



CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO
BACHARELADO EM DIREITO

FRANCISCO JOSÉ BARBOSA DE LIMA
GEYZIANE MARLUCE DE SOUZA
MARIA REGINA BARBOSA SILVA

EUTANÁSIA SOB O PONTO DE VISTA DO ORDENAMENTO JURÍDICO
BRASILEIRO: O DIREITO DE VIVER E MORRER COM DIGNIDADE

RECIFE - PE

2023

FRANCISCO JOSÉ BARBOSA DE LIMA

GEYZIANE MARLUCE DE SOUZA

MARIA REGINA BARBOSA SILVA

**EUTANÁSIA SOB O PONTO DE VISTA DO ORDENAMENTO JURÍDICO
BRASILEIRO: O DIREITO DE VIVER E MORRER COM DIGNIDADE**

Projeto apresentado ao Centro
Universitário Brasileiro – UNIBRA, como
requisito parcial a disciplina de
orientação monográfica II.

Professora Orientadora: **Patrícia Alves**

RECIFE-PE

2023

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

L732e Lima, Francisco José Barbosa de.
EUTANÁSIA SOB O PONTO DE VISTA DO ORDENAMENTO JURÍDICO
BRASILEIRO: o direito de viver e morrer com dignidade/ Francisco José
Barbosa de Lima; Geyziane Marluce de Souza; Maria Regina Barbosa
Silva. - Recife: O Autor, 2023.
54 p.
Orientador(a): Ma. Patrícia Alves.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário
Brasileiro - UNIBRA. Bacharelado em Direito, 2023.
Inclui Referências.
1. Eutanásia. 2. Dignidade da pessoa humana. 3. Direito à vida. I.
Souza, Geyziane Marluce de. II. Silva, Maria Regina Barbosa. III. Centro
Universitário Brasileiro. - UNIBRA. IV. Título.

CDU: 34

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
INTRODUÇÃO.....	5
1 EUTANÁSIA: UMA ANÁLISE DA ORIGEM E DO CONTEXTO NO BRASIL E NO MUNDO.....	6
2 EUTANÁSIA E SUAS SUBDIVISÕES.....	17
3 PRINCÍPIOS BIOÉTICOS E ÉTICOS: A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.....	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

EUTANÁSIA SOB O PONTO DE VISTA DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO: O DIREITO DE VIVER E MORRER COM DIGNIDADE

Francisco José Barbosa de Lima¹

Geyziane Marluce de Souza²

Maria Regina Barbosa Silva³

Patrícia Alves⁴

RESUMO

O tema escolhido aborda a importância da eutanásia e a necessidade de uma discussão aprofundada sobre esse assunto, que envolve considerações éticas, valores morais, religiosos e impactos nas relações familiares em âmbito global, incluindo o Brasil. O debate em torno da eutanásia frequentemente é limitado e carece de um exame mais abrangente, com o objetivo de analisar as divergências e sua relação com a legislação vigente. No decorrer do artigo, questionaremos até que ponto é justificável prolongar a vida a qualquer custo e exploraremos a falta de debates significativos sobre esse tema nos tribunais brasileiros. A forte ligação dos valores morais com questões religiosas muitas vezes cria um receio em abordar a eutanásia, o que pode resultar na perpetuação de sofrimentos desnecessários para pacientes e suas famílias. No entanto, é fundamental considerar a perspectiva da razão e reconhecer a morte como parte do ciclo natural da vida. A dignidade da pessoa humana, um princípio consagrado na Constituição brasileira, garante o direito a uma vida digna, assim como o direito à vida. No entanto, é crucial questionar se uma vida repleta de sofrimento pode ser considerada digna e se a eutanásia pode ser uma alternativa que respeite a dignidade humana.

PALAVRAS-CHAVE: Eutanásia. Dignidade da pessoa humana. Direito à vida.

Graduando em Direito pela UNIBRA - Centro Universitário Brasileiro. E-mail: Franciscop11@outlook.com.br

² Graduanda em Direito pela UNIBRA - Centro Universitário Brasileiro. E-mail: Geyzianes9988@gmail.com

³ Graduanda em Direito pela UNIBRA - Centro Universitário Brasileiro. E-mail: Mariaregina873@gmail.com

⁴ Mestre em Direito pela UNICAP – Professora de Direito Constitucional da UNIBRA – Campus de Recife. E-mail: Patricia.silva@grupounibra.com

ABSTRACT

The chosen topic addresses the importance of euthanasia and the need for an in-depth discussion on this subject, involving ethical considerations, moral and religious values, and its impact on family relationships on a global scale, including in Brazil. The debate surrounding euthanasia is often limited and lacks a comprehensive examination, with the aim of analyzing the differences and their relationship with current legislation. Throughout the article, we will question to what extent it is justifiable to prolong life at any cost and explore the lack of significant debates on this topic in Brazilian courts. The strong connection of moral values with religious issues often creates reluctance to address euthanasia, which can result in the perpetuation of unnecessary suffering for patients and their families. However, it is essential to consider the perspective of reason and recognize death as part of the natural cycle of life. The dignity of the human person, a principle enshrined in the Brazilian Constitution, guarantees the right to a dignified life, just as the right to life. Nevertheless, it is crucial to question whether a life filled with suffering can be considered dignified and whether euthanasia can be an alternative that respects human dignity.

