

INSTITUTO BRASILEIRO DE ENSINO, DESENVOLVIMENTO E PESQUISA – IDP
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

BÁRBARA EMELLY HACK DO CARMO

O DIREITO DE MORRER DIGNAMENTE

BRASÍLIA,
08 DE DEZEMBRO DE 2020

BÁRBARA EMELLY HACK DO CARMO

O DIREITO DE MORRER DIGNAMENTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora como requisito para a conclusão do curso de Direito e obtenção do título de bacharela em Direito do Instituto de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP

ORIENTADOR: PROF. DR. NORBERTO MAZAI

**BRASÍLIA,
08 DE DEZEMBRO DE 2020**

BÁRBARA EMELLY HACK DO CARMO

O DIREITO DE MORRER DIGNAMENTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora como requisito para a conclusão do curso de Direito e obtenção do título de bacharela em Direito do Instituto de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP.

Orientador: Prof. Dr. Norberto Mazai.

Brasília – DF, de novembro de 2020.

Prof. Dr. Norberto Mazai
Professor Orientador

Prof. Dr. Danilo Porfirio de Castro Vieira
Membro da Banca Examinadora

Prof. Especialista Cristian Fetter Mold
Membro da Banca Examinadora

O DIREITO DE MORRER DIGNAMENTE

Bárbara Emelly Hack do Carmo

SUMÁRIO: Introdução; 1. Eutanásia pela história; 1.1 Anestesiologia; 1.2 Precursores; 1.3 Eutanásia na Alemanha Nazista; 2. Princípios; 2.1 Tipos de eutanásia; 2.2 Brasil e a eugenia; 2.3 Facetas do biodireito e da bioética; 2.4 Igreja em relação a eutanásia; 2.5 Jurisprudência; 2.6 Doutrina; 3. A morte e suas formas; 3.1 Suicídio assistido; 3.2 Ortotanásia; 3.3 Distanásia; Eutanásia; 3.4 Eutanásia nas modalidades diretas e indireta; 3.5 Eutanásia nas modalidades voluntária e involuntária; 4. Considerações médico-científicas; 4.1 Estado vegetativo; 4.1.1 Prognóstico do estado vegetativo; 4.1.2 Tratamento do estado vegetativo; 4.2 Estado de consciência mínima; 4.2.1 Prognóstico do estado de consciência mínima; 5. Casos Concretos; 6. Eutanásia pelo mundo; 6.1 Eutanásia na Holanda; 6.2 Experiência Belga; 6.3 Nova Zelândia; 6.4 Suíça; 6.5 Alemanha; 6.6 Estados Unidos da América; 6.7 França; 6.8 Itália; 6.9 Reino Unido; 6.10 Luxemburgo; 6.11 Uruguai; Considerações Finais.

RESUMO

Este artigo busca analisar o caráter subjetivo da prática da eutanásia ao longo da história e em diferentes países sob um prisma axiológico de maneira a se chegar a um denominador comum no oceano de nuances interpretativas que circundam o tema. Parte-se do pressuposto que o caráter universal com que determinadas facetas da eutanásia são submetidas lhe concedem uma legitimidade ainda que não necessariamente numa realidade factual mas hipotética. Tal narrativa pode ser observada com uma vigorosa evolução, sobretudo no período pós-guerra, recortes históricos estes que serão apresentados durante o trabalho.

Palavras-chave: Eutanásia; Dignidade; Liberdade; História; Legislação.

ABSTRACT

This article seeks to analyze the subjective character of euthanasia practice throughout history and in different countries under an axiological prism in order to arrive at a common denominator in the ocean of interpretive nuances that surround the theme. It is based on the assumption in the present work that the universal character to which certain facets of euthanasia are submitted grant it legitimacy, although not necessarily in a factual but hypothetical reality. Such a narrative can be observed with a vigorous evolution, especially in the post-war period, historical cuts that will be presented during the work.

Keywords: Euthanasia; Euthanasia; Dignity; Freedom; History; Legislation.

INTRODUÇÃO

Ortotanásia, eutanásia, distanásia, mistanásia e suicídio são os componentes que formam o mosaico do direito de morrer com dignidade, por vezes sendo confundidos.

A **eutanásia**, ou “boa morte”, toma forma quando o paciente, padecendo de enfermidade incurável ou que acarretará uma vida sem dignidade mínima, reivindica, ao médico ou a qualquer outro indivíduo, a sua própria morte antecipada, evitando, assim, todo o desconforto físico e psicológico que advirão com o progresso da doença ou de suas sequelas físicas.

Neste trabalho buscaremos abordar diversos aspectos conceituais acerca da eutanásia bem como divergências e similitudes na maneira como é abordada em diferentes tempos, culturas e povos, este último aspecto, aliás, sendo matéria de intensa abordagem nesse artigo quanto ao direito comparado.

A eutanásia configura-se através de dois elementos: a intenção e a consequência da ação. A intenção de pôr fim à própria vida pela eutanásia pode resultar em uma ação, traduzida na “eutanásia ativa”, ou uma omissão, na forma da não-submissão por parte do paciente a um procedimento terapêutico que torne possível a manutenção de sua vida, configurando assim a “eutanásia passiva”.

O Direito, como ramificação da realidade, vem analisando a eutanásia como fato social, estabelecendo diretrizes para sua melhor compreensão e implementação. Desta maneira, a visão da bioética e da jusfilosofia, sob prisma bioético e do biodireito, devem se destacar, uma vez que são cernes de uma intensa discussão existencialista que circunda o tema.

Assim, percorreremos o trajeto necessário para a compreensão da relevância da discussão a respeito da “boa morte”.

1. EUTANÁSIA PELA HISTÓRIA

Segundo Carvalho (2001, p. 31), o termo “eutanásia” provém da linguagem grega e tem derivação do prefixo *eu*, cujo significado remonta a “bom”, e *thánatos*, que significa “morte”, com a acepção predominante ao longo da história de uma “boa morte” ou a morte despida de dor e sofrimento e com dignidade e misericórdia.

Provém do período helenístico o termo “eutanásia”, termo este que carrega um peso

para a civilização até os dias atuais.

Quanto ao mérito da questão o tema é abrangente e envolve diferentes campos do saber e da cultura humana como a filosofia, sociologia, religião, medicina, ciência jurídica, entre outros.

Especula-se que o termo veio à luz pela primeira vez em Mymiki, obra de comédia de Posidippus (300 a. C). Significava “o melhor presente possível vindo dos deuses”. Tal questão foi lembrada também por Sófocles (495-406 a. C), na obra - As Mulheres de Tranchis – obra esta cujo protagonista, agonizando em dor devido a enfermidade, suplica a seu filho que dê um fim aos seus tormentos.

Em tal diapasão, Epicuro de Samo (341-270 a.C), entendia que embora o ato de suicídio não fosse em si válido, dar cabo a própria vida poderia ser uma opção quando a dor e o sofrimento insuportáveis não fossem passageiros.

Hipócrates (460-377 a. C), embora tenha se tornado evidente pela autoria do notório juramento, na obra “A Arte”, insinua simpatia à ideia da eutanásia quando sugere que em casos de doença incurável os médicos deveriam se afastar dos pacientes, constatada estaria a impotência da medicina em tais casos.

Assim, em termos simplificados, a eutanásia tem sido compreendida “como a morte simples, indolor, afim de pôr termo ao sofrimento”, nas palavras de Francis Bacon durante o século XVII.

Para Carvalho (2001), a prática da eutanásia provém de tempos imemoriais. No mundo antigo funcionava como uma regra econômica, cujo objetivo final era eliminar indivíduos de que a sociedade não encontrava mais serventia. Nessa época sacrificava-se, por exemplo, anciões inválidos pelas mãos de seus próprios filhos, cabendo a estes conceder uma dignidade que somente a morte traria para seus genitores. Tal costume era aceito e até mesmo incentivado pela comunidade, prevalecendo uma ideia utilitarista da vida.

Na Índia antiga, doentes que padeciam de enfermidades incuráveis ou idosos eram guiados pela sua família até às margens do Rio Ganges, onde encontravam o seu destino sendo asfixiados pelas lamas do rio. Na tradição dos esquimós, por outro lado, idosos e doentes eram trancafiados em iglus. Guerreiros feridos em batalhas muitas vezes recebiam o golpe de misericórdia da mão dos próprios companheiros para serem poupados da dor e sofrimento dos ferimentos ou mesmo para evitar torturas futuras dos inimigos. Há ainda relatos que sugerem que Cleópatra e Marco Antônio chegaram a fundar uma academia com o escopo de estudar métodos que pudessem amenizar os tormentos e dores da morte.

No território onde hoje se encontra a América do Sul há evidências que doentes e

anciões eram mortos para serem poupados de serem devorados por animais ferozes. O primeiro relato de uma prática de eutanásia que se tem notícia está transcrito na Bíblia Sagrada, no livro de Primeira Samuel, capítulo 31, versículos de 1 a 5. Segundo o relato contido nas Sagradas Escrituras, quando da guerra entre povos filisteus e de Israel, o Rei Saul, na iminência da derrota e tortura e humilhação perante seus inimigos, requisita a seu companheiro que tire sua vida.

Para Mystakidou (2005), estágios históricos correlacionados com a eutanásia se perpetraram pela história que serão explicitados a seguir.

Somente no século XVII a nomenclatura “eutanásia” começou a ser utilizada nos moldes hodiernos depois de empregada por Francis Bacon. Para Bacon apud Carvalho (2011, p. 32), o fim da existência deveria ser aceito de forma mais serena, e, para tal fim, deveriam ser empregados todos recursos terapêuticos ou medicamentosos por parte de médicos e profissionais da saúde em geral para que a morte do paciente ocorresse da forma mais confortável e digna possível. Guimarães (2011, p. 94) destaca que devem ser preenchidos alguns critérios para o êxito da eutanásia propriamente dita, quais sejam: morte deliberada, um fazer ou uma ação de terceiro, ato piedoso e de compaixão, enfermidade sem possibilidade de cura, estágio terminal, dor e sofrimento severos e por fim, o consentimento do doente. Leciona o autor que a concomitância desses fatores fornece esteio para a correta e efetiva prática da eutanásia. Em resumo, a eutanásia não é nada menos do que um meio de pôr fim à vida a um paciente terminal, cuja dor e sofrimento sejam tão angustiantes a ponto de anularem a possibilidade mínima de uma vida digna, devendo ser posta em prática pelo profissional de saúde com o devido consentimento do enfermo e de sua família.

