendimento que nasce e é construída dia a dia a área de atuação dos Cuidados Paliativos. O principal objetivo é aliviar o sofrimento do paciente e melhorar a qualidade de vida dos que têm o diagnóstico de alguma doença progressiva.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), conceituou em 1990 e tornou atual em 2002, a definição de Cuidados Paliativos como:

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

Em outras palavras, "o médico deve estar receptivo ao seu paciente, ouvir suas demandas desde o início do tratamento, para identificar com prontidão o período de inversão de expectativas, quando todo o tratamento adicional será, antes, fonte de sofrimento que de alívio para o doente.

Identificar os diferentes momentos do paciente e sua doença requer clareza de ideias e uma boa formação, não apenas médica, mas também humana e ética. Por exemplo, não podemos desistir de cuidar um doente em sua recaída inicial, quando dispomos de diversos recursos e há condições, por parte do doente, de 'encarar a batalha' pela cura. Mas a iniciativa contrária é igualmente danosa: a conhecida 'obstinação terapêutica', o prolongamento da vida a qualquer custo, independente de quando a morte é inevitável e as formas empregadas envolvem sofrimento maior ao paciente".



A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagrou com muita sutileza inúmeros Direitos Fundamentais, dentre eles o direito à Vida, à Saúde e à Dignidade da Pessoa Humana.

O foco para a pessoa, em sua individualidade, com suas particularidades e prioridades, se contrapondo à visão da patologia em si, é de grande importância para profissionais de saúde e sociedade de forma geral. Frequentemente, a terapêutica com foco paliativo é confundido com Cuidados Paliativos

No “mundo” jurídico isso não difere, uma vez que há aspectos que precisam serem abordados para que se formem normativas que mantenham Cuidados Paliativos de forma universal e tem-se visto que isso tem partido da judicialização.

Os cuidados paliativos não têm a intensão de resolver a patologia, pois a morte em consequência dessa patologia é certa e inevitável. Contudo, os efeitos e sintomas da patologia podem ser suavizados, ou mesmo podem não ser vivenciados pelo doente.

Sendo assim, é certo que a permanência da vida humana deve ser digna, bem como a morte da pessoa.

Para tanto, a Resolução do Conselho Federal de Medicina 1.805/2006 trouxe uma leveza ao profissional médico, no sentido ético, para que ofereça ao seu paciente um "bem morrer", ao contrário de um sofrimento desnecessário enquanto lhe restar vida.

Consequente a isso, a Lei estadual 10.241/1999, de São Paulo, afirma que o respeito à autonomia do doente em decidir por não tratar inutilmente a patologia, garantindo o direito de uma morte digna, com os cuidados paliativos necessários.

Maria de Fátima Freire de Sá (2000). Explica que:

[...] o critério para o diagnóstico 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.

Contudo, sob a ótica do jurídico, a morte acontece após a cessação da atividade cerebral. Antes deste período, o paciente ou doente terminal permanecem no processo do morrer, razão pela qual deve ser garantida a dignidade até o fim da sua vida.

Nessa conjuntura, se durante todo o desenvolvimento da pessoa foi garantida a sua dignidade humana, deve-se ter em vista que ao término da vida, sob pena de violação desta garantia, ela também deve ser acompanhada.

Nesse momento, também pode ser abordado o TESTAMENTO VITAL (LIVING WILL) que é um documento de cunho jurídico, em que o doente decide qual tipo de tratamento e procedimento médico quer ser submetido com relação a reversão de seu quadro de saúde irreversível para quando ele não se encontrar apto a tomar decisões.

A nomenclatura "Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), é usada quando se é observado que o autor, em um só documento, dispõe sobre vários itens relacionados a tratamentos médicos (que quer ou não, em qual hospital quer ser tratado, onde deseja vivenciar os últimos dias de vida no caso de patologia terminal ou irreversível, etc), este, para ser feito, não é preciso que o autor encontre-se com a doença terminal no período que fizer a declaração.

Segundo Dworkin (2003, p.280) " [...] a ênfase que colocamos no "morrer com dignidade" mostra como é importante que a vida termine apropriadamente, que a morte seja um reflexo do modo como desejamos ter vivido.

Podemos observar que, a ideias de dignidade humana nos liga à possibilidade da autonomia para o indivíduo conduzir sua vida e realizar sua personalidade conforme sua própria consciência, e, que esse poder de autonomia possa também alcançar os momentos finais da vida.

Relevante ressaltar que, o momento da terminalidade incluem o processo do morrer, assim, deve ser garantida a autonomia do ser humano que objetiva ter um término de vida digno, o direito de morrer dignamente.

### **2.2.5 Limite de Esforço Terapêutico**

Com o objetivo de minimizar o sofrimento, na esperança fútil de adiar a morte e respeitando à dignidade humana para com o paciente e sua família, surge o Limite de Esforço Terapêutico (LET), mais conhecido como Limitação terapêutica, ideia que surgiu com Hipócrates e atualmente sendo adaptada.

De acordo com Moritz, (2010, 419) observa-se:

O LET é a limitação dos recursos usados para se estender a vida de um paciente no fim da vida, também chamado de terminal, a partir de medidas

terapêuticas consideradas fúteis e, portanto, podendo ser negadas. Muitas equipes médico-hospitalares, tidas como responsáveis pelas decisões de aplicação ou não de tratamentos desses pacientes, usam o LET mesmo que não tenha um amparo legal.

No entanto, o LET não é arbitrário, o médico pode se respaldar no aspecto jurídico.

Na Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM n. 1931/2009, parágrafo único:

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

Parágrafo único.

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

Aliando então o LET com os cuidados paliativos, o processo de morte e morrer é um fato decorrente da vida. Não se prorroga nem se adianta a morte, apenas evita-se mais um sofrimento, dando uma maior qualidade ao tempo vital restante. Os limites entre a temática futilidade terapêutica e qualidade de vida, estão, estão interligados.

No Brasil, considera-se que a prática de uma viola os preceitos da outra. A qualidade de vida, colocada como essencial, não é aplicada e justificada quando há a prática de procedimentos fúteis e dolorosos.

Alguns mecanismos que têm a qualidade de vida e bem-estar como objetivos são indicados em oposição aos tratamentos obstinados, como os cuidados paliativos e Limite de Esforço Terapêutico (LET), ratificando-se a preferência da qualidade de vida sobre a tentativa falida e fútil de se prolongar a vida.

### **2.2.6 Interrupção de Suporte de Vida**

Mediante delicadas situações existentes dentro de uma unidade hospitalar, torna-se indispensável um consenso em relação ao processo terminal do paciente, em segundo instante, torna-se de suma importância debater sobre as possíveis ações a serem tomadas.

É imperioso destacar que seja conduzido um momento de discussão com a equipe multidisciplinar e, após, com o enfermo e sua família, sempre considerando

os princípios éticos e morais, sem perder relevância da particularidade de cada momento.

As metas devem ser comuns entre familiares e equipe hospitalar, sempre focando ofertar conforto e minimizar o sofrimento para o enfermo.

Inúmeras atitudes frente ao paciente terminal acabam sendo assumidas pela equipe multidisciplinar.

Prevalece o princípio da não-maleficência no momento em que o paciente se encontra em fase de morte inevitável, nas condutas posteriormente assumidas.

A atuação da equipe deve focar ao conforto do mesmo e ao alívio do seu sofrimento, não podendo por isso capitular frente de possíveis sentimentos de incapacidade, incompetência ou omissão.

Nesse período, a equipe tem obrigação ética e moral de manter o suporte emocional e todas as medidas que visem a não-maleficência, questionando todas aquelas que possam ferir tal objetivo (tratamento fútil ou causador de sofrimento).

Com relação a não-adoção ou interrupção retirada de medidas de suporte de vida, observa-se que nos Estados Unidos, na última década, a interrupção de tratamento de suporte de vida, além de ser muito debatida, tem sido permitida em momentos onde a continuação do mesmo é vista como mais sofrida do que benéfica para o doente.