KEYWORDS: Euthanasia. Dignity of the human person. Right to life.

INTRODUÇÃO

A pesquisa deste projeto se concentra na Eutanásia e no direito do paciente ao livre arbítrio, bem como em sua percepção de vida e no que constitui uma vida digna para ele. Nosso estudo vai além do questionamento do método atual adotado pelo sistema legal brasileiro; ele também explora a crença de que indivíduos que desejam encerrar suas vidas após suportar sofrimento prolongado devem receber apoio médico digno.

A Eutanásia é um assunto antigo que foi considerado por filósofos como Platão, Sócrates e Epicuro, cada um com sua própria perspectiva sobre quando ela deveria ser praticada. Platão defendia seu uso em idosos, doentes e fracos, enquanto Sócrates e Epicuro acreditavam que deveria ser limitada a pessoas em estágios finais de uma doença terminal. Em algumas culturas, como os Celtas, relatos históricos sugerem que as crianças tinham o costume de encerrar a vida de seus pais quando estavam doentes.

Apesar de sua antiguidade, a Eutanásia permanece um assunto relevante. Com os avanços no pensamento humanitário, a prática da Eutanásia evoluiu para se concentrar em proporcionar uma morte pacífica e indolor a indivíduos que optam por encerrar suas vidas, muitas vezes enquanto estão dormindo. Esse tema gera discussões, percepções diversas e até críticas, pois desafia diretamente o bem jurídico mais precioso que temos.

Além disso, a pesquisa objetiva explicar e compreender o que é a eutanásia, sua participação na sociedade e as subdivisões existentes desse tema em todo o mundo. Busca também abordar os princípios bioéticos estabelecidos no campo científico e a ética no ordenamento jurídico que envolve o tema, incluindo quais práticas são permitidas em território brasileiro e as possíveis sanções para o ato da eutanásia.

A pesquisa visa, ainda, analisar os princípios fundamentados em lei, destacando aspectos relevantes relacionados à ideia de uma vida digna e, conseqüentemente, uma morte digna. Isso envolve a consideração do princípio da autonomia, no qual o paciente decide se deseja ou não se submeter à eutanásia, abordando argumentos a favor e contra esse tema. Esses objetivos proporcionarão uma compreensão abrangente da eutanásia, suas implicações éticas e legais, bem como sua importância na busca por uma morte digna no contexto brasileiro e global.

EUTANÁSIA: UMA ANÁLISE DA ORIGEM E DO CONTEXTO NO BRASIL E NO MUNDO

Os avanços na área da tecnologia médica têm reconfigurado a nossa compreensão dos conceitos de vida e morte. Com o contínuo desenvolvimento de técnicas destinadas a preservar e prolongar a vida, a definição do momento da morte está em constante evolução. Como resultado, o ser humano do futuro busca de todas as maneiras possíveis superar doenças, envelhecimento e a morte, transformando a busca pela imortalidade em um objetivo concreto, graças à combinação da biotecnologia e da computação.

Diniz (2014), mostra que a palavra "eutanásia" tem sua origem etimológica no século XVII e foi utilizada pela primeira vez em 1623 pelo filósofo inglês Francis Bacon em seu livro "historia vitae et mortis". Para Guimarães (2011), o termo "eutanásia" tem origem na combinação de "eu," que significa "bem" ou "boa," e "thanasia," que se

refere à "morte." Portanto, pode ser interpretada como "morte apropriada" ou "morte piedosa." Em diferentes épocas e sociedades, a prática da "morte boa" foi discutida e recomendada como uma maneira de aliviar o sofrimento de pacientes terminais ou preservar a dignidade de líderes com declínio físico irreversível, sendo chamada por vezes de "crime caritativo" ou "direito de matar."

Nesse contexto, as normas sociais relacionadas à eutanásia ocasionalmente se misturavam com abordagens economicistas, cujo objetivo não era aliviar o sofrimento do indivíduo, mas sim otimizar a relação custo-benefício. Isso resultava na intenção de eliminar indivíduos que se tornavam um fardo excessivo para a sociedade, abordando simultaneamente tanto o ônus social quanto o sofrimento do indivíduo.

A evolução da eutanásia se estende até os tempos atuais, onde é praticada como uma intervenção médica destinada a encurtar a vida de um indivíduo que está sofrendo intensamente devido a uma doença incurável, realizada por um médico com o consentimento do paciente. Isso representa um desafio, especialmente para os legisladores, aplicadores da lei e especialistas em direito, que precisam ter uma compreensão profunda do papel significativo que desempenham na análise das leis gerais e individuais, evitando omissões e decisões precipitadas em relação a esse assunto (Souza, 2021).