1.1 ANESTESIOLOGIA

No começo do século XIX iniciou-se uma revolução na prática anestesiológica quando o farmacêutico alemão Friedrich Wilhelm Seturner isolou a substância proveniente do ópio, a morfina, substância esta que passou a funcionar como sedativo e analgésico e cujo nome deriva de Morfeu – deus que os gregos atribuíam os sonhos - e assim a morfina passou a ser utilizada como anestésico nos procedimentos cirúrgicos.

Seguindo o mesmo raciocínio, no ano de 1886, Joseph Bulla em artigo na revista médica *British Medical Journal*, comentou a respeito do uso de clorofórmio para o alívio da dor e sofrimento em quatro pacientes.

Seguindo linha semelhante, no ano de 1866, foi publicado o artigo de Joseph Bullar na revista *British Medical Journal* tendo como tema o alívio da dor de quatro pacientes testados.

1.2 PRECURSORES

Em 1870, o desconhecido professor Samuel D. Willians teve um ensaio publicado na revista *Essays- Birmigham Speculative Club* da Inglaterra em que defendia o uso do clorofórmio não somente para o alívio da dor do paciente, mas também para o desencadeamento da própria morte deste, sendo assim precursor na defesa da eutanásia. Em sua defesa asseverava que a Igreja Católica, principal instituição a atacar a eutanásia, agia de maneira hipócrita ao condenar à prática e contraditoriamente cancelar execuções de criminosos e não impedir a morte de soldados em guerras durante o período. O periódico *Boston Medical and Surgical Journal* publicou reportagem em que distinguia as modalidades ativa e passiva da Eutanásia, ressaltando que a última consistia na recusa do paciente em métodos mirabolantes para salvaguardar sua vida. Tal distinção objetivava contrastar a diferença entre apenas permitir que a natureza atuasse (eutanásia passiva), e de maneira deliberada agir para que o resultado morte ocorresse através da intervenção de um terceiro, no caso o médico (eutanásia ativa).

Tal debate transcorreu durante o final do século XIX, quando no ano de 1885 a revista *The Journal of the American Medical Association* atacou o artigo de Willians sob alegação de que tal entendimento poderia levar a qualificação dos médicos, profissionais responsáveis entre outras funções a resguardar a vida, de executores, o que constituiria um contrassenso.

1.3 EUTANÁSIA NA ALEMANHA NAZISTA

Durante o século XX, em plena Segunda Guerra Mundial e no Império do Nacional Socialismo Alemão, período dos mais sombrios e tristes da humanidade, a prática da eutanásia é utilizada de forma a validar o sistema racista da “higiene racial”, método utilizado na eugenia dentro do nazismo, em que tentava-se a chegar a uma raça “pura” eliminando da sociedade as raças consideradas inferiores.

Tal agenda nazista foi conhecida como “Operação T4 – em alusão ao endereço do escritório em que os estudiosos nazistas se reuniam, cuja localização remontava ao número 4 da Tiegartenstrssa, em Berlim -, e ceifou 200.000 vidas de etnias e raças consideradas como inferiores e antagônicas à “raça superior” chamada de ariana, em câmaras de gás, na aplicação de injeções letais ou através da inanição.

Em tal contexto, não deve ser passível de confusão medidas frias e cruéis visando um ideal racista e eugênico através de eliminação de deficientes físicos e psíquicos, raças e etnias

consideradas como inferiores, com o procedimento de abreviar a vida para evitar um sofrimento maior.

Para Strous (2006), essa associação errônea contribui para atribuir ao termo “eutanásia” uma carga demasiadamente negativa e injusta, o que não contribui para a evolução da discussão e para o debate amplo e holístico deste. Acarreta, assim, um debate polarizado de ideias e conceitos preconcebidos, postergando de maneira indefinida o encontro de um remédio racional quanto aos descompassos e diferenças epistemológicas nas tratativas do tema.

Apesar destes obstáculos, vislumbra-se um horizonte favorável para o progresso da discussão, observando-se o retrospecto histórico favorável quanto à implementação da medida em alguns países.

2. PRINCÍPIOS

Os princípios formam os pilares onde o direito é solidificado, servindo de norte para solução de conflitos, confusões e paradoxos epistemológicos dentro do Ordenamento, servindo de baliza para a melhor solução do caso concreto.

Dentre os princípios que importam a questão ora analisada está o Princípio da dignidade da pessoa humana, que prescreve que todo ser humano deve ter resguardadas todas as garantias de uma vida digna, com os elementos mais primordiais formadores de sua dignidade assegurados para que possa gozar de uma existência plena. A discussão ora ensaiada trata da impossibilidade do Estado de sancionar o morto que optou por pôr termo a própria vida, já que ao primeiro apenas incube a proteção à vida e à dignidade.

Tal postulado valora a vida como um direito indisponível, resguardando-a quanto a qualquer ato que a possa ameaçar a sua incolumidade, o que vai de encontro a Eutanásia já que esta não terá a vida como elemento primordial e sim a dignidade da pessoa humana.

Por fim, princípio diverso que merece apontamento é o princípio da Autonomia, que disciplina a vontade ou o querer do indivíduo e constitui direito fundamental, significando que este último tem o condão de decidir os próprios rumos que orientarão sua vida, bem como no caso da eutanásia poder optar negativamente para que algo que lhe traga dor e sofrimento não aconteça em sua existência.

A autonomia se materializa então pela possibilidade de o indivíduo optar pela vida ou não, escolhendo o que melhor lhe aprouver evitando assim a dor, considerando uma baliza legal que possa legitimar e trazer o conteúdo da Constituição para o querer do indivíduo em questão.

Leciona Hegel (1991) que: “Tenho a vida e o corpo por que são meus, tudo depende da minha vontade. Assim, o homem pode matar-se e mutilar-se a seu entendimento”.

O Código Civil, em seu artigo 1º, disciplina que “Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”. Tal dispositivo explicita duas capacidades que são inerentes a todos os indivíduos sem distinção: a de direito ou de gozo, e a capacidade jurídica de fato, de que gozam somente alguns indivíduos. Tal limitação da capacidade jurídica pode ser resultado de inúmeros fatores, entre eles por motivos de saúde, idade ou desenvolvimento intelectual.

Agostini (2009, p. 40) ensina que a autonomia da vontade tem natureza princípio ético basilar e co-relacionado com o princípio da dignidade da pessoa humana. Tal princípio busca a autodeterminação em si da pessoa humana, sem a interferência de qualquer outra regra ou princípio. O conceito de autonomia está diretamente associado ao da liberdade. Assim, pode-se afirmar que: autonomia e liberdade equivalem à dignidade. A partir dessa proposição compreende-se pelas lições dos autores que a ideia de liberdade é intrínseca a de ser pensante e racional.

Entretanto, tal liberdade, assim como todos os outros princípios, é relativa. Ela termina quando a moralidade, a lei ou a razão entram em confronto com ela. Embora esteja ela associada à autonomia e a racionalidade, deve-se ressaltar casos como o dos indivíduos que não possuem desenvolvimento mental completo e capacidade de autodeterminação. Nestes casos, ainda assim, a dignidade estaria presente já que ela é uma qualidade inerente ao ser vivente, não estando atrelada a alguma condição pré-existente deste ser. Nos dizeres de Ingo Sarlet (2009, p. 136-137) tal faceta da dignidade é o que convencionou-se a se chamar de respeito. Para o autor o respeito só é real quando há reciprocidade, afirmando que: “materializa o direito de que o indivíduo seja tratado com dignidade pelo outro e este para com o primeiro”.

Para Agostini (2009) a ideia de reciprocidade consiste na dignidade mútua entre os seres humanos. Nesta linha acrescenta-se a ideia da superioridade do ser humano para com as outras espécies. Nesse contexto o respeito também se relaciona ao dever mútuo de um ser humano para outro e na posição superior destes em relação às outras criaturas. Lembra Sarlet (2009), que respeitar a dignidade alheia, não reduzindo o outro a um mero meio, é algo a ser praticado para fins altruísticos de virtude e não para evitar uma eventual sanção pela violência como proposto por Kant em sua obra “Metafísica dos Costumes”.

Com o término da Segunda Guerra Mundial, os direitos humanos passaram a associar dignidade como sinônimo de igualdade. Tal vinculação é visível no texto do artigo primeiro da Declaração Universal dos Direitos Humanos que disciplina que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direito. [...]”. Afirma Nicolao (2010) que tal cuidado

em associar dignidade à igualdade resultou em uma alteração na nomenclatura, de autonomia da vontade passou a ser denominada de autonomia privada.

Tal junção de conceitos só é possível graças à natureza multifacetada do conceito de dignidade. Desta forma, segundo Nicolau (2010), não seria errôneo considerar que a ideia de dignidade é absoluta, mas não a autonomia privada, já que esta estaria sujeita a relativizações provenientes da lei e dos costumes. Estes últimos estariam ligados ao conceito de limitação moral, à valoração do que é certo ou errado quanto a sociedade e os indivíduos que a compõem. Weyne (2011) leciona que a autonomia se traduziria em fundamento da dignidade humana, e que todo ser racional seria passível de exercer a moral. Salienta ainda que o mero fato do indivíduo ser um possível agente da moralidade, ainda assim não teria por si só dignidade, necessitando do ele chama de uma "lei universal".