Tal decisão engloba julgamentos não somente do domínio médico, mas, principalmente, éticos, morais e legais.

Esta medida engloba a interrupção de todo e qualquer tratamento ou conduta médica de manutenção da vida do doente que, crê-se, não mais traz benefício para ele, ou até prolonga o seu sofrimento. A interrupção é condicionada à permissão ou consentimento do próprio paciente ou sua família.

Ainda que filosoficamente parecidos, parte da equipe médica entende como não-adoção ou interrupção de medidas de suporte de vida como atitudes distintas.

Nessa perspectiva, tal conduta foi instituída nos Estados Unidos, quando as primeiras recomendações para a reanimação cardiopulmonar (RCP) insinuavam que "a RCP não seria indicada em alguns momentos, como em casos de patologia terminal irreversível, não fosse inesperada, já que tal ato levaria a conflitos com os desejos do próprio doente ou poderia não atender aos seus melhores desejos.

Considerava-se atitude compatível com alguns valores éticos: não prolongar a morte, evitar tratamento fútil, e distribuir recursos médicos a outros pacientes que deles pudessem se beneficiar, segundo Zimmerman.

Deve-se essas atitudes atender aos princípios da beneficência e não maleficência, pecando na sua adoção por ser unilateral e infringir o princípio da autonomia.

Ainda que haja disparidade em relação a essa terminologia, entende a *Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine (SCCM)* que em uma decisão de interrupção de medidas de suporte de vida não existem diferenças morais intrínsecas entre as categorias de cuidados, tais como reanimação cardiopulmonar, suporte ventilatório, uso de vasopressores, antibióticos e insulina, bem como nutrição e hidratação por meios artificiais.

Ao contrário disso, a ética defende que em um paciente terminal, quando houver um consenso sobre a irreversibilidade do estágio de sua doença (morte inevitável), a prioridade será o princípio da não-maleficência, sendo consideradas ordinárias apenas as condutas que manterão o paciente em situação confortável.

Decidido pela interrupção de suporte de vida no paciente terminal, a atenção deve se voltar para o conforto, minimizar sofrimento deste e de sua família, assegurando uma morte digna, bem como deve ser ofertado cuidados de higiene e conforto e analgesia.

### **2.2.7 Testamento Vital**

Termo que surgiu ano de 1967, nos EUA através da Sociedade Americana para a Eutanásia, com o nome de *living will*, consiste em um documento de cuidados antecipados para a área da medicina.

Apresentando-se entre diversas nomenclaturas como, Declaração Prévia de Vontade do paciente terminal, Declaração Prévia de Vontade para o fim da vida e, após algumas atualizações e divulgação entre alguns países ficou conhecido como Testamento Vital ou Testamento Biológico.

Consiste em um tipo de documento, com conteúdo redigido por pessoa capaz que expressa sua vontade em relação à intervenção médica e tratamento que espera ou não se submeter no fim da vida, caso não haja possibilidade de escolha..

Nesse sentido, Enquanto para Luíz Paulo Vieira de Carvalho (...p.) acrescenta que:

Trata de “negócio jurídico Inter vivos de conteúdo não patrimonial, pelo qual a pessoa natural, alicerçada na autonomia privada, no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III, da CRFV) e nas autorizações normativas acerca da liberdade que se tem para se decidir sobre a própria saúde e o tratamento a que se deseja submeter ou não (arts. 1º, inciso II, 5º, incisos II, III, VI, VIII e X, ambos da CRFB, arts. 13, 14 e 15 do CC e Lei 9.434/1997), antecipa manifestação de vontade nesse campo, de molde a evitar eventual impossibilidade física de fazê-lo ulteriormente.”

É uma espécie de documento em que o paciente expõe sua vontade acerca de quais tratamentos serão realizados caso se encontrem em estado terminal, quando já não é possível expressar sua autonomia.

Esse documento objetiva registrar todo procedimento a ser empregado pelo médico diante da possibilidade de inconsciência do paciente, quando impossibilitado de expressar sua vontade em decorrência da ausência de funções vitais, na hipótese de perda de consciência, sem previsão de recuperação na presença de sequela que torne o paciente dependente de cuidados permanentes, “[...] é o registro a quais tratamentos e não tratamentos deseja ser submetida caso esteja em fim da vida.” (DADALTO,2013. p.24).

No Brasil, apesar de não haver uma norma jurídica específica sobre o esse documento, a interpretação conjunta de princípios, normas constitucionais e inconstitucionais proporciona a defesa de sua utilização, apresentando, inclusive, jurisprudência tratando do assunto.

Os princípios constitucionais da autonomia da vontade (implícito no artigo 5º), da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), além da proibição do tratamento desumano (art. 5º, III) são alicerces da possibilidade do paciente manifestar sua vontade sobre a aceitação ou recusa de tratamentos na hipótese do fim da vida.

Observamos nesse documento, que ele intui a preservação dos princípios da dignidade humana e da autonomia privada, servindo como base para a liberdade do indivíduo sobre as disposições que desejam colocar em seus documentos, fundamento claro que sua validação é benéfica aos seus usuários.

De acordo com, Dadalto (2013, p38) explicita:

O testamento vital é expressão da autonomia do sujeito, garantidor da dignidade deste, pois ao garantir ao indivíduo o direito de decidir sobre os

tratamentos aos quais deseja ser submetido caso se torne um paciente terminal, preserva sua vontade e evita sua submissão ao esforço terapêutico – prática médica que visa manter a vida mesmo sem condição de reversibilidade da doença -, considerado pela presente pesquisa um tratamento desumano diante da comprovação que este esforço não causará nenhuma vantagem objetiva ao paciente, vez que não impedirá a morte deste.<sup>96</sup>

Portanto, observa-se que esse documento proporciona a autonomia a que todo ser humano possui, principalmente a oportunidade de planejar o que quer vivenciar, baseado em seus valores, crenças e princípios, sendo capaz também de fazer as suas decisões gerarem efeitos no futuro

Diante do exposto, cabe ressaltar que a importância do testamento vital é inegável, pois além de proteger a vontade do paciente terminal nele será garantido o efetivo cumprimento das disposições que o autor colocar no documento, desde que tais cláusulas não contrariem as normas vigentes no ordenamento jurídico.

#### **2.2.8 Omissão de socorro**

Conceituar com exatidão sobre omissão de socorro torna-se uma missão difícil, pois é um tema bastante amplo e complexo que envolve detalhes e interpretações diferentes em cada caso.

Contudo, é na área da saúde que o tema geralmente ganha proporções relevantes, podemos primeiramente mencionar a negligência como uma forma de omissão, ou seja, quando um médico deixar de atender um paciente, ou fizer um tratamento inadequado ao problema que o paciente apresenta, a atitude pode ser enquadrada como negligência médica, e não só é crime como também fere ao juramento médico.

Ressaltamos que, consiste em dever moral, ético e profissional aos profissionais de saúde o dever de garantir assistência a qualquer pessoa que se encontra em situação de perigo, como também zelar pela saúde do paciente.

O profissional de saúde que, comprovadamente, comete o crime de omissão de socorro deve ser devidamente punido com a aplicação da pena de detenção ou multa, nesse caso, é necessário observar qual foi a atuação desse profissional.

Entendemos, por via de regra, que a pena aplicada consiste em multa além da possibilidade de detenção de seis meses a um, e, ainda, a pena pode aumentar o

dobro, caso a conduta omissiva tenha sido responsável por ocasionar lesão corporal de natureza grave na vítima, e triplicada se o paciente vier a falecer.

Perante o mencionado acima, ainda podemos acrescentar, se o profissional se encaixar na condição de garantidor conforme expressa o (Art. 13 do CP), e o paciente venha a falecer ou sofra lesão grave, ele poderá vir a ser responsabilizado pelos crimes de homicídio ou lesão corporal, decorrentes de dolo ou culpa, assim a pena pode variar de 2 meses a 20 anos de detenção.