Esta prática médica nem de longe é um assunto pacificado nem do ponto de vista do direito e nem do ponto de vista da saúde. Aqueles que são contrários a essa prática se fundamentam nos princípios religiosos e os da dignidade da pessoa humana; já aqueles de opinião favorável a essa prática médica se fundamentam no ponto de vista de que todos merecem uma morte digna, sem dor ou sofrimento e apontam a vontade do enfermo como algo indiscutível e inviolável (Da Silva, 2016, p.01).

A eutanásia ritualizada está intimamente relacionada aos eventos culturais que são realizados e observados pela sociedade. Essa sociedade desenvolveu diversos rituais para reforçar a ideia de que a morte é algo misterioso e, ao mesmo tempo, encara a morte como um acontecimento dramático e inaceitável que precisa ser moldado pela cultura (Pessini, 2004). A relação entre a eutanásia e a sociedade tem sido controversa, e no século XX, a discussão em torno desse assunto se concentra na ética e moral diante do avanço da humanização e dos avanços da ciência. Ichioka e Sanchez explanam que:

Conforme o passar do tempo, a eutanásia se subdividiu em duas categorias: eutanásia ativa e a eutanásia passiva. Com injeções letais, ingestão de drogas e venenos novíços se caracteriza a eutanásia ativa, sendo aceita em

poucos países, tais como Holanda e Bélgica. Em contraposição a esta ideia, surge a eutanásia passiva que é baseada no fim imediato de algum tipo de tratamento; ou seja, não há meios de interferir com a morte do paciente, o restando somente a espera pela morte (Ichioka e Sanchez, 2015, p. 03).

Uma variante menos conhecida da eutanásia é a ortotanásia, cuja origem é grega, sendo formada por "orthos," que significa "reto" ou "correto," e "thanatos," que significa "morte." Esse termo é utilizado na prática médica para descontinuar qualquer tratamento destinado a prolongar a vida do paciente, permitindo apenas o uso de sedativos e permitindo que a morte ocorra de maneira natural (Carvalho, 2021).

Santos (2021) contempla que no contexto do dicionário jurídico brasileiro, a eutanásia é definida como um alegado direito de evitar que um paciente com um diagnóstico irreversível sofra angústias ou dores intensas, permitindo, mediante sua livre e voluntária escolha, que ocorra a morte ou que sejam fornecidos os meios para alcançá-la. Os povos da antiguidade também oferecem exemplos de práticas relacionadas à eutanásia, como mencionado por Ricardo Vergueiro Figueiredo:

Os guerreiros dinamarqueses consideravam uma vergonha morrer de morte natural ou por doença e, assim, suicidavam-se para escapar do que consideravam uma infâmia, e o caso dos godos que acreditavam que aqueles que morriam de morte natural estavam destinados a viver eternamente em cavernas na companhia de inúmeros animais venenosos. Cita ainda os visigodos, que se atiravam quando velhos e cansados da vida, do alto do chamado "Rochedo dos antepassados". Tal costume também era encontrado entre os habitantes da Trácia e entre os Hérulos. Conta ainda que em Céos fazia-se um banquete solene onde os homens que haviam ultrapassado uma certa idade reuniam-se com coroas de flores na cabeça e alegremente bebiam cicuta; tais práticas também existiam entre os trogloditas. (Figueiredo, 2001, p. 03).

Indivíduos, sociedades e sistemas de crenças que interpretavam a vida e a morte de maneira distinta da perspectiva brasileira destacam a importância de considerar a compreensão cultural específica do país em que se vive como uma referência central. No entanto, para obter uma compreensão mais precisa da origem desse conceito, é igualmente crucial explorar as atitudes dos povos que existiram antes da humanidade.

Gonçalves (2012) resume que há várias classificações da eutanásia, incluindo a eutanásia literal (uma morte sem dor), a eutanásia na linguagem comum e a eutanásia eugênica, criminal e experimental. Embora algumas formas de eutanásia possam ser consideradas legais, como a morte sem dor, a eutanásia engloba muito mais do que isso. Muitas vezes, as pessoas que recorrem a essas práticas estão gravemente doentes e incapazes de tomar decisões conscientes, buscando antecipar

a própria morte. É considerado inaceitável concordar com as definições de eutanásia eugênica, criminal e experimental, pois representam uma violação flagrante do direito humano fundamental à vida, independentemente do status econômico, histórico criminal ou uso em experimentos científicos. Permitir tais práticas é totalmente contrário à lei.