Sarah Holtman (2009, p. 114) lembra que a autonomia é resultado do compromisso com princípios morais, e não como que se entende como certo ou errado partindo da valoração subjetiva de cada um. Para a autora, a dignidade é o querer, a intenção, daquilo que é reconhecido como justo. Nessa linha, entende Agostini (2009, p. 88) que nesse limiar é que vai ser inserida a ideia de dignidade humana: o ser humano considerado como um fim em si mesmo independentemente de qualquer atributo pré-existente para ser dotado de dignidade. Para o autor tal concepção teria sentido apenas se o indivíduo for passível de verdadeira moralidade e possuir liberdade para se determinar, sendo provido, assim, de vontade autônoma.

Assim, o ser humano será um fim em si mesmo, tendo dignidade caso seja passível ser submetido aos códigos jurídicos e morais – de outro lado-, os códigos morais só fazem sentido se dirigidos a indivíduos que possuam dignidade própria. Divorciada da lei moral, a ideia do valor subjetivo (dignidade) fica em jogo. Conclui-se assim, que em consonância com as proposições Kantianas apresentadas, o conceito de liberdade é intrínseco ao de indivíduo racional, e quando tais conceitos são associados ao de moralidade, o indivíduo se torna digno. E, dispondo de tal atributo, o indivíduo dispõe também de capacidade para determinar o que lhe faz bem ou mal, o que é certo na sua concepção subjetiva de mundo e o que é errado nessa mesma concepção, sendo assim soberano de si mesmo.

2.1 TIPOS DE EUTANÁSIA

Os tipos conhecidos e existentes de eutanásia são classificados quanto ao tipo de ação e também pelo consentimento do enfermo em estado terminal. Nesse diapasão, é cabível estabelecer algumas classificações técnicas que se conjugam ao conceito de eutanásia, sem, no

entanto, com ele se confundirem.

Em primeiro lugar, deve-se frisar que, na linguagem hodierna ou mesmo academicamente, a expressão “eutanásia” é uma simplificação de uma acepção etimológica mais aprofundada, limitando-se a expressar a ideia de morte antecipada deliberada. Feitas estas considerações serão mostrados nos subcapítulos seguintes a discriminação da eutanásia quanto a seus tipos.

A eutanásia passiva, ou indireta, ocorre quando o profissional da medicina deixa de realizar procedimento necessário para a manutenção da vida do paciente como a ministração de determinado medicamento ou a administração de aparelho, deixando assim o caminho aberto para que a morte do último ocorra, prevalecendo o curso natural da enfermidade que levará o paciente a óbito.

Parte considerável dos estudiosos considera que a modalidade passiva pode ser nomeada igualmente de ortotanásia, que tem como única diferença o fato do procedimento que mantém a vida do paciente artificialmente ser determinante. No Brasil, tal proceder é considerado como lícito já que se considera que já houve o exaurimento de todas as medidas para a manutenção da vida do paciente, sendo a recusa do médico quanto à manutenção de determinado procedimento ou a realização de uma mera abstenção de uma ação que seria inócua para resguardar a vida do doente.

Tal expediente é frequentemente adotado em casos como a não internação de enfermos com câncer em UTI com vistas a resguardar um maior conforto a estes ao lado dos entes queridos nos momentos finais de vida.

A eutanásia ativa é quando há não uma inação, mas uma ação do médico para dar fim a vida do paciente através da injeção de determinada substância neste ou procedimentos similares, havendo assim uma participação direta do profissional na morte do paciente.

Já o efeito duplo, para Bastos, ocorre por meio de procedimentos médicos que indiretamente contribuem para a morte e o fim do sofrimento do paciente.

Leciona Barchifontaine que o paciente e seu consentimento (ou falta de) trarão inúmeras variáveis que se traduzirão em modalidades de morte assistida. O consentimento, aliás, é curiosamente um dos elementos menos abordados no debate acerca da eutanásia, ficando frequentemente sobreposto em detrimento da discussão ética quanto à preservação da vida. Para os contrários a eutanásia, o mérito do consentimento figuraria assim como um detalhe de menos valia, já que o que estaria em jogo seria um bem muito maior a ser preservado, no caso a vida.

As modalidades morte assistida seriam estas:

Voluntária: O consentimento do paciente está presente.

Involuntária: Ocorre quando o doente deseja permanecer vivo mesmo com todo sofrimento decorrente do estado terminal da enfermidade, mas sua vontade é sobreposta pela a de terceiro que deseja que sua vida seja sublimada para que não seja um fardo para a família e para quem ministra cuidados ao paciente.

Por fim, há a distanásia, que ocorre quando a vida é prolongada artificialmente. Aqui buscaremos abordar a vida como um fim-último ainda que por alguns dias ou horas, podendo durar meses, anos ou até décadas.

2.2 O BRASIL E A EUGENIA

Movimentos eugênicos ganharam corpo na Segunda Guerra Mundial, uma ideologia onde se alcançaria uma suposta pureza através do favorecimento de umas raças em detrimento de outras e a eliminação das consideradas inferiores.

Darwin bradava que:

“Na vida selvagem, os membros fracos ou doentes de uma comunidade são eliminados. Na civilização, no entanto, constroem-se asilos para os dementes, entrevados e enfermos e os médicos usam sua máxima capacidade em manter a vida de todos até a última instância, possibilitando-se assim que membros defeituosos da comunidade humana se reproduzam. Qualquer um que tenha intimidade quanto o cruzamento de animais domésticos sabe que tal expediente é extremamente prejudicial para a civilização humana”.

Relata-se que à época, foi criado o programa Aktion T4, em que os médicos davam cabo da vida dos pacientes acometidos de doenças incuráveis.

Em 1939, foi assinado por Hitler o decreto da eutanásia, documento este que regulamentou a prática de tal expediente por parte dos médicos, permitindo-se assim a morte misericordiosa de doentes terminais. No entanto, na Alemanha nazista o decreto também foi utilizado para eliminar desafetos do regime e indivíduos de etnias consideradas impuras pela ideologia nazista.

No mundo, movimentos eugenistas similares ocorreram ao longo da história, no Brasil, em 1918, foi criada em São Paulo a Sociedade Eugênica, sociedade esta que participava de políticas de saúde pública e práticas da psiquiatria com objetivos escusos de promover uma “limpeza social”, traduzindo as teorias darwinistas para uma prática perversa de eliminar a pobreza e pessoas de etnias miscigenadas através de políticas públicas de segregação. Segundo matéria veiculada pela revista Super interessante, em seu website, tal movimento foi apoiado por médicos, cientistas e intelectuais entre eles Monteiro Lobato.

Ainda segundo matéria da revista, após a abolição da escravidão o Brasil, durante o século 19, era um ambiente favorável pela pseudociência perversa da eugenia já que possuía uma grande e miserável população negra. A miscigenação também se tronava cada vez mais um traço da sociedade brasileira – longe de qualquer ideal de branquitude europeu.

Baseando-se em ideias que ganhavam vigor no continente europeu e nos Estados Unidos, intelectuais e poderosos brasileiros propuseram a construção de uma “raça superior”, em outras palavras, raça branca. E a ideia de uma seleção artificial que promoveria um suposto melhoramento da raça foi crescendo nos meios acadêmico, médico e político.

Depois das enormes cicatrizes deixadas pelo Holocausto no resto do mundo, no entanto, a eugenia acabou por perder força em todos os países que a fomentavam. Gradativamente, a discussão racial foi mudando de forma, no entanto ainda encontra ecos nos dias atuais. – como, por exemplo, quando o então candidato a vice-presidente da República Hamilton Mourão, proferiu em comício: “Gente, deixa eu ir lá, que meus filhos estão me esperando. Olha, meu neto é um cara bonito, viu ali? Branqueamento da raça”.

2.3 FACETAS DO BIODIREITO E DA BIOÉTICA

Segundo matéria eletrônica do Brasil Escola, o biodireito disciplina um corpo de normas que tem como escopo a sanção a condutas indevidas do profissional de medicina. Nesse sentido, biodireito é uma coletânea de tipos legais que trazem em suas letras condutas positivas ou negativas a serem praticadas ou evitadas pelos médicos sob pena das sanções legais.

Quanto à bioética, esta traz em seu sucedâneo diretrizes a serem analisadas no campo moral e ético quanto à vida, podendo ser analisada por dois ângulos:

- Macro-bioética: prevê condutas normatizadas para cada ação humana.
- Micro-bioética: regula a ética no contexto da vida humana.

Assim a bioética é uma disciplina que visa a dignidade e o bem-estar para o ser humano em seu conjunto e também individualmente. A importância da Bioética encontra-se, justamente, na sua preocupação de que a vida humana seja afetada ou que tipos de vida sejam considerados inferiores frente a outros. A Bioética tem como temas frequentes em suas discussões, por exemplo, a utilização de células-tronco em tratamentos médicos, ponderando os benefícios do paciente com essa terapêutica em relação a outras e a necessidade real desta. Também são do campo da Bioética os limites e o respeito que são devidos aos animais, seja quanto o trato doméstico destes, seja para a sua utilização comercial, pois são seres dotados de sentidos e sentimentos, passíveis de sentirem dor e sofrimento.

2.4 IGREJA EM RELAÇÃO À EUTANÁSIA

No prisma da Igreja Católica, a eutanásia é uma afronta às leis divinas, já que, segundo sua visão, nenhum indivíduo facultaria interromper a vida do semelhante, ainda que a morte do último seja iminente frente à enfermidade ou esta seja incurável.

Desta forma, a prática da eutanásia traduziria-se em pecado e os seus agentes em pecadores, já que tal ato seria nocivo à dignidade humana e, conseqüentemente, aos desígnios de Deus, ainda que se trate da morte como um meio para abreviar o sofrimento causado pela enfermidade.

Segundo Pessini (1996), a Bíblia insculpe o imperativo de que a vida somente poderia ser interrompida sob a vontade divina. Testemunhar o padecimento do semelhante é tarefa ingrata, porém abreviar a vida deste não seria nobre sob o ponto de vista cristão, seria ao contrário, condenar-se e condenar o próximo ao suplício eterno. A eutanásia não se configuraria assim, como um ato misericordioso.