Portanto, ressaltamos que esse tipo de crime (omissão de socorro) consiste em uma conduta reprovável e que enseja a reparação dos danos pela via judicial.

Quando requerer reparação por via judicial, tanto paciente como profissional, será necessário contar com o auxílio de um advogado especializado no assunto, pois esse será o responsável em reunir e organizar as provas, elaborar as peças processuais e representar o cliente em todas as fases.

Observa-se que existem duas classificações de omissão: a omissão própria, exemplo a omissão de socorro e a omissão imprópria, exemplificada pelo homicídio por omissão

Na esfera judicial, podemos definir omissão de socorro, mediante art. 135 do Código Penal como: "[...] deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal [...] ou não pedir nestes casos o socorro da autoridade pública". Portanto consiste em crime omissivo próprio.

A omissão própria de que está aludida no artigo 135 do Código Penal (omissão de socorro) acontece quando o agente, sendo possível ofertar assistência sem risco pessoal ao menor, abandonada ou extraviada, à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo, não o faz ou, não sendo possível realizá-lo sem risco, deixa de pedir socorro à autoridade pública que o possa realizar.

Na primeira situação citada (do médico que deixa de aplicar as manobras de reanimação indicadas porque o paciente está inadimplente), compreendemos haver omissão imprópria, causando homicídio por omissão, pois está relacionado ao paciente viável, onde o médico age com dolo de omissão.

Se o elemento subjetivo for a culpa a negligência na concepção do paciente tem-se o delito de homicídio

Na hipótese do médico que, apiedado com a falta de qualidade de vida do paciente, deixa de prover-lhe cuidados vitais essenciais, tem-se uma situação de



eutanásia passiva, um homicídio por omissão, privilegiado pela motivação compassiva do agente de acordo com o Código Penal Brasileiro.

Já na última situação, avalia-se típica ortotanásia, que, não configura omissão própria e também não configura imprópria, mas configura uma ação com base na boa prática profissional. Entre os exemplos descritos, também tem-se a omissão de socorro na hipótese do acompanhante que deixa de solicitar ajuda em prol do doente agonizante.

Assim os crimes omissivos próprios, cujo espécie pertence o delito de omissão de socorro encontra-se previsto no art. 135 do Código Penal:

Art. 135. Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: Pena – detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa. Parágrafo único. A Pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Nesse diapasão, observa-se que a imputação do agente no crime omissivo próprio se dará não pela lesão ao bem jurídico, mas sim pelo próprio não agir conforme a lei ordenava.

## 2.3 ESTRUTURA CONCEITUAL PERANTE EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO

### 2.3.1 Eutanásia

Prática mais questionada que se encontra no centro das discussões perante diversos países, nas diversas áreas do conhecimento, tal como perante a sociedade e a religião, por ser entendida como o ato de abreviar a vida de um indivíduo.

Depreendemos que é o momento que se dá quando o médico provoca a morte de um paciente que se encontra por exemplo, em fase terminal dentro de um quadro irreversível, onde já se esgotou todos esforços com o fim de acabar com seu sofrimento.

Para alguns estudiosos a palavra Eutanásia se expressa de diversas formas como por exemplo:

Para França (2007, p. 490), "[...] morte piedosa, morte benéfica, fácil, doce, sem sofrimento e dor, boa morte, crime caritativo, ou simplesmente direito de matar".

Já Borges (2001, p.98), acrescenta que “[...] a palavra eutanásia, etimologicamente, significa “boa morte ou morte sem dor, tranquila, sem sofrimento”.

Nas palavras de Martin () pode-se compreender a eutanásia como:

Uma abreviação direta da vida do paciente com intenção eliminadora, por meio de ação ou omissão movida pela compaixão. [...] são quatro os elementos fundamentais para diferenciá-la das demais modalidades de abreviação da vida com as quais comumente é confundida. Sendo eles: o resultado provocado, a intenção ou motivação para praticar o ato, a natureza deste e as circunstâncias em que é praticado.

Como podemos observar são amplos o entendimento a respeito da palavra eutanásia, mas sua finalidade como já mencionado, consiste basicamente na ação médica pela qual se acelera o processo de morte de um doente terminal com intuito de não prolongar seu sofrimento.

Os posicionamentos contra esta prática, asseveram que a vida humana é inviolável, e ninguém tem o direito de abreviá-la, e, além disso, é muito difícil definir quais pessoas ainda podem ter o sofrimento aliviado sem que seja necessário antecipar a sua morte. Entretanto, sua prática é ilegal na maioria dos países, já que envolve a vida humana.

Essa prática é proibida no Brasil, os termos ou expressões referentes a esses procedimentos não constam no Código Penal, e, quem praticá-los pode ser acusado de homicídio doloso.

Existem tipos diferentes de eutanásia, que definem melhor a maneira como está antecipação da morte será feita, e incluem: Eutanásia ativa voluntária, Eutanásia ativa, Suicídio assistido involuntária e Eutanásia passiva.

Pícolo (2012, p.17) colabora frisando que:

Eutanásia ativa voluntária: é feita pela administração de medicamentos ou realização de algum procedimento com o intuito de levar o paciente à morte, após o seu consentimento;

Eutanásia ativa involuntária: é a administração de medicamentos ou realização de procedimentos para levar o paciente à morte, em situação na qual o paciente não consentiu previamente. Esta prática é ilegal em todos os países.

Suicídio assistido: é o ato realizado quando o médico fornece medicamentos para que o próprio paciente possa abreviar a vida e, Eutanásia passiva, caracterizada pela suspensão ou término dos tratamentos médicos que mantêm a vida do paciente, sem oferecer nenhum medicamento para a sua abreviação, neste caso, não se causa a morte da pessoa, mas permite que o paciente morra naturalmente, podendo ser enquadrada na prática de ortotanásia.

Portanto, a diferença de nomenclatura está no meio empregado, ou seja, em uma tem uma ação (ativa) em outra omissão (passiva).

Em nosso ordenamento jurídico, não há previsão legal para a eutanásia, sendo assim, sua prática, poderá ser enquadrada no Código Penal, e configurar em crime.

No ponto de vista individual do enfermo que pretende tal prática, é uma maneira de abreviar o sofrimento causado por dores físicas e psicológicas por se encontrar em determinada situação. Por outro lado, dispõe-se a tutela jurisdicional do direito à vida, versado como irrenunciável, no qual na esfera penal e religiosa, nenhum homem tem direito de interromper ou intervir na vida do outro.

Para melhor compreensão, e sem prejuízo de outras classificações, o termo “eutanásia” pode ser usado de maneira “[...]genérica para se referir ao suicídio assistido, à eutanásia voluntária ativa, à eutanásia não-voluntária e à eutanásia passiva” (ABREU, 2015, p. 2).

Como se sabe, a eutanásia é e sempre foi considerada crime no Brasil, em qualquer de suas modalidades.

Se praticada diretamente pelo médico, ainda que a pedido do paciente, configura o crime de homicídio previsto no artigo 121 do Código Penal. Há apenas a possibilidade de atenuação da pena se se entender que o ato fundou-se em “motivo de relevante valor moral” (Código Penal, art. 121, § 1s).

Quando praticada pelo próprio paciente com o auxílio do médico, configura o crime de auxílio ao suicídio (Código Penal, art. 122).

A situação no resto do mundo não é muito diferente, à exceção de poucos países, como a Holanda e o Uruguai, que embora não a tenham legalizado, exoneram de punição o médico que a pratica desde que cumpra determinados requisitos previstos na lei.

Notório que, a Eutanásia sofreu alterações de interpretação ao longo do tempo devido aos avanços global, ético-moral, jurídico e sociocultural, assim seu termo possui variações e ramificações de sua prática, cada um traz um aspecto diferente dos métodos e dos procedimentos utilizados. O Brasil judicialmente não pondera a eutanásia em relação à dignidade da pessoa humana, pois a lei proíbe e trata como crime, não pode o judiciário praticar a discriminação arbitrária. O direito à vida é um direito constitucional, entendido pela maioria da doutrina como direito supremo, ou seja, de todos, o que é menor forma pode ser violado.