A eutanásia é considerada crime no Brasil, no entanto, o Código Penal brasileiro não possui uma categoria específica para "eutanásia". Dependendo da situação, essa conduta pode ser enquadrada como homicídio, auxílio ao suicídio ou até ser considerada uma conduta não punível. Quando classificada como homicídio e realizada por motivos de compaixão ou piedade em relação ao paciente, o Código Penal prevê a possibilidade de redução da pena.

De acordo com o artigo 121 do Código Penal, parágrafo primeiro, "Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço" (Brasil, 1940). No entanto, no caso da morte clínica, quando não ocorre a completa cessação do funcionamento dos sistemas nervosos, vascular e outros, o desafio ético, moral, religioso e jurídico reside quando se declara uma pessoa como morta. Raquel Sztajn, esclarece que:

O problema ético está em saber em que medida se antecipa ou não a constatação de que não há esperança de reverter o quadro de fim da vida em relação com a existência significativa, especialmente quando se pretende aproveitar órgãos do ser morto para transplante. A ética utilitarista vê justificção para antecipar o momento da declaração do óbito sempre que órgãos que requerem atividade cardiorrespiratória, ou seja, irrigação sanguínea, possam ser utilizados para manter outras vidas significativas. No entanto, mesmo para a ética utilitarista, antecipar a morte de alguém para salvar outros seria reprovável se houvesse a possibilidade de reverter o quadro adverso. Portanto, busca-se definir o momento da morte clínica como a perda total da possibilidade de integração do organismo vivo (Sztajn, 2019, p. 121).

Mendes *et al.* (2020) expõem que a eutanásia tem sido um tópico amplamente debatido no Brasil, atualmente proibida por lei. No entanto, alguns especialistas e até mesmo o Conselho de Medicina argumentam que sua aplicação tem o propósito de aliviar o sofrimento de pacientes em estágios terminais de doenças. Dessa perspectiva, a eutanásia é vista como uma forma de mitigar o sofrimento de pacientes enfrentando doenças incuráveis ou chegando ao fim de suas vidas. Alguns argumentam que médicos podem considerar essa medida em situações em que a vida já não tem qualidade, com o objetivo de preservar outras vidas.

Nações como os Países Baixos e a Bélgica já tomaram a decisão de regulamentar explicitamente ou interpretar de forma abrangente a legislação para permitir a eutanásia e o suicídio assistido, onde um profissional de saúde auxilia um paciente a realizar sua própria morte (Winck e Gianello, 2017). Devido à sua natureza controversa, a prática da eutanásia é permitida em poucos lugares no mundo atualmente, com a maioria dos países que a toleram situados no Continente Europeu.

O Uruguai é amplamente considerado pioneiro no que diz respeito à eutanásia, mesmo que não a tenha legalizado expressamente. Desde 1934, a legislação uruguaia, especificamente o artigo 37 do Código Penal, estabelece que os juízes têm a prerrogativa de isentar de pena aqueles que cometem o chamado "homicídio piedoso", desde que se cumpram três requisitos fundamentais: (I) o autor da ação deve ter "antecedentes honráveis"; (II) o ato deve ser motivado por piedade; e (III) a ação deve ser realizada a pedido reiterado da vítima, ou seja, do paciente. Goldim (1997) assinala que é importante notar que, de acordo com o Código Penal uruguaio, essa isenção de pena não se aplica ao suicídio ou à assistência à morte, ambos considerados condutas criminosas no país.

A Holanda é também reconhecida como um exemplo no que diz respeito à eutanásia. Em contraste com o Uruguai, que não promulgou legislação dedicada a essa questão, a Holanda foi pioneira ao estabelecer a legalização e regulamentação efetiva da eutanásia em 2001. A eutanásia na Holanda é autorizada exclusivamente sob as seguintes circunstâncias, conforme estipulado pela lei aprovada em 11 de abril de 2001: (a) o paciente deve sofrer de uma doença incurável e enfrentar dores insuportáveis; (b) o paciente deve manifestar de forma voluntária o desejo de morrer; e (c) apenas após um segundo médico emitir sua avaliação sobre o caso. Kasper (2017) define que no caso da Suíça, a eutanásia é proibida, mas o suicídio assistido é legal desde 11 de dezembro de 2001.

De acordo com a legislação em vigor no país, o suicídio assistido é permitido quando o próprio paciente realiza o procedimento, e os assistentes, que podem ser pessoas leigas, não têm nenhum interesse além de ajudar o paciente a cumprir seu desejo, sem buscar benefício próprio. Nos Estados Unidos, a decisão sobre a legalização ou não da eutanásia é de competência de cada estado. É fundamental ressaltar que nenhum dos 50 estados permite a prática direta da eutanásia em si. O que é explicitamente permitido em três dos estados norte-americanos é o suicídio assistido, no qual o próprio paciente ingere medicação letal que foi previamente

prescrita por um médico, seguindo um procedimento semelhante ao que ocorre na Suíça (Kasper, 2017).