Para Rodrigues (1993, p. 87) se uma das inúmeras virtudes de Cristo é o perdão, então quem praticar a eutanásia o merecerá. Assim, se a pena de morte foi chancelada pela própria Igreja Católica no período medieval, não haveria razão para a sua oposição à eutanásia, já que esta tem por finalidade assegurar a dignidade e esperança a quem padece da dor e sofrimento da doença e se encontra desenganado.

Em linha que não diverge muito do Catolicismo encontramos os protestantes. Segundo Rodrigues para esse grupo o imperativo “Não matarás” é por si só claro e categórico quanto à ideia de que não caberia ao homem dispor da vida do semelhante, sendo esta tarefa reservada somente a Deus. Como todas denominações e religiões organizadas propõem que há milagres e desígnios divinos para a vida de cada um, até mesmo a dor e o sofrimento teriam um propósito, seja expiatório ou como um mal necessário para uma futura benção. Segundo Bizatto (2003), como todas denominações e religiões organizadas propõem que há milagres e desígnios divinos para a vida de cada um, até mesmo a dor e o sofrimento teriam um propósito, seja expiatório ou mal necessário parra uma benção.

Para uma fração considerável dos fiéis protestantes, a morte advêm do pecado original, outros, no entanto divergem de tal conceito: “Não há como saber – tece o pastor Levy Batista, da Sociedade Bíblica do Brasil – se haveria vida eterna no mundo caso pecado e morte não tivessem lugar nele”.

Para Nogueira (1995), a morte, como é conhecida, tem um semblante de punição com

toda dor, tristeza e lágrimas que acarreta, sendo lembrada como uma sanção do pecado.

A Comissão de Bioética das igrejas Batista, Metodista e Valdense (BMV) aprovou recentemente publicação de novo entendimento sobre a eutanásia: “É o fim, para mim o início da vida. Eutanásia e suicídio assistido: uma perspectiva protestante”.

Em tal documento há a previsão de situações excepcionais onde a eutanásia seria cabível como em doenças raras imunes a tratamentos paliativos.

Já para a religião judaica, nos dizeres de Nogueira (1995), a morte não seria o fim da vida, mas uma parte integrante desta. Nesta religião, para Guimarães (2011) a visão prevalente é a de que o homem não disporia nem do próprio corpo muito menos da vida, já que estes elementos pertenceriam a Deus. Assim, a eutanásia na modalidade ativa não é permitida, no entanto, a eutanásia passiva ou ortotanásia são permitidas.

Já os praticantes do budismo, segundo Pessini (2004), não creem em um ser antropomórfico que rege o universo ou um deus, mas tão somente num estado de espírito e consciência superior ou nirvana e na evolução moral que cada indivíduo pode alcançar caso pratique os ensinamentos de Buda. Guimarães (2011, p. 56) leciona que o budismo, a despeito de enxergar a vida como valiosa, não a tem como algo mais superior ou divino, pois seria apenas uma fase intermediária para um fim que é inevitável, no caos a morte.

Para o budismo, a morte não deveria ser postergada de maneira indefinida quando não há cura para a enfermidade em questão. A decisão do paciente sempre vai ter um peso muito importante, repudiando-se qualquer atitude que impeça este de expressar sua vontade.

De todas a religião mais jovens, o islamismo, cuja fundação se credita a Maomé em aproximadamente 570-632 d.C., tem a vida como sagrada ou um “presente de Deus. O Livro Sagrado Alcorão menciona que” o homem é o mais nobre de todos seres vivos” (2:30). A vida do homem é tida como indisponível, e, assim, “não será ceifada uma vida tornada sagrada por Allah sob nenhuma condição “Quem deliberadamente tira a vida de um crente teria como punição os suplícios eternos do inferno” (Alcorão, 4:93).

Para o Código Islâmico de Conduta Médica nas lições de Pessini (2004), o médico teria um dever para com a vida, já que esta seria sagrada e teria assim que ser resguardada a qualquer custo, vedando-se peremptoriamente que ela venha a ser abreviada de maneira intencional.

Ademais, o presente trabalho tem por fim fomentar o debate e a reflexão, respeitando-se todas as crenças e suas respectivas visões, lembrando, porém, que independente de qualquer religião ou crença professada deve estar presente sempre o amparo do Estado para que os bens indisponíveis não sejam violados, sendo a laicidade do Estado um imperativo categórico que

deve sempre ser respeitado pelos seus agentes, já que tal princípio o colocará em uma posição consoante com a Carta da República que erigiu outro princípio basilar que é o da impessoalidade do ente que nos rege.

Prevê a Constituição de 1988 que:

”Art. 19. É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: I - estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o funcionamento ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada, na forma da lei, a colaboração de interesse público”;

A laicidade é o princípio basilar constitucional que separa a crença e a religião do Estado, vedando a igreja que possa interferir nos rumos que um Estado e/ou nação possam tomar. No entanto, na prática, há uma certa interferência entre essas instituições que não pode ser ignorada. Tal interferência é visível quando se fala do congelamento jurídico de vários debates como o aborto ou mesmo a eutanásia, o que demonstra ainda o forte papel que a religião ainda exerce no judiciário e no Estado como um todo.

Como reiterado por Santos Júnior (2017): “[...] laico é o estado de neutralidade religiosa do Estado onde não há concessões a nenhuma crença ou religião em particular, e os rumos políticos não são determinados pela religião [...]”.

Desta maneira, Estado e igreja não estão sujeitos um ao outro quanto aos princípios institucionais. No entanto, há uma diferença, ainda que tênue, entre interferência e influência, não podendo ambos institutos serem confundidos, já que é perfeitamente possível e lícito que denominações religiosas reivindiquem de alguma maneira que determinadas políticas públicas sejam efetivadas, porém nesse caso é esperado das autoridades estatais que suas decisões não sejam motivadas por crenças religiosas.

Seja lá qual dogma se professa, se faz sempre necessário destacar a importância do livre-arbítrio, ou seja, ser possível ao indivíduo se autodeterminar. Tal poder não se limita a uma ou outra circunstância, mas a nossa própria natureza enquanto indivíduos. Dessa forma, se há a possibilidade de escolhermos entre múltiplas escolhas em cada fato que compõem nossa vida, teríamos assim a capacidade de optar ou não pela manutenção desta quando ameaçada por mal incurável.

2.5 JURISPRUDÊNCIA

A jurisprudência como um todo tende a aduzir a vida como um bem a ser resguardado

antes de qualquer outro elemento, traz em seu escopo usualmente ideia de que não seria cabível nenhuma situação apta a interromper a vida ou acelerar a morte como ilustrado no julgado abaixo.

O Supremo Tribunal Federal, em julgamento de Habeas Corpus, entendeu que se configurou como homicídio privilegiado na modalidade omissiva o ato de médico que optou por cessar os cuidados que mantinham paciente vivo de forma a abreviar os tormentos deste e também motivado pela falta de terapias e recursos aptos a resguardarem a sua vida, já que o profissional teria um dever de agir e preferiu manter-se inerte (HC574012658).

Para Damásio de Jesus apud Capez (2005), reconhecido o crime privilegiado pelo Conselho de Sentença, não ficaria a cargo do julgador reduzir ou não a pena e, como a tese de homicídio privilegiado é da defesa, a posição majoritária na jurisprudência é favorável a obrigatoriedade desta redução.

Já para Magalhães Noronha, apud Capez (2005) a dicção do artigo 13 do Código Penal deixaria claro o caráter facultativo da pena no caso da Eutanásia.

Assim a discussão ainda não há posição pacífica na jurisprudência sequer quanto ao tipo penal imposto em quem participa de eutanásia.

2.6 DOUTRINA

Nelson Hungria é, provavelmente, o autor a atacar mais fervorosamente a eutanásia no Brasil. Em seu prefácio na obra “Direito de Matar”, de Evandro Corre de Menezes, defende que a questão transcende o debate acadêmico jurídico, sendo ao invés, objeto dos campos afetos ao psiquismo e suas patologias. Alude o jurista ao trabalho de monografia “El Respeito A La Vida”, de Garcia Pintos, trabalho este que traz um tratado de repúdio à eutanásia, disciplinada no Código Penal uruguaio.

Para Garcia, seguido por Hungria, o agente ativo-homicida da eutanásia não tem a piedade ou compaixão como objeto móvel, mas tão somente a razão ou o propósito egoísta de poupar-se da dor do próximo.

Segundo Hungria:

A verdadeira, autêntica piedade, sentimento de equilibrado altruísmo, não mata jamais. O que arma o braço do executor da morte boa é o seu psiquismo anômalo". Hungria denomina tal estado de angústia paroxística, situação em que o paciente se encontraria sobre tamanha dor e sofrimento que somente o procedimento eutanásico seria capaz de aliviar. Hungria afirma que vislumbrando-se tal questão aduziria-se claramente um possível caráter ilusório da eutanásia "que, de elegante questão jurídica, reduz-se a um assunto de psiquiatras.

Desta forma, para Hungria, não se traduziria como um ato piedoso ou de compaixão abreviar a vida de um enfermo, já que o verdadeiro misericordioso jamais ceifaria a vida de um semelhante.

3. A MORTE E SUAS FORMAS

Adentrando o aspecto histórico que circundeia o tema, cabe estabelecer alguns conceitos técnicos envolvidos neste sem, contudo, confundirem-se com o tema em si.

Deve-se esclarecer, de maneira preliminar, que o termo “eutanasia” utilizado na linguagem hodierna, mesmo entre acadêmicos, não encerra sua acepção original, mas tão somente uma acepção genérica de “morte antecipada”.

3.1 SUICÍDIO ASSISTIDO

O termo “suicídio assistido”, cunhado nos anos 80, expressa o ato do paciente que decide encerrar a própria vida com a assistência de um terceiro, no caso o médico, não havendo assim a assistência de outros indivíduos como a família ou pessoas próximas.

A referida assistência pode ser feita de maneira ativa, através, por exemplo, da prescrição de dosagens mortais de medicações, ou de maneira passiva, por via de instigação e encorajamento ao paciente. Em ambas modalidades, o paciente chancela a atuação de um agente para que venha a ser morto deliberadamente.