A eutanásia, na maioria dos países inclusive no Brasil, é tipificada como crime, pois ofende o bem maior máximo do Estado constitucional: a vida. Mesmo quando a vida não tem dignidade, continua sendo vida. E a vida é o bem supremo de todos, não devendo sofrer violações.

A eutanásia pode ser analisada de diversas maneiras. O tema pode ser pensado na relação com o Direito Civil e na incapacidade jurídica que alguém que está sofrendo tem de fazer uma decisão racional.

Portanto, compreender o verdadeiro significado da Eutanásia torna-se uma tarefa difícil por se aproximar do conceito de suicídio, mas independentemente de sua esfera ela nos remete ao sentido de pôr fim a vida.

### **2.3.2 Suicídio Assistido**

A prática do suicídio assistido geralmente é confundido com a prática da eutanásia e, de fato, existem pontos semelhantes entre as duas situações, portanto cabendo aqui, deixar claro tais semelhanças e diferenças.

Observa-se, na prática do suicídio assistido também se verifica que, diante de um paciente comido por uma doença incurável, em estado terminal ou não, busca pôr termo ao seu sofrimento, provocando a própria morte.

No entanto, apesar da similitude de ambas as situações, as práticas não se equivalem, pois, enquanto na eutanásia um terceiro age e desta ação advém, diretamente, a morte; no suicídio assistido, a morte não decorre diretamente da ação de terceiro, ela é consequência de uma atitude do próprio paciente, sob a assistência de um terceiro, assistência esta que pode compreender uma orientação, o auxílio ou apenas a observação deste terceiro.

O procedimento não objetiva trazer a morte, mas sim poupar o doente de dores que ele considera desnecessárias, uma vez que o fim de sua vida, devido à terminalidade da doença ou condição médica em que se encontra, é iminente.

O termo suicídio assistido apareceu em 1990 com Dr. Jack Kevorkian, médico de Oregon (EUA), conhecido como "Doutor Morte", que inventou a máquina do suicídio, nesse sentido Kovács, (2003, p. 197-198) ressalta:

A máquina do suicídio possui três seringas e uma agulha com um dispositivo para ser acionado; na primeira seringa administra uma solução salina, para deixar uma veia pérvia, na segunda um poderoso relaxante

muscular, que pode ser manipulado pelo paciente quando este quiser iniciar o processo, e a terceira contém cloreto de potássio, que provoca parada cardíaca imediata. Quando o paciente aciona a segunda seringa, imediatamente inicia o processo de sua morte. Isso implica na vontade e ação do paciente, configurando o que Kervokian chama de *medicídio*, a morte planejada.

A profissão médica no Brasil, não caracteriza nem fomenta o induzimento ou auxílio ao suicídio. Uma vez que, não somente o médico, mas qualquer pessoa que induzir, instigar ou auxiliar alguém a se suicidar, responderá ao crime previsto no art. 122 do Código Penal, como pena de reclusão de 2 a 6 anos se o suicídio se consuma ou de reclusão de 1 a 3 anos, se da tentativa de suicídio, resulta lesão corporal de natureza grave.

Esse dispositivo, aliado à proteção garantida pela Constituição Federal evidencia o direito à vida consagrado no Direito Pátrio.

Porém, o suicídio assistido vai tecnicamente contra o direito à vida, por isso deve ser analisado de maneira aprofundada.

Essa vida engloba a “[...] vida psíquica, física, espiritual, metafísica, corpórea, material, psicológica, enfim, a vida total de uma pessoa. Até mesmo a vida do doente terminal, em seus últimos instantes, é protegida” (PIRES, 2016, p. 205).

Importante citar que “[...] alguns códigos penais de influência anglo-saxônica punem a tentativa de suicídio. Outros, com uma legislação inspirada no modelo napoleônico, castigam apenas quem facilita ou estimula o ato suicida” (BARSA, 2010).

Conforme a doutrina, o Suicídio assistido “[...] é suicídio cometido com a ajuda de outra pessoa, às vezes um médico” (HARCOURT).

O Suicídio assistido por médico, envolve a pessoa conscientemente e intencionalmente que fornece a outra “[...] conhecimento ou meios necessários para cometer suicídio, incluindo aconselhamento sobre doses letais de drogas, prescrição ou fornecendo as drogas” (CANADENSE, 2007).

O suicídio assistido por médicos é similar, mas formalmente distinto da eutanásia.

Nos casos de eutanásia, o médico administra os meios de morte, geralmente uma droga letal. No suicídio assistido por médico, é necessário que uma pessoa de mente sã manifesta voluntariamente seu desejo de morrer e solicita a medicação que acabará com sua vida. O aspecto distintivo é que [...] o suicídio assistido por

médico requer que o paciente auto administre as drogas (MATERSTVEDT E KAASA, 2002, p. 10-19).

Alguns países como “Canadá, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Colômbia e Suíça permitem que os médicos auxiliem fisicamente na morte de pacientes” (EMANUEL e ONWUTEAKA-PHILIPSEN, 2016, p. 316).

Em sentido contrário o “[...] código de Ética da American Medical Association afirma que proíbe o suicídio assistido por médico porque é “fundamentalmente incompatível com o papel do médico como curador” (LAGAY, 2003).

A vida “[...] se configura como o bem mais importante do ordenamento jurídico, por isso é indisponível” (AGRA, 2018, p. 204).

Se é indisponível o direito não permite de que dela se disponha, seja inclusive no fato de vontade livre e consciente, pois “[...] o direito à vida é o mais elementar dos direitos fundamentais; sem vida, nenhum outro direito pode ser fruído, ou sequer cogitado” (PAULO e ALEXANDRINO, 2017, p. 115).

Inclusive o direito à vontade livre e consciente.

Para prevenir irracionalidades, o direito deve agir protegendo o bem maior Supremo que a vida. Assim, o debate não permeia o indivíduo como pessoa por si só, mas o indivíduo englobado na sociedade que deseja preservar os bens constitucionais. A vida sempre deverá prevalecer.

No Brasil, o suicídio assistido é crime previsto pelo Código Penal:

Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça: Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave. Parágrafo único - A pena é duplicada: Aumento de pena I - se o crime é praticado por motivo egoístico; II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência. (BRASIL, 1940).

Portanto, por ser a vida, salvo nas exceções legais, considerada um bem jurídico inviolável, aquele que prestar assistência ao suicídio será responsabilizado pelo crime de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio, como mencionado no Código Penal

### **2.3.3 Parecer Internacional**

A configuração judiciária americana é diferente dos outros países da América.

Nos Estados Unidos, cada Estado é livre para estabelecer a sua legislação, independentemente da legislação federal.

A título de exemplo, as Constituições Estaduais brasileiras devem refletir a forma da CF, haja vista que as normas estaduais não podem contrariar ou estabelecer inovações legislativas que se contraponham à Carta Magna.

Nos Estados Unidos, cada um dos Estados é livre para estabelecer a sua legislação, sendo a pena de morte permitida em alguns, e proibida em outros.

O regramento acerca da eutanásia também seguiu tal padrão, mas ainda não foi estabelecida uma legislação federal acerca do direito de morrer. Quando surgia um caso em que se desejava a prática da eutanásia, era levado aos Tribunais para se decidir.

Um dos primeiros casos judicializados não ocorreu no Brasil, mas sim nos Estados Unidos, no ano de 1976: Karen Ann Quilan, no Estado de Nova Jersey, após uma overdose de drogas e álcool, sofreu uma parada cardíaca e entrou em coma, com diagnóstico de estado vegetativo crônico e permanente, mantida por respirador artificial.

O pai de Quilan solicitou à corte estadual autorização para interromper o tratamento, obtendo decisão favorável, com base no direito constitucional à privacidade e à autodeterminação.