Costa *et al.* (2019) vislumbram que no Brasil, os debates em torno da eutanásia, apesar de ganharem maior visibilidade, permanecem cercados de tabus devido à coincidência com os valores morais, culturais, políticos e religiosos arraigados no país. Com frequência, a medicina é considerada uma instância infalível de salvação, e o direito à vida é interpretado como uma obrigação inquestionável.

No Brasil, onde temos a cultura, a religião e a política como limitadoras, esse tema, assim como todos os outros que envolvem a dignidade humana, são evitados pelos nossos políticos, pois mesmo os que apoiam, possuem medo de serem “renegados” pela população, a qual não entende o verdadeiro avanço que seria a legalização da eutanásia. Ao longo da história tivemos grandes mudanças em relação ao conceito de dignidade até chegarmos no mais comum tratado em nossa legislação. Infelizmente ela não está totalmente preparada para lidar com os casos que envolvem dignidade humana, como no caso da eutanásia a qual, não possui nenhuma lei específica para classificá-la (Machado, 2020, p.09).

Além disso, é importante observar que a eutanásia pode ser considerada um crime qualificado em casos nos quais, por exemplo, ocorre a administração de veneno durante a sua realização, conforme previsto no artigo 121, § 2º, III, do Código Penal. Em determinadas situações, o juiz pode também considerar a eutanásia como um caso de homicídio privilegiado, o que permite a redução da pena de acordo com o Código Penal (Brasil, 1940): "Artigo 121, § 1º Se o agente comete o crime impellido por motivo de relevante valor social ou moral, [...] o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço." Esta disposição legal permite ao juiz considerar as circunstâncias e motivações específicas do ato de eutanásia ao determinar a pena, podendo reduzi-la caso entenda que o agente agiu impellido por razões de relevante valor social ou moral (Duarte, 2014).

O Projeto de Lei (PL) 125/96, apresentado pelo Senador Gilvam Borges, tinha como objetivo permitir a prática da morte sem dor. Brasil (1996) define que este projeto foi o único específico relacionado à legalização da eutanásia a tramitar no Senado Federal. O PL autorizava a eutanásia sob a condição de que cinco médicos atestassem a futilidade do tratamento físico e psicológico do paciente. No caso de pacientes que não estivessem conscientes, a decisão teria que ser tomada pelos familiares. Atualmente, o projeto encontra-se arquivado, ou seja, não está mais em tramitação no Congresso Nacional.

O Projeto de Lei (PL) 116/2000, proposto pelo Senador Augusto Botelho, tem como objetivo principal a descriminalização da ortotanásia no Código Penal brasileiro. É importante ressaltar que a ortotanásia se refere à conduta médica de permitir que um paciente terminal, sem possibilidades de cura, morra naturalmente, sem a adoção de medidas extraordinárias para prolongar a vida, respeitando a vontade do paciente ou as diretrizes pré-estabelecidas por ele.

Art. 1º O Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), passa a vigorar acrescido do seguinte: Art. 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, deixar de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários, em situação de morte iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão. § 1º A situação de morte iminente e inevitável deve ser previamente atestada por 2 (dois) médicos. § 2º A exclusão de ilicitude prevista neste artigo não se aplica em caso de omissão de uso dos meios terapêuticos ordinários e proporcionais devidos à paciente terminal" (Brasil, 2000).

No Brasil, a eutanásia não é aceita, e, portanto, atualmente não é possível que um paciente solicite a realização desse procedimento para abreviar sua própria vida. Isso se deve ao fato de que, na sociedade e no contexto jurídico brasileiro, a discussão sobre a vida é ampla, enquanto a morte, que representa o fim da vida, é vista como um tema tabu. Além de considerações religiosas, morais e de costumes atuarem contra a prática da eutanásia, a legislação brasileira não aborda especificamente esse assunto. Diante dessa situação, em muitos casos, a eutanásia é tratada como homicídio privilegiado, conforme estipulado no artigo 121 do Código Penal.

A Constituição brasileira garante o direito à vida como um de seus princípios fundamentais, abrangendo a vida desde o momento intrauterino até a morte, ao mesmo tempo em que também estabelece o direito a viver com dignidade. Pode-se dizer que o tema é altamente polêmico e influenciado pela perspectiva religiosa e moral de parte da sociedade, além de ser pouco regulamentado no âmbito jurídico devido à ausência de leis específicas que o regulem (Prado, 2022).

Na história da regulamentação ética da medicina no Brasil, os códigos de conduta médica seguiram a tradição hipocrática, enfatizando o papel da medicina na preservação da vida até o seu término natural e rejeitando a eutanásia. Em 1931, o Código de Deontologia Médica estabelecia que "o médico não aconselhará nem praticará, em caso algum, a eutanásia", e enfatizava que "um dos propósitos mais nobres da medicina é sempre preservar e prolongar a vida" (Lopes, 2017, p. 20).