O suicídio assistido passou a ter notoriedade através do Dr. Jack Kevorkian, que em território estadunidense, o praticou diversas vezes, em diferentes cidades e estados, a pedido dos próprios pacientes.

Instituição chamada de *Hemlock Society* (Sociedade Cicuta), em publicação de 1991 do livro de título “A Solução Final”, apresentou inúmeros meios de um paciente em estado terminal ou com doenças crônicas graves e incapacitantes de cometer suicídio. Tal obra teve mais de 3 milhões de cópias vendidas nos Estados Unidos. No Brasil, onde teve cópias traduzidas para o português, não causou tanta repercussão.

Em outra mão, entidades como *Not Dead Yet* (ainda não mortos), de pessoas com deficiência física, concebem a prática como sendo algo que pode ser utilizado com finalidades discriminatórias e de eliminação a pessoas que sofram de deficiência.

3.2 ORTOTANÁSIA

Tem suas raízes etimológicas do grego *Orthos* que significa certo e *Thanatos* que significa morte, ou seja, “morte certa”, no momento ideal, nem antes nem depois deste. Para Guilherme Nucci, é “o não prolongamento artificial da vida do paciente pela não-ministração de medicamentos pelo médico quando o primeiro se encontra desenganado e em estado terminal, não havendo tratamento hábil a cura-lo”.

Para Pessini, ao contrário da eutanásia, a ortotanásia “é definida pela humanização da morte, com a cessação da dor e sofrimento, e ao mesmo tempo evitando o prolongamento deste e a adoção de meios abusivos para postergar a morte”.

Entretanto, frisa-se que na ortotanásia, por vias objetivas, é reservada ao médico a estipulação do momento certo da morte do paciente, seguindo seu próprio arbítrio e suas assunções subjetivas, ao interromper as medidas paliativas que mantém o último vivo, não havendo qualquer diploma legal que discipline de que forma a morte ocorrerá: se estando presentes os elementos de dor e sofrimento, ou se de maneira diversa como na eutanásia.

Ademais, não seria improvável que o termo ortotanásia estivesse sendo empregado como um eufemismo para situações onde na verdade se queira tratar da eutanásia, consideradas as noções preconcebidas e a irá das instituições que têm convertido o tema em um quase dogma em muitos meios. Entretanto, os riscos parecem não cessar com o simples jogo de palavras.

O Conselho Federal de Medicina na promulgação da Resolução nº 1.805/2006:Art. 1º considerou a ortotanásia como uma prática lícita, assim ao médico é possível suspender ou não práticas terapêuticas e tratamentos que prolonguem a vida do paciente-terminal de enfermidade incurável, respeitada a autonomia do último ou do seu representante legal:

“§ 1º É obrigação do médico esclarecer ao paciente ou a seu representante legal o tratamento adequado para cada situação. § 2º A aludida decisão do caput deve ter registro e fundamentação no prontuário. § 3º Ao paciente ou ao seu representante legal faculta a solicitação de uma segunda opinião por profissional da medicina diverso. Art. 2º Ao paciente será assegurada a manutenção de todo tratamento necessário para o alívio do sofrimento proveniente da enfermidade, com assistência integral, bem-estar físico, psíquico, social e espiritual, mantendo-se incólume o direito à alta hospitalar”.

3.3 DISTANÁSIA

Distanásia na acepção clássica significa uma morte lenta com intensa dor e sofrimento.

O vernáculo foi utilizado inicialmente por Morcache no ano de 1904, no livro *Naissance et mort*, expressando “uma dor intensa e prolongada que acarreta um desfecho da vida com dor física ou psicológica do indivíduo lúcido”. É proveniente do progresso da medicina, com recursos terapêuticos cada vez mais engenhosos e eficientes para o resguardo da vida. Mesmo em casos extremados, e vai ao encontro da chamada “terapia médica fútil” - termo utilizado nos Estados Unidos da América, quando utilizada em doentes desenganados, vítimas de graves enfermidades, moléstias estas de difícil cura a ser identificada pela ciência.

Leo Pessini diz ainda que, tal proceder “procura não prolongar a vida, mas o entrecurso entre a morte”. Tal conceito ilustra, na Europa, à prática conhecida como “obstinação terapêutica”, primeiro cunhada no universo médico francês por Jean-Robert Debray, no começo dos anos 50, definida como:

“Proceder médico consistente na utilização de terapia cujas consequências são mais nocivas do que a enfermidade a ser curada, ou mesmo inútil, já que a cura é não é possível e os efeitos benéficos esperados são sobrepostos pelos malefícios previstos.” (BORGES, 2001).

3.4 EUTANÁSIA NAS MODALIDADES DIRETAS E INDIRETA

Partindo-se do animus do agente, a eutanásia considerada como direta é a decorrente do agir comissivo do profissional de medicina, com a intenção deliberada de ocasionar a morte do enfermo. Já quanto a modalidade indireta, se materializa, quando, por exemplo um sedativo é utilizado para amenizar a dor e o sofrimento do paciente acaba por ocasionar sua morte, embora não seja este o objetivo inicialmente visado.

Assim a eutanásia é dividida quanto a atuação (ativa) ou não-atuação do agente (passiva).

Quanto à eutanásia passiva, a morte é um evento certo e definido caso um tratamento ou determinado aparelho seja suspenso já que destes provêm a manutenção da vida do paciente. A título de exemplo, se o agente desligar determinado aparelho que mantém as funções vitais do paciente, não haverá sequer o risco do resultado morte, já que este será certo em consequência do não funcionamento de maquinário que mantém a vida do doente.

Tal modalidade não pode ser confundida com a ativa. O fato do resultado morte depender de um fazer como, por exemplo, acionar ou desligar um botão de aparelho vital, não caracteriza, por si só, a modalidade ativa, já que a morte é decorrente neste caso não dá ação do agente mas sim da omissão de um tratamento que manteria o paciente vivo.

Dessa forma há dever quanto a manutenção da vida (princípio da beneficência), porém

só quando esta traga repercussões positivas para o paciente, quando tal prolongamento, ao contrário não resultar em uma vida auto-suficiente e digna não deverá ser incentivado.

Em território alemão permite-se a prática da eutanásia passiva, já que predomina o princípio de que a última vontade é sempre a do paciente, não tendo o médico o condão de lhe impor tratamento terapêutico ou cirúrgico que não deseja. Para Claus Roxin, a “solução é deduzida, corretamente, da autonomia da personalidade do paciente, que pode decidir a respeito do alcance e da duração de seu tratamento”.

O Ordenamento alemão prevê exceção, porém, quanto a suicidas, caso em que se chegarem vivos ao hospital, após a tentativa frustrada de suicídio, tem a obrigação de se submeterem ao tratamento terapêutico indicado pelo médico, ainda que contem com documento escrito de manifestação anterior contrária. Este entendimento, no entanto, é alvo de críticas da doutrina.

Há um ponto que merece destaque, principalmente quando se discute acerca da suspensão de tratamento (não se excluindo, por este motivo, a adequação de outras modalidades de eutanásia): o consentimento presumido. Na impossibilidade do paciente de se manifestar, em razão de lesão grave que lhe tolheu a consciência, ou em razão de enfermidade cuja gravidade interferiu na sua capacidade de autodeterminação, todo cuidado será necessário, pois dispor da própria vida ainda é tarefa que cabe ao paciente e não de terceiros que em tese não teriam conhecimento da própria vontade do paciente.

A regra é a de que na dúvida sempre se presumirá que o paciente iria desejar a manutenção da vida caso pudesse exprimir suas vontades, sendo ignorada excepcionalmente apenas em casos determinados, de forma a não se incorrer na hipótese – moral e eticamente reprovável – da eutanásia econômica, já que o que deve ser levado em consideração é apenas o bem-estar moral do paciente, e não aspectos econômicos relacionados a continuidade ou não do tratamento

Quando o estado do paciente é irreversível, no entanto, ganharia terreno a hipótese de eutanásia, erigindo-se o princípio da não-maleficência, não fazendo sentido prolongar uma vida nas sombras da inconsciência. Para tornar tal medida possível, seria necessário a consulta do paciente por equipe de médica para a realização do diagnóstico e tal documento fosse então remetido ao poder judiciário para o juiz finalmente conceder o parecer lastreado nas constatações médicas finais.

Na hipótese de surgir dúvida, ainda que pequena, a respeito da possibilidade readquirir ou não a consciência, manteria-se a presunção do consentimento do paciente intacta, descartando-se qualquer procedimento nocivo à vida deste.

3.5 EUTANÁSIA NAS MODALIDADES VOLUNTÁRIA E INVOLUNTÁRIA

Quando a prática da eutanásia é solicitada pela vítima ou por seu representante esta se dará na forma voluntária, ao contrário, quando a decisão for tomada por terceiros a eutanásia se dará na modalidade involuntária.

Em tal diapasão, para Ronald Dworkin, os indivíduos devem decidir por si próprios ou de terceiros, em três modalidades:

- A) Conscientemente e competente: constatando-se que o suicídio já não figura mais como crime na maioria do Ocidente, vislumbra-se que o enfermo que padece de doença terminal pode decidir, de maneira livre, sobre o fim da própria existência. No entanto, deve-se frisar a existência de casos onde o paciente se em excelentes condições psíquicas e jurídicas para externar o seu consentimento quanto à morte, porém não se encontram fisicamente aptos de darem cabo a própria vida sem o auxílio de terceiro, casos que se enquadram, por exemplo, pacientes com graves limitações motoras e de locomoção, vítimas de enfermidades medulares e do sistema nervoso em geral.
- B) Inconscientemente: o enfermo comatoso se encontra impossibilitado de exprimir sua vontade quanto à morte, no entanto, há a possibilidade que tenha redigido previamente documento solicitatório a ser entregue a médicos e/ou a família, solicitando entre outras medidas, por exemplo, a de não ser ressuscitado.
- C) conscientemente e incompetente: encontram-se nessa modalidade pacientes acometidos por demência e em estado vegetativo. Tais pacientes encontram-se despertos (fora do coma), com o sistema vital preservado, porém não estão aptos a interagir com o ambiente externo e a expressar suas vontades, dependendo de auxílio alheio para suas necessidades de higiene e cuidado pessoal satisfeitas. Importante salientar que tal estado, em princípio, não é necessariamente definitivo, nem mesmo se manifesta de maneira uniforme, havendo diferentes graus de comprometimento que se apresentarão em cada caso.