Ainda em 1976, o Estado da Califórnia aprovou a lei do *Natural Death Act*, que trata do testamento vital - documento em que o signatário pode estabelecer as diretrizes acerca dos procedimentos médicos que não devem ser usados para mantê-lo vivo, e isenta de responsabilidade civil e criminal os profissionais de saúde que o respeitassem.

Até o início da década de 1990, quarenta e dois Estados americanos reconheceram a validade jurídica dos testamentos vitais (*living will*).

Diante dessa gama de Estados que legitimavam a prática, em 1991, o *Patient Self-Determination Act* alargou o entendimento para todo o território americano, ao impor aos estabelecimentos de saúde (com financiamento federal) que informem aos pacientes sobre os cuidados de saúde e sobre os direitos de consentir ou de recusar tratamento e de realizar diretivas antecipadas.

Portanto, vê-se que, nos Estados Unidos, as decisões acerca da antecipação da morte não contam com uma legislação específica e com normas preestabelecidas, como nos casos de Holanda e Bélgica.

Assim, os casos que se apresentam são judicializados em cada um dos Estados e as decisões aplicam-se somente ao caso concreto posto em juízo.

No Brasil, o CFM estabeleceu, na Resolução 1995/2012, a possibilidade de o paciente determinar as diretivas antecipadas da sua morte, ou seja, permitiu a confecção do testamento vital.

A Resolução, em seus artigos 1º e 2º, preconiza:

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

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

Seguindo uma tendência internacional, como por exemplo, a do Direito americano, o Brasil permitiu ao paciente manifestar a sua vontade nas decisões, dividindo a responsabilidade da escolha sobre os rumos de sua vida com o médico.

A Resolução visa principalmente isentar o médico de qualquer ação judicial que advenha da obediência ao testamento vital, uma vez que o texto reflete o desejo do paciente e confere ampla aplicação ao princípio bioético da autonomia.

Sempre procuramos entender e compreender como é tratada a prática da eutanásia no Brasil, mas também abrindo visão para o âmbito Internacional, buscando analisar as legislações onde a prática é permitida, compreendendo melhor os procedimentos, forma como é julgada, qual norma será aplicada.

Assim, conseguiremos mensurar como os fatores sociais e culturais influenciam na constituição das normas.

Pois é de suma importância encontrar opiniões diversas, encontrar culturas e formas diferentes de ver essa prática, por esse motivo, ter o olhar para outros povos, em suas particularidades nos permite abrir os horizontes para compreensão de ideias e opiniões diversas.

Quando deparamos com essa diferença de opiniões, legislações, argumentos, nos permite chegar em um consenso de forma pragmática na resolução de conflitos.

No mundo, países como a Holanda, Bélgica e Luxemburgo já adotam o instituto da eutanásia. A Holanda foi o primeiro país a autorizá-lo, em 2001.

Diversos países atualmente discutem o direito à morte, sendo ela digna.



Países como Holanda, Bélgica, Suíça, Uruguai e Colômbia possuem normas a respeito do direito à interrupção da vida em casos de doenças incuráveis, em que exista dor insuportável e incontrolável por medicamentos.

Muitos países Europeus, principalmente na Alemanha, naturalmente avessa a qualquer chance de prática direcionada à antecipação da morte diante de sua história de violação de direitos humanos, e por isso debatem arduamente por propostas normativas.

Os Estados Unidos, com sua composição de independência legislativa estadual, já têm nos dias atuais, quatro estados com leis próprias, além de algumas decisões judiciais conferindo o direito à assistência médica para abreviação da vida, como questão de saúde pública.

O Uruguai foi o primeiro país a preceituar em sua legislação sobre a Eutanásia e sua possibilidade, "[...] no ano de 1934, com o Código Penal que passava a vigorar, e sob a perspectiva dos estudos e da doutrina do penalista Jiménez de Asúa.

De acordo com Godim (2004) observa que:

Não é permitido no Uruguai o suicídio assistido, o referido professor define o ato: O suicídio assistido ocorre quando uma pessoa, que não consegue concretizar sozinha sua intenção de morrer, e solicita o auxílio de um outro indivíduo. A assistência ao suicídio de outra pessoa pode ser feita por atos (prescrição de doses altas de medicação e indicação de uso) ou, de forma mais passiva, através de persuasão ou de encorajamento. Em ambas as formas, a pessoa que contribui para a ocorrência da morte da outra, compactua com a intenção de morrer através da utilização de um agente causal.

Diante disso, o Uruguai não autoriza a Eutanásia, e sim possibilita a não punibilidade do indivíduo que a fizer, desde que este o faça sob condições previamente estabelecidas.

A Holanda desde 1970 tem no ceio das discussões a Eutanásia, contudo em 2001 a legislação foi aprovada e, somente após 32 anos de discussão entrou em vigor em 2002, permitindo a Eutanásia.

Nesse sentido, Diniz (2018, p.7) acrescenta ainda:

Em 1993 o "*Burial Act*" versou sobre critérios para Eutanásia e elementos para a notificação deste procedimento pelo médico. Os critérios principais são o pedido voluntário do paciente, este estar sob sofrimento insuportável e doença sem cura e ter sido ouvido o parecer de um segundo médico, ainda nos indivíduos entre doze e dezesseis anos, os pais devem autorizar.

Mesmo assim, o Ministério da Justiça e a Real Associação Médica Holandesa, entraram em consenso e permitiram que o médico que fosse executar o procedimento se valesse de uma notificação.

Na Alemanha a palavra Eutanásia devido a sua associação aos crimes nazistas desde 1947 foi banida do país. Assim, as discussões sobre as questões vinculadas à “[...] terminação da vida giram em torno do conceito “*assistance to die*” (FERREIRA, 2016, p. 56), assistência para morrer.

A assistência para o suicídio assistido na Alemanha é classificada como ativa e passiva. Na definição de assistência ativa para a morte, considera a importância da dignidade humana vinculada à autonomia e respeito aos direitos individuais. Assim, prevê a necessidade de consentimento do paciente.

Notório que, a prática em si da Eutanásia é expressamente proibida pelo Código Penal Alemão.

De outro lado, o suicídio assistido não é vedado por lei, mas também não é autorizado em lei específica. Sendo assim, a permissibilidade do suicídio assistido se dá de forma tácita, em razão de o Código Penal não criminalizar a ajuda a um suicida com o fornecimento de arma ou substância letal.

No Japão, a Associação Japonesa de Medicina Aguda se manifestou a favor da prática da Eutanásia, assim a prática é permitida no país. Para o procedimento é necessário que o paciente terminal formalize sua vontade ou sendo desconhecida a vontade deste, uma equipe médica deve ser a responsável pela decisão.

Já no outro país Asiático, a China, a prática da Eutanásia é proibida, em contraposição, o governo desse país, em 1998 permitiu os hospitais a praticar a Eutanásia para doentes em fase terminal.

Resumidamente, a Suécia aderiu ao auxílio ao suicídio executado pelo médico, com o oferecimento de droga letal ao paciente, que, ingere conscientemente. Uruguai aderiu ao “homicídio piedoso”. Espanha aderiu ao “Testamento vital” e, a França aderiu a limitação terapêutica, quando tácito ou expresso consentimento do paciente;

Observando que, na Holanda, a prática de eutanásia e suicídio assistido passaram a ser legalizada em todo território holandês, desde que fossem praticadas por um médico e fossem atendidos todos os requisitos necessários, onde, estar o paciente acometido de doença incurável e sentir dores insuportáveis, o paciente

deverá ter solicitado, de forma expressa e voluntária, para morrer; só poderá ser realizada a eutanásia após um segundo médico emitir sua opinião sobre o caso.

A Bélgica, Alemanha, Áustria aderiram legalmente a eutanásia, somente em alguns casos selecionados.