No final de 2006, o Conselho Federal de Medicina emitiu a Resolução 1.805/2006, que permitia aos médicos, em casos de enfermidades graves e incuráveis em estágio terminal, restringir ou interromper procedimentos e tratamentos que prolongassem a vida do paciente, desde que isso estivesse em conformidade com a vontade do paciente ou de seu representante legal. Segundo CFM (2006), o paciente continuaria a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que causassem sofrimento, com assistência abrangente que abrangesse aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, garantindo até mesmo o direito à alta hospitalar.

É importante pontuar que com o avanço da ciência e da tecnologia, o mundo vai perdendo gradualmente seus mistérios. A naturalização da ordem existente e sua redução a uma autonomia completa resultam de um progressivo desencantamento em relação ao que costumava ser considerado sobrenatural. No passado, a humanidade conseguiu equilibrar o universo natural por meio da criação de um imaginário coletivo que ampliava os horizontes além das limitações das sociedades. Nas complexas relações da vida social, elementos naturais e sobrenaturais, pecado e graça, poder civil e religioso, vida e morte estavam entrelaçados de forma inseparável, tornando-se difícil distingui-los.

No entanto, o processo de secularização separou e autonomizou esses domínios. A autonomia dos assuntos mundanos emergiu em detrimento do sagrado. Siqueira-Batista e Schramm (2004) aprofundam que as relações entre o avanço da ciência e da tecnologia e o enfraquecimento do caráter sagrado da existência são estabelecidas de maneira interdependente desde o início. O conhecimento científico reduz gradualmente o espaço que anteriormente era dedicado à sacralidade. As forças naturais passam a operar onde antes se recorria à intervenção do sobrenatural. Simultaneamente, o declínio das religiões tradicionais na consciência das pessoas estimula a busca por um maior conhecimento da natureza e da história.

Os critérios de morte encefálica foram desenvolvidos na década de 1950, em conjunto com os avanços tecnológicos. Sua história está intimamente ligada ao surgimento das unidades de terapia intensiva e ao progresso na utilização de suporte ventilatório artificial, definem Rodrigues e Cezar (2013). A morte encefálica equivale à morte clínica e, do ponto de vista ético e legal, após o seu diagnóstico, é dever do médico interromper qualquer procedimento de suporte que esteja mantendo artificialmente o funcionamento dos órgãos vitais do paciente, desde que se cumpram as condições estabelecidas:

Os países divergem em seus conceitos, definição e diagnóstico de morte encefálica. Mesmo que pesem sobre a necessidade de um conceito único todas as críticas filosóficas que os pensamentos unânimes possuem, se houvesse alguma uniformidade nas definições, poderíamos ter um conceito mais confiável e fidedigno. Entretanto, isso poderia determinar piora na operacionalidade do diagnóstico, considerando os diferentes níveis de investimentos na saúde e educação da população; diferentes religiões; e disponibilidade de médicos, pois é fato que a humanidade não é una. Coimbra declara que “Redefinir a morte não foi somente um exercício técnico, mas um ato estético destinado a acomodar no mesmo quadro clínico o paciente comatoso desenganado, o morto e o doador de órgãos” (Rodrigues; Cezar, 2013, p. 272).

A eutanásia tem raízes históricas profundas, remontando à antiguidade, e está intrinsecamente ligada a influências culturais, sociais e religiosas, frequentemente sendo considerada uma demonstração de respeito, honra e dignidade. Sua presença é notada desde tempos antigos, como evidenciado nas escrituras do livro de Samuel, capítulo 31, versículos 1 ao 6, na Bíblia:

E aconteceu que, em combate com os filisteus os israelitas foram postos em fuga e muitos caíram mortos nos montes Gilboa. Os filisteus perseguiram Saul e seus filhos, e mataram Jônatas, Abinadabe e Malquisua, filhos de Saul. O combate foi se tornando cada vez mais violento em torno de Saul, até que os flecheiros o alcançaram e o feriram gravemente. Então Saul ordenou ao seu escudeiro: “tire sua espada e mate-me com ela, senão sofrerei a vergonha de cair na mão desses incircuncisos”. Mas seu escudeiro estava apavorado e não quis fazê-lo. Saul então pegou sua própria espada e jogou-se sobre ela. Quando o escudeiro viu que Saul estava morto, jogou-se também sobre sua espada e morreu com ele. Assim foi que Saul, seus três filhos, seu escudeiro e todos os seus soldados morreram naquele dia (Bíblia Digital, 2023).

Em um contexto mais amplo, a religião sempre exerceu uma influência significativa sobre o comportamento das pessoas em diversas sociedades e épocas, e no que diz respeito à eutanásia, essa influência não é exceção. Nas quatro principais religiões do mundo (budismo, islamismo, judaísmo e cristianismo), a vida é considerada um bem sagrado. Os budistas recorrem ao conceito de interdependência ao abordar questões éticas e, há muito tempo, reconhecem o direito das pessoas de decidirem quando desejam passar desta existência para a próxima. Leo Pessini debate que:

Uma diferença essencial para o budismo é saber se a pessoa sujeita à eutanásia está consciente. Neste caso, a não ser que tenha feito um testamento em vida, não temos como saber se o paciente quer de fato a eutanásia. Por outro lado, uma vez que a consciência se dissociou

permanentemente do corpo, o budismo não vê razão para continuar nutrindo ou estimulando o corpo, que não é mais uma pessoa. (Pessini, 1999, p. 8- 9).