4. CONSIDERAÇÕES MÉDICO-CIENTÍFICAS

O termo “paciente terminal”, utilizado no contexto onde todas terapias necessárias já foram usadas no enfermo sem cessar o mal, é notório na sociedade e de fácil compreensão ao ser inserido dentro do estudo sobre a eutanásia.

No entanto, é preciso se considerar uma situação distinta e ainda mais cercada de polêmica na atualidade, que é a referente a pacientes vitimados por lesões neurológicas graves com intensos reflexos em suas faculdades cognitivas e da própria consciência.

Com o objetivo de melhor dissecar os estudos médicos que circundam o tema eutanásia, serão externadas a seguir duas hipóteses que costumam suscitar inúmeros debates entre estudiosos.

4.1 ESTADO VEGETATIVO

É notório que há cerca de 50 anos, antes da evolução tecnológica médica que permitiu a existência de respiradores artificiais e de terapias neurointensivas, pacientes vitimados por graves lesões encefálicas tinham como destino irremediável o óbito decorrente de parada respiratória.

Na década de 1960, os autores Fred Plum e Jerome Posner, na obra *The Diagnosis of Stupor e Coma*, trouxeram à luz casos em que pacientes retornavam à consciência num período que não perpassava quatro semanas, permaneciam, no entanto, sem as funções da locomoção e da fala indefinidamente.

Fred Plum, em 1972, publicou artigo com todas as definições do que considerou como “estado vegetativo”. Em tal estado o enfermo se manteria com os olhos abertos, teria preservado o ciclo de sono e vigília e as funções cardiorrespiratórias, porém com a consciência do ambiente externo e de si mesmo ausente.

Frisa-se que até os dias de hoje ainda não foram descobertos critérios de antever se o estado vegetativo de determinado paciente vai ou não se tornar definitivo, no entanto utilizam-se critérios para definir o estado como um todo.

O estado vegetativo é circunstância na qual a pressão arterial, sistema respiratório e cardíaco mantem-se incólumes, mas não a consciência ou capacidade cognitiva do paciente. Atividade do tronco cerebral do hipotálamo e função da medula são preservadas e continuam suportando o sistema cardiorrespiratório, permitindo assim uma sobrevida ao enfermo caso o tratamento médico que esteja recebendo seja qualificado.

O córtex é seriamente comprometido (apagando a função cognitiva), porém o sistema de ativação reticular (SAR) é preservado, o que permite o estado de vigília. É possível que haja

ou não atividade no mesencéfalo ou pontinos. A consciência do paciente é totalmente inexistente e sua comunicação com o ambiente externo se dá através de reflexos.

Convencionalmente, estado vegetativo que persiste por mais de 1 mês já pode ser considerado como permanente. No entanto, tal diagnóstico de estado vegetativo persistente não sinaliza necessariamente um estado permanente já que têm-se constatado de maneira mais rara uma melhora em alguns pacientes que os levam a um estado de consciência mínima ou até mesmo um grau mais elevado de consciência.

Os sintomas a seguir podem ser detectados no estado vegetativo:

- Indícios de formação reticular incólume (por ex., olhos abrem) e tronco cerebral também intacto (por. ex., reação das pupilas, reflexo nos olhos).
- Sono e vigília regulares, porém, não necessariamente associados com um ciclo circadiano específico nem decorrentes das condições externas do ambiente.
- Reflexos mais perceptíveis da região tronco cerebral, como bocejos, mastigações, deglutições e mais raramente proto-verbalizações guturais.
- Eventualmente indícios de resposta a estimulação sensorial como abrir os olhos diante de luzes ou sons altos.
- Sinais de irrigação e lacrimejamento na região ocular
- Às vezes, expressão de felicidade ou desdém.
- Movimentos oculares lentos e com ausência de reações espasmódicas.

4.1.1 PROGNÓSTICO DO ESTADO VEGETATIVO

O prognóstico está diretamente relacionado com a lesão que resultou o estado vegetativo, assim quanto à duração deste. Há possibilidade do prognóstico ser mais favorável se o que ocasionou o estado vegetativo é, por exemplo, uma decorrência metabólica reversível como uma encefalopatia tóxica do que caso o motivo seja lesão decorrente de hipóxia e isquemia severa ou outras condições graves.

Ademais, verifica-se que, em jovens, a função motora tende a se recuperar com mais vigor do que em pacientes mais velhos, mas a função cognitiva nos últimos tende a ter uma

recuperação mais extensa.

A recuperação do estado vegetativo é improvável caso tenha transcorrido um mês do evento que ocasionou o dano cerebral em caso de lesão não-traumática ou após 12 meses em caso de lesão traumática. Mesmo quando há recuperação nesse espaço temporal, a maioria dos pacientes carrega sequelas incapacitantes para o resto da vida. Recuperações tardias são raras, transcorridos 5 anos, apenas cerca de 3% dos pacientes voltam a se comunicar e a compreender o ambiente ao redor, e uma fração ainda menor recupera a capacidade de ter uma vida independente.

Na persistência de um estado vegetativo, a maioria dos pacientes sucumbe à morte 6 meses após a lesão, desfecho este geralmente relacionado a infecções pulmonares, urinárias, em decorrência de falência múltipla dos órgãos ou até mesmo devido a maus súbitos de causas desconhecidas. Nos demais casos, a expectativa de vida é entre 2 a 5 anos, sendo que somente aproximadamente 25% dos pacientes sobrevivem por mais de 5 anos, sendo uma minoria absoluta os que ultrapassam décadas.

4.1.2 TRATAMENTO DO ESTADO VEGETATIVO

Para o estado vegetativo não há tratamento específico. Cada decisão referente à manutenção da vida do paciente deve passar por serviços sociais, diretórios de ética hospitalar e consenso com a família. O cuidado com paciente em estado vegetativo alimenta discussões éticas e outras questões a serem analisadas caso-a-caso.

4.2 ESTADO DE CONSCIÊNCIA MÍNIMA

No estado de consciência mínima, diferente do estado vegetativo, há sinais que levam a crer que o paciente tem ciência de si mesmo ou ao menos do mundo exterior. Há um progresso gradativo quanto a consciência deste, mas tal progresso é limitado. O paciente pode progredir do estado vegetativo para o estado de consciência mínima algumas vezes anos depois da lesão cerebral que acarretou a perda de consciência.

4.2.1 PROGNÓSTICO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA MÍNIMA

Há a tendência da maioria dos pacientes de recuperar a consciência, porém de forma limitada, a depender da duração deste estado. Quanto maior for a duração, menor a

possibilidade de os pacientes recuperarem as funções corticais superiores. O prognóstico pode ser mais favorável se a lesão que ocasionou a condição for traumática.

Poucos pacientes recuperam a consciência total, exceto uma percepção limitada de si mesmo depois de anos da condição.

5. CASOS CONCRETOS

A despeito de toda polêmica que circunda o tema, foram registrados muitos casos em que se recorreu à eutanásia. Aqui vão ser expostos alguns casos mais recentes em que a prática foi permitida em decisões judiciais.

Brittany Maynard padecia de câncer cerebral diagnosticado no início de 2014 cujo prognóstico era de que em 6 meses evoluiria a ponto de leva-la ao óbito. Brittany residia na Califórnia, estado americano que veda a eutanásia e o suicídio assistido, o que a levou se mudar para o estado do Oregon, cuja legislação permite tais práticas. Em carta emocionada dirigida a CNN Maynard reivindica o direito à morte digna: “Após meses de pesquisas, minha família e eu chegamos dolorosamente à seguinte conclusão: não há tratamento que possa salvar minha vida, e os tratamentos recomendados limariam o pouco tempo que me resta”. Assim, opto por morrer com dignidade já que é a melhor opção para mim e minha família.” A data de 1º de novembro de 2014 foi escolhida para o desfecho de sua vida. Com a repercussão gerada pelo caso, foi aprovado em 2015, pelo Estado da Califórnia, projeto de lei chamado de “End of Life Option Act” que permite a prática de suicídio assistido.

Karen Ann Quinlan, aos 22 anos, entrou em coma ao ingerir diazepam e álcool. Atormentados pela notícia de que o estado era irreversível, os pais da jovem optaram pelo desligamento do respirador que a mantinha viva. No entanto, tal decisão foi rapidamente frustrada pela recusa do médico responsável pelo caso em realizar tal medida, recusa essa motivada por razões morais e de ética profissional. A família da paciente se apressou então em recorrer à justiça a fim de obter autorização para que os aparelhos e os tratamentos paliativos que mantinham a jovem viva fossem suspensos. O pedido acabou sendo remetido para a Suprema Corte de Nova Jersey onde foi acolhido. No ano de 1976 o respirador foi finalmente desligado; no entanto, após isso, ela sobreviveu por mais 9 anos, sem qualquer resquício de melhora em seu quadro clínico geral.

Terri Schiavo depois de uma *via crucis* de mais de 15 anos em estado vegetativo e em batalha judicial que se estendeu por 8 anos teve êxito quanto ao direito de morrer em abril de

2005.

O francês Vincent Humbert, aos 22 anos, depois de grave acidente, perdeu a visão, a audição e os movimentos dos membros. Sendo a prática da eutanásia vedada em território francês, Vincent teve todos os pedidos de ter direito de ter a vida encerrada negados. O jovem então, após pedido à sua mãe e com ajuda de médico, teve ministrada em si uma dosagem mortal de barbitúricos, que finalmente encerraram sua vida em 26 de setembro de 2003.