O testamento vital já é amplamente utilizado em país como Estados Unidos, que possui o ("*living will*"), na Espanha (testamento vital), já a Itália (testamento biológico); e, na França ("*testament de vie*").

É imperioso destacar que, em momentos de normalidade física e psíquica, morrer não é uma opção, mas se for a única alternativa, como o Estado deve estar preparado para atender aos anseios desses pacientes.

Comparando a essa moderna e necessária visão, seria o momento de discutir uma legislação que garantisse o direito aos profissionais da saúde realizar o último desejo de seu paciente, quando não há mais cura e o sofrimento insuportável é a única certeza.

Existem países que não admitem a Eutanásia que devido as inúmeras discussões até então não acatam tal conduta.

Podem-se incluir neste rol de países que não admitem a Eutanásia, países como o Brasil e a Itália. Sobre o Brasil, já se procedeu intensa discussão em tópico anterior, de modo que agora a atenção se volta para o caso italiano.

A Itália, assim como o Brasil, ainda tipifica a prática da eutanásia como homicídio, mas, em determinados casos, como por exemplo, por motivo humanitário ou com consentimento do paciente, se pune a conduta com a pena designada para o homicídio, porém de forma atenuada.

O Código Penal italiano é similar ao brasileiro ao tratar dos temas que abordam o suicídio e o homicídio, não criminalizando a conduta do suicídio em si, mas apenas todas as formas de seu auxílio, bem como o homicídio consentido pela vítima.

No Brasil, ainda não existe forma definida para a exteriorização da vontade da vítima, quando da prática da eutanásia.

Na Itália, a exteriorização desse pedido pode se dar de forma expressa ou tácita, exigindo-se apenas que o outorgante se manifeste de maneira inequívoca e livre.

Veja-se que, nos casos em que existe a permissão, a conduta ainda é considerada como crime - como já exaustivamente relatado - mas, para a punição

como crime privilegiado, é necessário que se observe que o pedido/autorização do paciente foi dado/a sem qualquer vício de consentimento.

Mas, em contrapartida dos países citados acima, existem países que admitem a Eutanásia.

Existem países que permitem sim a prática da eutanásia, desde que seja adotada com respeito aos moldes legislativos estabelecidos.

Desse modo, a Holanda e o Uruguai aprovaram legislação que descriminaliza a conduta de abreviação da vida, com a finalidade de cessar o sofrimento do doente incurável e de preservar o princípio da dignidade humana.

O Código Penal Uruguaio de 1933 prevê, em seus artigos 37 e 127

*37. (Del homicidio piadoso)*

*Los Jueces tiene la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima.*

*127. (Del perdón judicial)*

*Los Jueces pueden hacer uso desta facultad en los casos previstos en los artículos 36, 37, 39, 40 y 45 del Código.<sup>124</sup>*

A ocorrência do homicídio piedoso como é denominada a eutanásia na legislação uruguaia, somente é possível quando o sujeito que pratica o ato cumprir três requisitos, quais sejam: tenha antecedentes honoráveis; aja por motivo piedoso; atenda aos pedidos reiterados da pessoa que deseja morrer.

Veja-se que a legislação uruguaia, diferentemente da holandesa, referida em capítulo anterior, não exige que a conduta seja perpetrada pelo médico. Qualquer pessoa que tenha conduta honorável<sup>125</sup> poderá praticar o ato. Não obstante, para que haja a caracterização como homicídio piedoso, é preciso que os três requisitos listados estejam presentes.

Caso se proceda a eutanásia apenas por motivo humanitário, a conduta será classificada como homicídio.

Outro país que também aprovou a legislação que autoriza a eutanásia foi a Bélgica, utilizando-se do molde holandês. Assim como na Holanda, na Bélgica, o sujeito ativo para a prática da eutanásia é apenas o médico.

A legislação belga especifica ainda outros requisitos para que seja efetivada a eutanásia, quais sejam: a maioria do paciente, a capacidade e a consciência no momento do pedido que deve ser escrito e o sofrimento físico ou psíquico constante

e insuportável que não possa ser acalmado, causado por alteração acidental ou patológica incurável

Ainda assim, o requisito da maioria penal deixou de ser exigido recentemente, pois o parlamento belga aprovou legislação que faz o país o primeiro do mundo a eliminar qualquer restrição de idade na realização da eutanásia.

Assim, a Bélgica é hoje o único país do mundo que não delimita idade para o requerimento da prática da eutanásia, desde que os outros requisitos sejam cumpridos.

A Holanda e Luxemburgo também consentem a eutanásia para menores de dezoito anos, mas determinam um limite de idade mínimo para tal prática.

## **2.4 LEGISLAÇÕES E RESOLUÇÕES**

Mediante conflito entre legislações e resoluções, observamos as posições da Constituição Federal de 1988, o Código Civil de 2002, o Código Penal, Resoluções do Conselho Federal de Medicina e o novo Código de Ética Médica

### **2.4.1 Constituição Federal de 1988**

Considerado um direito pético protegido pelo Estado, o art. 5º, caput, da CF/88, garante a proteção da inviolabilidade do direito à vida, desfrutado com dignidade, o qual ninguém será submetido a tratamento desumano ou degradante.

Encontrado como fundamento do Estado Democrático de Direito (art. 1º, III, CF/88), e confirmado também pelo art. 5º, III, da CF/88.

Quando abordado a Terminalidade da vida, existem aspectos que se contrapõem nas diversas legislações.

Segundo Siqueira, (2013, p.110) assevera:

A Constituição Federal de 1988, amparando a proteção da vida humana, apresenta os fundamentos em seu Artigo 5, caput, que faz alusão ao direito e garantia fundamental quando se trata da inviolabilidade do direito à vida. (BRASIL, 1988).

Contudo, pode-se considerar que a Constituição Federal de 1988, se contrapõem aproximando-se a favor da eutanásia, dependendo do ponto de vista e

entendimento do leitor, quando aborda art. 1º, inciso III, “[...] contemplar a possibilidade de descriminalizar a eutanásia passiva. (BRASIL, 1998).

Assim, em relação ao, no art. 5º, inciso III, quando em seu texto alega que “[...]ninguém poderá ser submetido a tortura e nem a tratamento desumano ou degradante” (MORAES, 2007).

#### **2.4.2 Código Civil 2002**

Pode o profissional médico vir a ser absolvido no crime, mas se for condenado, não mais se discute a responsabilidade civil,

Conforme o Código Civil, sendo a eutanásia considerada homicídio, na esfera civil gerará os seguintes efeitos:

Código Civil declara que a morte termina a existência da pessoa natural, que deixa de ser sujeito de direitos e deveres. O paciente terminal, em agonia, em grande sofrimento, ainda tem vida, portanto, mantém a personalidade jurídica.

#### **2.4.3 Código Penal**

O Código Penal Brasileiro atual não fala em eutanásia explicitamente, mas em "homicídio privilegiado".

O Código Penal Brasileiro, em seus artigos 121º, 122º, 135º são abordados respectivamente:

“[...]o homicídio como crime tipificado; a figura de “auxílio ao suicídio”; a figura de “omissão de socorro”.

Hodiernamente, no caso de um médico realizar eutanásia, o profissional pode ser condenado por crime de homicídio - com pena de prisão de 12 a 30 anos - ou auxílio ao suicídio - prisão de dois a seis anos.

Conforme o artigo 121, § 1º, do Código Penal, a doutrina majoritária aborda a [...]eutanásia passiva como crime doloso, em sua forma privilegiada. (BRASIL, 1940)

O artigo 122 do Código Penal, definido como crime por auxílio ao suicídio, será efetuado se sobrevir de solicitação do paciente para ser realizado a eutanásia.

O artigo 135 do Código Penal é executado quando aparece a figura de delito da “omissão de socorro”.