As distinções entre a eutanásia e outros conceitos relacionados à morte, podem criar desafios na formulação de uma opinião clara sobre sua legalidade, bem como em sua avaliação sob uma perspectiva ética (Souza, 2021). Souza (2023) diz que na área da medicina, a eutanásia e o suicídio assistido estão ganhando terreno na discussão sobre a legalização, com base na premissa de proporcionar uma morte digna para pacientes que sofrem de doenças graves e incuráveis, bem como doenças crônicas e debilitantes. Muitos desses pacientes, que muitas vezes lutaram contra o sofrimento intolerável por anos, reivindicam o direito de escolher uma maneira de morrer que lhes permita evitar mais angústia.

Recentemente, em países como o Brasil, nos quais essas práticas não são permitidas, tem havido uma ênfase na ortotanásia. Esse conceito respeita a vontade do paciente em suspender ou buscar tratamentos paliativos para aliviar a dor e o sofrimento. Isso levanta questões sobre porque as manifestações dos pacientes em relação ao desejo de encerrar seu sofrimento não são levadas em consideração no contexto da eutanásia, ou do suicídio assistido, quando o objetivo é melhorar a qualidade de vida, respeitar a autonomia da vontade e acabar com o sofrimento daqueles que escolhem esses métodos. Especialmente se considerarmos os avanços na medicina ao longo dos anos, com melhorias nos procedimentos e inovações no tratamento de doenças.

A eutanásia é realizada com o propósito de garantir que a morte esteja alinhada com a noção de dignidade do próprio paciente, que não consegue mais suportar a vida devido a fatores relacionados à doença. Nesse contexto, argumenta-se que não cabe ao Estado interferir, uma vez que o paciente em estado terminal ou com uma doença incurável, é o principal interessado em determinar sua própria dignidade, inclusive no que diz respeito à sua morte. Dado que não existem meios precisos para transmitir o sofrimento pessoal de alguém, somente aqueles que o vivenciam podem realmente avaliá-lo e decidir se desejam ou não continuar vivendo com ele.

Sanches (2014) indica que aqueles que apoiam a eutanásia baseiam sua defesa na ideia da autonomia absoluta de cada indivíduo e no direito à autodeterminação, o direito de escolher sua própria vida e o momento de sua morte. Essa perspectiva coloca o interesse individual acima do interesse da sociedade, que, por meio de suas leis e códigos, busca geralmente proteger a vida. A eutanásia não é

uma defesa da morte em si, mas sim da escolha da morte por parte daqueles que a consideram a melhor opção ou a única alternativa para sua situação.

Roxin (2016) vislumbra que embora a medicina tenha atingido um nível incrível de avanço tecnológico, não há como evitar o evento inevitável da morte. Portanto, a medicina se encontra em uma posição limitada quando se trata de pacientes que não desfrutam mais de saúde plena e não têm a capacidade de reverter sua condição. A eutanásia, nesse contexto, visa apenas aliviar o desconforto do paciente. Quanto aos diferentes tipos de eutanásia, é possível distinguir entre eles. Na categoria denominada "eutanásia pura," pode-se descrever a situação em que são administrados ao paciente moribundo meios paliativos que não têm o efeito de encurtar sua vida. Essa conduta é, naturalmente, considerada legal e não sujeita a punições.

Marques e Pires (2020) concluem que com base nos princípios constitucionais mencionados, o ser humano é considerado detentor de proteções e garantias, e sua liberdade e dignidade deveriam ser salvaguardadas pelo Estado na prática. Entretanto, essa proteção não se concretiza no caso em questão, uma vez que o indivíduo não tem a capacidade de determinar a maneira mais apropriada para ele se libertar do sofrimento que experimenta em sua vida. No atual contexto brasileiro, o médico que desempenha o papel de assegurar a vontade do paciente terminal enfrentaria responsabilização penal. Com base no informativo 163, o Supremo Tribunal Federal (STF) reafirmou que os direitos e garantias fundamentais não são absolutos:

Os direitos e garantias individuais não possuem caráter absoluto no sistema constitucional brasileiro. Isso significa que, mesmo por que razões de relevante interesse público ou exigências derivadas do princípio de convivência das liberdades, as autoridades estatais podem, de maneira excepcional, adotar medidas restritivas das prerrogativas individuais ou coletivas, desde que observem os parâmetros estabelecidos pela Constituição. O estatuto constitucional que rege as liberdades públicas, considerando o substrato ético que as norteia, permite que sejam impostas limitações de ordem jurídica. Essas limitações visam, por um lado, proteger o interesse social e, por outro, garantir a coexistência harmoniosa das liberdades, uma vez que nenhum direito ou garantia pode ser exercido de maneira que prejudique a ordem pública ou desrespeite os direitos e garantias de terceiros (STF, 1999).