Ramon Sampedro protagonizou a história que inspirou o filme *Mar Adentro*. Ramon, devido a sequelas de acidente, passou os 29 anos restantes tetraplégico. No ano de 1993 apelou ao judiciário para que lhe fosse concedida sua permissão para abreviar a vida, não obtendo êxito. Entretanto acabou recorrendo a amigos para ter o apelo realizado. Em 1997 deu cabo da vida após ingerir cianureto.

6. EUTANÁSIA PELO MUNDO

De forma paralela ao progresso médico-científico quanto à compreensão da matéria, atravessando-se os oceanos, diversos países têm enfrentado paradigmas quanto à eutanásia, com a ampliação da visão jurídica ultrapassada que abrange a matéria. Apesar da diversidade de políticas e opiniões como os estadistas de diversos países tentam implementar políticas acerca do tema, há pontos coincidentes que serão expostos a seguir:

6.1 EUTANÁSIA NA HOLANDA

Em 28 de dezembro de 2000 marcou-se data relevante quanto ao tratamento do assunto, já que com a aprovação de mais de 90% da população holandesa, a Câmara Baixa do Parlamento holandês decidiu pela descriminalização da eutanásia em determinados contextos, e, já em abril do ano seguinte, em Haia, a aludida lei foi chancelada pelo Senado.

A Holanda ficou marcada, assim, como o primeiro país do mundo a aprovar uma lei descriminalizando a eutanásia ativa. Frisa-se que desde 1973 se tem registros de ao menos 3.600 procedimentos realizados em pacientes com intenso e insuportável sofrimento, após o consentimento livre destes, através da injeção de substâncias mortais na forma de um coquetel de barbitúricos e relaxantes musculares.

A novação passou a vigorar em janeiro de 2002, correspondendo até 2003 a 2% das causas de óbito no país. Tal documento normativo que recebeu o título de *Termination of Life*

on Request and Assisted Suicide, trouxe modificações nos artigos 293 e 294 do Código Penal da Holanda, passando a disciplinar que:

Art. 293

1 – Aquele que puser fim à vida de outra pessoa, segundo o desejo próprio e expresso da mesma, será punido com pena de prisão de até doze anos ou com pena de multa da Categoria 5 (100.000 guilders ou, aproximadamente, R\$ 100.000, 00).

Art. 294

2 – O ato descrito no parágrafo anterior não será considerado crime se praticado por um médico que tenha preenchido os “devidos requisitos de cuidado”, dispostos na seção 2 – *Terminatio of Life on Request and Assisted Suicide Act* e se houver notificação do patologista municipal, conforme a seção 7, subseção 2 – *Burial and Cremation Act*. 2. Aquele que intencionalmente auxiliar outra pessoa a suicidar-se, ou prover os meios necessários para este fim, caso esteja consumado, será punido com pena de prisão não superior a três anos, ou com multa de quarta categoria. Artigo 293, parágrafo 2 será aplicado “*mutatis mutandi*”.

Os assinalados “requisitos de cuidado”, insculpidos no artigo 293, a serem seguidos pelos médicos são: estar o profissional convencido quanto ao desejo do paciente de pôr fim a sofrimento insuportável e irreversível pondo um termo a própria vida, não havendo qualquer prognóstico de cura; informar e esclarecer o paciente sobre sua atual condição e prognóstico ; ter chegado a conclusão categórica de não haver chance de cura para o paciente e este estar ciente de tal informação; ter ao menos uma segunda opinião de outro médico de maneira independente, devendo este consultar o paciente e transcrever sua opinião a respeito do caso clínico, seguidos todos requisitos anteriormente citados; interromper a vida do paciente ou garantir seu suicídio assistido, com cuidados e zelos médicos devidos.

6.2 EXPERIÊNCIA BELGA

No ano de 2000 foi realizado estudo revisando 4.000 declarações de óbito na Bélgica, definindo que decisões quanto dar cabo à própria vida estavam presentes em 39,2% desses óbitos.

Já em 2002, no dia 28 de fevereiro a legislação belga sofreu reforma no que tange a eutanásia e o novo dispositivo legal entrou em vigência no dia 23 de setembro de 2003, descriminalizando-se, assim, a eutanásia no país. Em tal território se define a eutanásia como a interferência de um terceiro que dá cabo à vida de alguém que clama por tal ato, em um sistema bem definido e que deve ser atendido integralmente: o enfermo deve ser maior de 18 anos, dispor de plena capacidade psíquica para demonstrar seu consentimento à data do pedido (devendo este ser escrito, devidamente datado e conter a assinatura do paciente ou representante cujo fato de não vir a receber nenhuma regalia com a morte do primeiro esteja provada, duas

testemunhas e ao menos 5 anos antes da morte); o paciente deve estar padecendo de enfermidade irreversível que ocasione sofrimento e dores físicas e psíquicas angustiantes e não passíveis de alívio por medicações e terapias; o pedido quanto a eutanásia deve partir voluntariamente do próprio paciente, analisado meticulosamente, e não ser resultado de qualquer forma de coerção, intimidação ou pressão externa.

6.3 NOVA ZELÂNDIA

A Nova Zelândia aprovou no dia 30 de outubro de 2020 por meio de referendo a legalização da eutanásia. Tal medida foi aprovada por 65,2% dos eleitores, aprovando assim a “Lei de Escolha do Fim da Vida”. A novação entra em vigor em novembro de 2021.

A legislação será destinada a doentes terminais e com expectativa de vida inferior a 6 meses. Mais de 2,4 milhões de pessoas foram às ruas votar, votação esta que se deu juntamente as votações das eleições gerais da Nova Zelândia.

“A Nova Zelândia tornou-se uma sociedade mais compassiva e humana. Milhares de neozelandeses que podem ter sofrido mortes dolorosas terão escolha, dignidade, controle e autonomia sobre os seus próprios corpos, protegidos pelo primado de direito”, apontou David Seymour, do partido político ACT, apoiador do projeto.

O interessado em adotar a medida terá que passar por várias avaliações médicas, inclusive com um médico nomeado pelo governo. Entretanto, a nova legislação prevê que um paciente não pode ser submetido a medida quando contar com idade avançada, padecer de doença psiquiátrica ou com deficiência física.

6.4. SUÍÇA

A prática da eutanásia é vedada por lei em território suíço, porém não há tal previsão no que tange ao suicídio assistido médico ou terceiro desinteressado. O artigo 115 do Código Penal helvético dispõe que, “qualquer pessoa que, defendendo interesses próprios, incitar ou assistir o desejo de suicídio de outrem, e o ato for tentado ou efetivado, será punido com até 5 anos de prisão”.

Desta maneira, atualmente, o suicídio assistido é permitido pela legislação suíça somente se assistido por um terceiro, ainda que este não seja médico. Existem na Suíça duas associações que assistem pacientes suicidas: a *Exit* e *Dignitas*, A última, aceita até mesmo estrangeiros, convertendo a associação Helvética em um polo imigratório dentro da União

Europeia de doentes que buscam acabar com seu sofrimento de uma vez por todas

6.5 ALEMANHA

Em 2010, no dia 25 de julho, a Corte Federal de Justiça da Alemanha, analisando recurso do advogado Wolfgang Putz quanto a um doente em estado vegetativo, entendeu pela legalidade quanto à interrupção de suportes vitais que mantem pacientes terminais vivos desde que tal procedimento seja efetivamente autorizado pelos últimos.

A então ministra da Justiça alemã - Sabine Leutheusser-Schnnarenberger – manifestou que tal entendimento se vai ao encontro da dignidade da pessoa humana e traz um precedente importante para casos análogos.

6.6 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

A legislação estadunidense veda, em regra, a eutanásia em todos estados do país. No entanto, casos de autorizações excepcionais em que a interrupção da vida de pacientes terminais foi concedida através do desligamento de aparelhos que proporcionam a alimentação de pacientes em estado vegetativo.

Em resumo, não se considera a modalidade da eutanásia ativa, mas tão somente na previsão legal em alguns estados norte-americanos e na própria Constituição do país que traz brechas para que o próprio paciente autorize, em determinadas circunstâncias, o desligamento de aparelhos que o mantenham vivo, como ocorreu em casos como os de Nancy Cruzan e Thereza Marie (Terri) Schindler-Schiavo.

Ademais, de maneira inédita, em 27 de novembro de 1997, foi tornado legal o suicídio assistido no Estado do Oregon pelo governo local, desde que assistido por médico, tal previsão foi fruto do diploma legal *The Oregon Death With Dignity Act*. Os requisitos insculpidos são: ser o paciente adulto, com residência permanente no Estado do Oregon, gozando de plenas faculdades psíquicas no que tange a tomada de decisões sobre a sua integridade física e de exterioriza-la efetivamente, além de possuir enfermidade que ceifara sua vida num período de 6 meses.

Devem ser dirigidos ainda ao médico, dentro de um intervalo de 15 dias, um requerimento escrito e dois orais do próprio paciente, devendo tanto o prognóstico e diagnóstico do último serem confirmados por médico assistente e consultor, assim como sua condição psíquica favorável para a tomada da decisão.

Já em 05 de março de 2009, passou a vigorar, no Estado de Washigton, lei que versa sobre a “morte digna”, que possibilita o suicídio assistido por médico.

6.7 FRANÇA

No mês de abril de 2005 foi sancionada a Lei Leonneti na França, diploma este que veda a eutanásia e o suicídio assistido, porém permite, com o devido consentimento do paciente, o uso de medicamentos para abrandar a dor, ainda que seu uso possa redundar na morte do paciente. Permite ainda o desligamento de respiradores artificiais e de alimentação.

Em documento assinado por mais de dois mil profissionais da saúde e publicado em março de 2007 em revista, requerendo modificações na legislação, como a descriminalização das práticas de eutanásia em determinados casos.

6.8 ITÁLIA

Em 2008, de maneira inédita, o judiciário italiano deferiu pedido de cessação de alimentação de paciente em estado vegetativo, no caso Eluana Englaro. Esta se encontrava na condição há 17 anos à época do pedido e se converteu em símbolo do movimento pelo direito à “morte digna” na Itália. A referida paciente veio a falecer em fevereiro de 2009.