Observa-se no artigo 121, § 3º do Código Penal: [...] § 3º “Se o autor do crime agiu por compaixão, a pedido da vítima imputável e maior, para abreviar-lhe

sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave: Pena: reclusão de três a seis anos. ”

Conforme se pode extrair do código penal, quando o homicídio é cometido com emprego de veneno, aplica-se pena de reclusão de doze a trinta anos, sendo classificado como homicídio qualificado, podendo ser diminuída de um sexto a um terço no caso de eutanásia, onde será classificado como homicídio privilegiado.

#### **2.4.4. Resoluções do Conselho Federal de Medicina**

Após a Lei Mário Covas, o Conselho Federal de Medicina inovou no ordenamento jurídico, realizou debates para discutir a questão da eutanásia e disciplinou parâmetros para o agir médico face a recusa esclarecida do paciente moribundo em submeter-se a tratamento considerado extraordinário.

Nesse sentido, a Resolução 1.805/06, do Conselho Federal de Medicina, expressa que:

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

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

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

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

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

Portanto, traz ao médico, a permissão de efetuar a suspensão de tratamentos e procedimentos, entretanto, essa conduta não exclui a possibilidade de responder a processos penais, devido ao caráter administrativo que esta resolução se perfaz, sendo infra legal.

Com relação ao Código de Ética Médica, este também engloba o tema.

O Novo Código de Ética Médica (CEM), aprovado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução 1931/09, em vigor desde 14 de abril de 2010.

Observamos então o Novo Código De Ética Médica, em seu Artigo 41, vai-se a favor de alterações na compreensão da doutrina, ofertando fundamentação para tal. Definindo que:

“Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1931, p.350).

Observa-se que, nada menciona sobre a eutanásia ou ortotanásia ou morte assistida, simplesmente mandou evitar a distanásia e ainda recomendou a sedação paliativa.

Ainda, dispõe no seu Art. 41, parágrafo único:

“É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal, seguido pelo parágrafo único, que contém: Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”.

O Código de Ética Médica vem suprir a lacuna constitucional ao destacar a relevância da comunicação e do respeito às vontades do paciente para a melhora de seu bem-estar ao fim da vida.

Essa mudança de paradigma enfatiza a transição do foco da assistência médica da cura para o cuidado, principalmente em situações que podem prolongar a vida

Nesta perspectiva as divergências mantêm-se em busca de um estado social onde haja respeito as necessidades humanas de forma a efetivar o cumprimento e as garantias democráticas, respeitando o direito de cada pessoa e garantindo-lhe uma existência digna.



### **3 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA**

A seção da Proposição destina-se a assentar as intenções de entender a necessidade de definir somente uma posição sobre o assunto no Poder Legislativo, com a finalidade de garantir a uniformidade deste assunto diante das condutas.

#### **3.1 DETALHAMENTO E ESPECIFICIDADE DO TEMA**

O presente trabalho buscou analisar os aspectos jurídicos relacionados a terminalidade da vida, através de levantamento bibliográfico, dando ênfase ao conflito entre legislações vigentes e remotas, observando-se as posições da legislação pátria, ou seja, a Constituição Federal de 1988, o Código Civil de 2002, o Código Penal, Resoluções do Conselho Federal de Medicina e o novo Código de Ética Médica. Ademais, pretende abordar a atuação de países diversos que versam sobre o assunto abordado.

Com isso, busca-se uma possibilidade de análise para unificar ou simplificar a como será encarado, com base no ordenamento jurídico, até mesmo uniformizando a legislação, num momento tão delicado do paciente que se encontra em fim da vida.

## 4 RESULTADOS

Perante análise das literaturas, observa-se significativa divergência entre os conceitos relacionado a terminalidade da vida para o indivíduo que se encontra em seu estado irreversível.

O prolongamento de terapias sem resultado mediante situação pode-se assim dizer que consiste em uma violação à dignidade da pessoa humana, pois causa sofrimento e dor não apenas para esse indivíduo, mas também aos seus familiares e a todos os profissionais envolvidos no processo, razão pela qual a prática médica deve ser ponderada e os interesses e valores devem ser harmonizados.

Mediante situação, chamamos a atenção para a unanimidade de todos os envolvidos mediante situação, para a necessidade de tornar menos conflituoso, o olhar jurídico, diante a avaliação do indivíduo terminal, respeitando sua individualidade e princípios éticos, bem como respaldando a equipe multidisciplinar para que oferte uma terminalidade da vida mais digna sem a insegurança de responder civilmente ou criminalmente.

Ao realizar uma análise da pesquisa, percebemos sua real importância.

Debater sobre a terminalidade da vida é muito delicado pois envolve não só a teoria de leis, normas, constituição, códigos. Envolve crenças, costumes, sentimentos.

Existe um determinado momento na evolução de uma doença que, mesmo que se disponha de todos os recursos, o paciente não é mais salvável, ou seja, está em processo de morte inevitável. Este conceito não abrange apenas a potencialidade de cura ou reversibilidade de uma função orgânica atingida, mesmo tratando-se de órgão nobre. Refere-se àquele momento em que as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevivência, mas apenas prolongam o processo lento de morrer.

A terapêutica, neste caso, torna-se fútil ou pressupõe sofrimento. Neste momento, a morte não mais é vista como um inimigo a ser temido e combatido, muito pelo contrário, deve ser bem-vinda e recebida como um amigo que trará alívio aos sofrimentos.

Disparidades na legislação não irão fazer com que o doente volte a ter plena saúde.

Poderia a legislação permitir que se faça valer a vontade do paciente, preservando sua dignidade, minimizando um sofrimento individual.

Poderia existir talvez até mesmo uma norma legal uniformizando os inúmeros conflitos da, talvez até mesmo mundialmente.

Existe assim, uma imensa necessidade de realizar novas pesquisas, tendo em vista a experiência adquirida no desenvolvimento do trabalho e visando a sua complementação e enriquecimento com relação ao tema tão delicado debatido.

## CONCLUSÃO

Mediante proposto no presente trabalho, apontamos que a eutanásia ainda é um assunto delicado cabível de inúmeras discussões, e abordado em diversos países gerando amplas discussões entre prós e contras.

O tema exposto possui enorme importância em nosso ordenamento jurídico, tornando indispensável uma posição do Estado, pois é um assunto muito contestável atualmente e que eleva muitos problemas éticos, filosóficos, morais, dentre outros.

Independente das circunstâncias a maioria se dobra perante a vida, como podemos observar juridicamente que o direito à vida, está acima de qualquer lei e, é incólume a atos dos Poderes Públicos, devendo ser protegida até mesmo contra o seu próprio titular, por ser irrenunciável. Portanto, a eutanásia não seria possível de ser realizada, como a qualquer ato atentatório à vida do ser humano.

Pois, sendo a Constituição o ápice de todas as normas de nosso Ordenamento, assim, não há possibilidade de haver Emendas Constitucionais, e legislação inferior a ela, portanto são incapazes de legitimar atos contrários à subsistência do direito à vida.

Bem Sabemos que, o Brasil não possui uma legislação que trate do assunto em si, seu entendimento é de que o ato for colocado em pratica, será enquadrado como homicídio, nos termos do Art. 121 do Código Penal, porque se constituiu em ato que resultou na morte de uma pessoa, por outro lado, em seu parágrafo 1º observa-se que se o agente cometeu o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um a terço.

Questionar a conduta dos médicos é um tipo de necessidade social e parece estar presente mundialmente. Entre os autores é possível observar a variedade de atitudes, conceitos e interpretações em todo o mundo, mas o fato é causa inúmeras discussões entre os prós e contras, inclusive no Brasil.

As limitações da medicina na preservação da vida e alívio do sofrimento são tênues e podem virar-se antagônicas em algumas situações.

O que se objetivava com a elaboração da Resolução do Conselho Federal de Medicina para a terminalidade da vida foi uniformizar as condutas e humanizar o processo da morte e do morrer.

Entretanto, os termos que definem as formas de morrer podem ser confundidos pela sociedade.

Colaboram inclusive para a confusão na classificação dos processos relacionados à morte e ao morrer, as influências que marcam a sociedade brasileira.

Imperioso destacar que inicialmente a suspensão de esforço terapêutico tem suporte legal na Constituição Brasileira, no Código Civil, na Lei Orgânica da Saúde, no Código de Ética, na Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos. Assim, a ortotanásia é ética e moral quando for baseada em coordenações consensuais de ações que defendam a autonomia dos pacientes e seus familiares em situações de terminalidade da vida.

Conclui-se com esse trabalho que não houve consenso nas definições e persiste a necessidade do debate ético e jurídico. Evidenciou-se também a necessidade do entendimento e do esclarecimento dos termos em seus conceitos e definições. Bem como, há necessidade de se propor a discussão acerca da terminalidade da vida, apresentar uma proposta legislativa que servirá como base para que os médicos possam, dentro de um ambiente ético e humano, realizar a última manifestação de vontade de seu paciente, permitindo-lhe uma morte digna.

## REFERÊNCIAS

ABREU, FS. Eutanásia e legislação penal. **Rev. Âmbito Jurídico**. Rio Grande, XVIII, n. 142, nov. 2015. Disponível em< <https://jus.com.br/artigos/81213/status-legal-da-eutanasia-e-ortotanasia-no-brasil>>. Acesso em: set.2021.

AGRA, W. D. M. **Curso de Direito Constitucional**. 9. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2018. Disponível em< <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/967/1/TCCRAFAELLISBOA.pdf.pdf>>. Acesso em: ago.2021.

BARSA. **Enciclopédia Barsa**. Encyclopaedia Britannica Editores Ltda., Rio de Janeiro, 2010. BBC. Eutanásia e suicídio assistido Wayback Machine. 2011. Disponível em< <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/967/1/TCCRAFAELLISBOA.pdf.pdf>>. Acesso em: ago.2021.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida**. 2010. Disponível< <https://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida>>. Acesso em: out. 2021.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado**. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite dos (org.). Biodireito: ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: RT, 2001.

BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 5ª Ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

BRASIL. **Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro De 1940**. Código Penal Brasileiro (1941). República Federativa do Brasil. Disponível em< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm)>. Acesso em: out. 2021.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: out. 2021.

\_\_\_\_\_. **Código Penal**. [S.l.]: [s.n.], 1940. Disponível em< <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: ago.2021.

\_\_\_\_\_. **Código Civil**. [S.l.]: [s.n.], 2002. Disponível em <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: ago.2021.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.406, 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm)>. Acesso em: out. 2021.

\_\_\_\_\_. **Código de ética médica**. Resolução n. 1931 de 24 de setembro de 2009. Disponível em <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: mar.2021.

\_\_\_\_\_. **Código de ética médica**. Resolução n. 1805/2006. D.O.U. 28 nov. 2006; Seção I, p. 169. Disponível em <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>>. Acesso em: mar.2021.

\_\_\_\_\_. **Código de ética médica**. Resolução nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. 2012. 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 st.2021.  
<[https://guri.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq\\_trabalhos/17490/seer\\_17490](https://guri.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq_trabalhos/17490/seer_17490)>. Acesso em: mar.2021

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Dispõe sobre o Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dezembro de 1940. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: out.2021.

BUZZONETTI, Ricardo. **O poder da fraqueza de João Paulo II**. São Paulo: Paulus, 2006.

CANADENSE, A. M. **EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO**. Disponível em <<http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/967/1/TCCRAFAELLISBOA.pdf>>. Acesso em: ago.2021.

DINIZ, Ana Clara. **A eutanásia no âmbito internacional**. 2018. Disponível em: <<http://www.viannasapiens.com.br/revista/article/view/373>>. Acesso em: abr.2021.

CARVALHO, Luiz Paulo Vieira de. **Direito das Sucessões**, 2ª edição. Atlas, 2015.

DADALTO, Luciana; GRECO, Dirceu Bartolomeu; TUPINAMBÁS Unai. Diretivas Antecipadas de Vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, v.21, n. 3, 2013.

DWORKIN, R. M. **Domínio da vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

EMANUEL, E.; ONWUTEAKA-PHILIPSEN. "**Atitudes e Práticas de Eutanásia e Suicídio Assistido por Médicos nos Estados Unidos, Canadá e Europa**". 2016. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/967/1/TCCRAFAELLISBOA.pdf.pdf>. Acesso em: ago.2021.

FERREIRA, Luciano Maia Alves. **Bioética, eutanásia e suicídio assistido**: comparação normativa, regulação e argumentos éticos em vários estados americanos e europeus. 2016. 102 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/18057/1/BioeticaEutanasiaSuicidio.pdf>. Acesso em: abr.2021.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. 9 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

GOLDIM, José Roberto. **Suicídio assistido**. 2004. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/suicass.htm>. Acesso em: abr.2021.

GUTIERREZ, PL. O que é o paciente terminal. **Rev. Assoc. Med. Bras**. 2001.

HARCOURT, H. M. "**American Heritage Dictionary Entry: suicídio assistido**". [S.l.]: [s.n.]. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/967/1/TCCRAFAELLISBOA.pdf.pdf>. Acesso em: ago.2021.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Educação para a morte**: temas e reflexões. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 2003. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=0926dc069ff7d2de>. Acesso em: mai.2021.

LAGAY, F. **suicídio Assistido por Médicos**: A Lei e a Ética Profissional. Mentor Virtual. 2003. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/967/1/TCCRAFAELLISBOA.pdf.pdf>. Acesso em: ago.2021.



MATERSTVEDT E KAASA. **"Eutanásia e suicídio assistido por médico na Escandinávia" com uma sugestão conceitual sobre pesquisa internacional em relação aos fenômenos**". Medicina paliativa. [S.l.]: [s.n.], 2002. Disponível em: <<http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/967/1/TCCRAFAELLISBOA.pdf.pdf>>. Acesso em: ago.2021.

MENDES, Gilmar Ferreira, BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 7ªed.São Paulo: Saraiva, 2012.

MENEZE, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.

MORAES, Alexandre de. **Constituição do Brasil Interpretada**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MORAES, Álvaro. **Direito constitucional**. 22.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MORITZ, Rachel Duarte. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 422-428, out. /dez. 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/22970/000715411.pdf?sequence=1>>. Acesso em: Acesso em: jun. 2021.

MORITZ, Rachel Duarte. Percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, nas unidades de terapia intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai. **Rev. bras. ter. intensiva**. São Paulo, v. 22, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2010000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: mai. 2021.

NUNES, Lucília. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 41-50, 2008. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/54/57](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/54/57)>. Acesso em: mai. 2021.

PAULO, V.; ALEXANDRINO, M. **Direito Constitucional descomplicado**. 16. ed. São Paulo: MÉTODO, 2017.

PESSINI, Luís. **Eutanásia**: por que abreviar a vida? São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2009.

\_\_\_\_\_. Luís. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.27, n. 1, p.15-32, 2003.

PÍCOLO, Guilherme Gouvêa. O direito de morrer: eutanásia, distanásia e ortotanásia no direito comparado. **Revista Investidura**, Florianópolis, Santa Catarina, ano 4, vol. 18, p. 16-21, mar. /abr. 2012.

PIRES, A. F. **Manual de Direito Constitucional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Biodireito e direito ao próprio corpo**: doação de órgãos, incluindo o estudo da Lei n. 9434/97. Belo Horizonte: Del Rey, 2000.

SARLET, MARINONI e DANIEL. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2017.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 25 ed. São Paulo: Malheiros, 2005. Disponível em <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=0926dc069ff7d2de>>. Acesso em: Msr. 2021.

SIQUEIRA, José Eduardo de; PESSINI, Leo; MOTTA, Carlos Eduardo. Conflitos morais sobre a terminalidade da vida: aspectos médicos, filosóficos e jurídicos. **Revista Colombiana de Bioética**, vol. 8, núm. 2, julio/diciembre, 2013, pp. 104-115 Universidad El Bosque Bogotá, Colômbia.