Após tal fato, inúmeros setores da sociedade italiana, incluindo a Santa Sé, pressionaram o governo a elaborar uma legislação que disciplinasse a eutanásia no país, o que foi prontamente atendido pelo então Primeiro-Ministro italiano Silvio Berlusconi que elaborou um decreto-lei vedando a suspensão da alimentação via sonda por pacientes que dela necessitavam.

Após veto inicial do então Presidente Giorgio Napolitano, tal documento foi aprovado pelo Conselho de Ministros.

6.9 REINO UNIDO

A prática da eutanásia é vedada no Reino Unido. No entanto, está previsto para breve projeto de lei desenvolvido pela deputada escocesa Margo Macdonald que visa regularizar a prática. Para a deputada, negar o direito à morte digna é “desumano”. Acrescenta ainda que é mais digno além de conveniente que o paciente recorra a um médico conhecido para dar cabo da prática do que ter que adentrar em território suíço com o fito de praticar suicídio em clínicas

destinadas a tal fim como muitos têm feito até o momento.

Foi ainda publicado em território britânico artigo que contava o caso de bebê de nove meses de idade que sofria de rara enfermidade metabólica que lhe ocasionou severos danos neurológicos que por sua vez lhe fizeram dependente de respiradores artificiais. Tal bebê veio a falecer em 21 de março de 2009, depois que a Suprema Corte inglesa autorizou que os aparelhos que o mantinham vivo fossem desligados.

Os pais da criança chegaram a apelar contra a decisão da Suprema Corte, tendo afirmado esta que “era do interesse da criança que fossem cessados os tratamentos para mantê-la viva”, e dois magistrados da Corte de Apelação se negaram a conceder ao casal possibilidade de contestar a referida decisão que foi externada após 10 dias do início do processo. Se encontrando impossibilitado de respirar sem os aparelhos, o bebê veio então a óbito.

Nota-se no presente caso uma ambivalência relevante e demonstrativa da abrangência do tema: em uma posição a legislação do Reino Unido que veda a prática da eutanásia e, em outra o precedente da decisão judicial no caso ora analisado, buscando salvaguardar a dignidade da criança, ao permitir a “morte digna” ao invés do sofrimento insuportável, contrariamente aos próprios pais.

6.10 LUXEMBURGO

No início de 2008, foi aprovado no parlamento do país projeto de lei que descriminalizava a eutanásia. Em seguida, após o Grão Duque Henrique exteriorizar em publicação a intenção de vetar o referido projeto, o primeiro-ministro Jean-Claude Juncker anunciou que a Constituição de Luxemburgo seria modificada para limitar o poder do Chefe de Estado e permitir a mencionada novação na legislação.

Por fim, em 17 de março de 2009, a descriminalização da eutanásia passou a vigorar em Luxemburgo, convertendo-se este no terceiro Estado da União Europeia a legalizar tal prática, depois de Bélgica e Holanda. Desta forma, os poderes do grão-duque tiveram que ser limitados para que tal projeto fosse adiante através da modificação do termo “sancionar” no artigo 34 da Constituição do país para “promulgar”.

6.11 URUGUAI

O Uruguai foi pioneiro na elaboração de uma legislação branda ou mesmo favorável quanto a eutanásia, já que seu Código Penal – Lei 9.155, de 04 de dezembro de 1933 -,

determina a não punibilidade no chamado “homicídio piedoso” em determinados contextos, e prevê igualmente a possibilidade de perdão judicial nas mesmas circunstâncias.

Por fim, em 18 de março de 2009, após 8 anos de intensa discussão, o Parlamento aprovou projeto de lei que prevê que toda pessoa maior e gozando plena saúde psíquica pode se opor a tratamentos médicos que a mantenham viva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância do tema reside na ciência de que o suicídio, em sua forma privilegiada, constitui crime no Brasil, a despeito de muitos estudiosos entenderem que o indivíduo, em sua liberdade perante o seu próprio corpo, poderia optar por interromper sua própria vida quando esta se torna inviável em razão de enfermidades em nome de uma morte digna. No entanto, tal entendimento esbarra no direito à vida consagrado na Constituição Federal.

A Igreja Católica, como instituição milenar, possui importante papel na valoração do objeto tratado no presente trabalho, papel este que repercute nos campos jurídicos, filosóficos e sociológicos que circundam a matéria e também na sociedade em geral quando defrontada com o tema.

Entre muitos pontos polêmicos, o direito constitucional à vida é uma problemática considerável com a qual os defensores da eutanásia deparam-se, já que a Carta da República tem supremacia sobre todos os outros documentos jurídicos do Ordenamento, sendo, portanto, tópico de difícil relativização doutrinária.

A doutrina e a jurisprudência tampouco contribuem para exaurimento das discussões acerca da matéria, já que as respostas são tão diversas quanto às opiniões que circundam o direito à vida e a morte digna, havendo um grande equilíbrio no debate.

O paradigma constitucional levantado faz com que obrigatória seja a análise multidisciplinar do tema, já que a Carta Magna isoladamente não traz uma solução para o problema, devendo-se, no entanto, admitir o dever do Estado perante a vida, mas também a dignidade do indivíduo.

Conclui-se, portanto, a despeito das problemáticas e limitações que os diplomas legais trazem acerca da questão, faz-se claro o entendimento que a decisão da interrupção de um estado de dor e sofrimento em nome de uma morte confortável e digna competiria à esfera privada do próprio indivíduo, pois, ponderando-se o estado terminal com a morte digna, o

prolongamento do primeiro não consistiria em maior virtude moral para o agente já não estaria limando os tormentos do paciente, tampouco estaria trazendo maior dignidade para este.

REFERÊNCIAS

ALVES, Adriana da Fontoura: **Eutanásia um direito *a priori***. 2014. 1ª Edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Livre Expressão, 2014.

AGOSTINI, Leonardo. **Autonomia: fundamento da dignidade humana em Kant**. 2009. 103 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **A dignidade no processo de morrer**. In.: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI, Leocir. **Bioética: alguns desafios**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BASTOS, Antônio Francisco; PALHARES, Fortunato Badan; MONTEIRO, Antônio Carlos. **Medicina legal para não legistas**. São Paulo: Copola, 1998.

BENTO, Luis Antonio. **Bioética: desafios éticos no debate contemporâneo**. São Paulo: Paulinas, 2008.

BIZATTO, José Ildefonso. **Eutanásia e Responsabilidade Médica**. 2ª ed., Leme/SP, 2003.

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. **Biodireito: ciência da vida, os novos desafios**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

CARMO, Márcia. Parlamento uruguaio aprova “direito à eutanásia”. **BBC News**, 2009. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2009/03/090318_eutanasia_uruguairg.shtml. Acesso em: 08 set. 2020.

CARVALHO, Gisele Mendes de. **Aspectos Jurídicos-Penais da Eutanásia**. São Paulo, IBCCRIM, 2001.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal brasileiro: parte especial**. V.2. São Paulo: Saraiva, 2005.

DINIZ, Maria Helena Diniz. **O estado atual do Biodireito**. 3ª Edição, São Paulo: Saraiva, 2006.

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

MAIESE, Kenneth. Estado vegetativo e estado minimamente consciente. **Manual MSD**, 2019. Disponível em: <http://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbi-os-neuro%C3%B3gicos/coma-e-consci%C3%Aancia-prejudicada/estado-vegetativo-e-estado-minimamente-consciente>. Acesso em: 10 nov. 2020.

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

1954.

GOLDIM, José Roberto. **Bioética**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/textos.htm#eutanasia>. Acesso em: 14 mar. 2018.

HOLTMAN, Sarah. **Autonomia e o Reino dos fins** (tradução: Rafael Rodrigues Pereira). Oxford, 2009.

HEGEL, G.W.F. **Fenomenologia do Espírito**. Petrópolis: Vozes, 1991

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**. 3 ed. Vol.V. Rio de Janeiro: Revista Forense, 1955.

HOLTMAN, Sarah. **Autonomia e o Reino dos fins** (tradução: Rafael Rodrigues Pereira). Oxford, 2009. Rio de Janeiro

OSAKI, Hentona Midori; BELFORT JR., Rubens. **Qualidade de vida e custos diretos em pacientes com blefaroespasmto essencial e espasmo hemifacial, tratados com toxina botulínica-A**. In: III Congresso da Sociedade Brasileira de Administração em Oftalmologia – SBAO. 2004, Centro de Convenções Ribalta, RJ. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v67n1/a08v67n1.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2020.

SANTOS, Ale. Racismo disfarçado de ciência: como foi a eugenia no Brasil. **SuperInteressante**, 2019. Disponível em: <https://super.abril.com.br/especiais/racismo-disfarçado-de-ciencia-como-foi-a-eugenia-no-brasil>. Acesso em: 18 nov. 2020.

STROUS, Rael D. *Nazi euthanasia of the mentally ill at Hadamar. American Journal of Psychiatry*, v. 163, n.1, 2006.

URUGUAY. **Código Penal**. Disponível em: http://www.parlamento.gub.uy/Codigos/CodigoPenal/Cod_Pen.htm. Acesso em: 10 set. 2020.

MATERSTVEDT, L.J; KAASA, S. *Euthanasia and phisician-assisted suicide in Scandinavia: with a conceptual suggestion regarding international research in relation to the phenomena*. Palliative Medicine, v. 16. P. 17-32, 2002.

NICOLAO, Hamilton Pessota. **Direitos Fundamentais: Princípio da Dignidade da Pessoa Humana frente à Autonomia Privada nas Relações Particulares**. Rio Grande do Sul, 2010. Monografia (Bacharelado em Direito) – Pontifica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2010.

BERLINGER, Joshua. Nova Zelândia aprova, em referendo, a legalização da eutanásia. **CNN Brasil**, 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/2020/10/30/nova-zelandia-aprova-em-referendo-a-legalizacao-da-eutanasia>. Acesso em: 11 nov. 2020.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 9. ed., rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

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

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos.** EDUNISC-Edições Loyola, São Paulo, 2004