Diante disso, novamente podemos relacionar essa situação à escolha de uma morte digna. Como mencionado anteriormente, não há uma legislação específica que regulamente a eutanásia, mas a prática é considerada homicídio, com a possibilidade

de redução da pena, se cumpridos os requisitos estabelecidos no parágrafo primeiro do artigo 121 do Código Penal. O ponto fundamental é que o indivíduo que toma essa decisão não deve ser sujeito a julgamentos morais ou legais; em vez disso, deve ser garantida a avaliação da viabilidade de respeitar sua última vontade em vida (Marques e Pires, 2020).

EUTANÁSIA E SUAS SUBDIVISÕES

No contexto da eutanásia, é fundamental salientar que essa prática deve ser entendida como uma alternativa destinada a encerrar a vida de um indivíduo que enfrenta um sofrimento profundo decorrente de doenças incuráveis, ou de uma significativa deterioração de sua consciência, e que conta com o respaldo de terceiros agindo por compaixão para realizar o desejo do paciente. É importante destacar que existem conceitos distintos da eutanásia: mistanásia, eutanásia passiva, ativa, suicídio assistido, voluntária, involuntária, não voluntária, distanásia e ortotanásia.

De acordo com a classificação do jurista alemão Claus Roxin (2002), a eutanásia pode ser distinguida em dois sentidos: amplo e estrito. No sentido amplo, a prática se divide em eutanásia ativa e passiva. A eutanásia ativa envolve a prestação de ajuda a uma pessoa gravemente doente, a seu pedido, com o objetivo de permitir que ela tenha uma morte que esteja de acordo com sua própria concepção de dignidade humana.

Por outro lado, a eutanásia passiva se caracteriza pelo ato de médicos ou familiares interromperem a prolongação da vida de uma pessoa por meio de cirurgias ou tratamentos. Vale ressaltar que, em muitos países europeus, como a França, mesmo que a primeira forma de eutanásia seja proibida, a eutanásia passiva é indiretamente tolerada e aplicada (Roxin, 2002).

Schöne-Seifert (2015) apontam que historicamente a prática da eutanásia ativa e o suicídio assistido são intimamente associados à proibição ou à não proibição do suicídio. No direito romano, o suicídio e a participação estavam submetidos às exceções de cada caso. Ou seja, se um soldado cometesse suicídio para não ir à guerra, era punido, por exemplo, sendo enterrado fora de solo sagrado. Portanto, podemos concluir que o direito à autodeterminação em questões de morte e ao livre desenvolvimento da personalidade, fundamentais em muitos sistemas jurídicos ao redor do mundo, só podem ser verdadeiramente protegidos e garantidos se não forem

violados por interesses estatais ou sociais, incluindo interesses econômicos. Essa decisão destaca que esses direitos, especialmente o direito à dignidade humana, devem prevalecer sobre restrições anteriores que poderiam ser impostas visando benefícios econômicos provenientes de assistência (fornecida por médicos, psicólogos e advogados) para garantir um fim de vida digno (Fonseca e Zaganelli, 2020).

Certamente, existem várias discussões e debates em torno desse assunto devido à complexidade das questões éticas, morais e legais envolvidas. A distanásia, como definida por Maria Helena Diniz (2017), refere-se ao prolongamento excessivo da morte de um paciente terminal ou ao uso de tratamentos que não oferecem benefícios significativos. O foco não está em prolongar a vida, mas sim em estender o processo de morte, o que levanta questões profundas sobre qualidade de vida, dignidade humana e o papel da medicina em casos de doenças terminais. Essas discussões são fundamentais para a compreensão e o desenvolvimento de políticas e práticas relacionadas à eutanásia e ao fim de vida.

Vieira (2020) cita que a ortotanásia, conforme descrita, é considerada uma conduta atípica em relação ao Código Penal, uma vez que não causa diretamente a morte da pessoa, dado que o processo de morte já está em curso. Nesse contexto, diante do sofrimento intenso experimentado por um paciente terminal, considerado por ele como intolerável e inútil, o médico age para aliviar essas dores, mesmo que a consequência indireta possa ser a morte do paciente.

Essa situação cria uma lacuna na lei que, para alguns, pode ser vista como uma forma de permitir a prática da eutanásia, que, em certos casos, pode ser considerada ativa. Essas nuances legais e éticas geram debates significativos sobre a autonomia do paciente, a qualidade de vida e o papel dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes terminais.

Santos (2011) introduz que o suicídio assistido tem sido definido como "um ato que compartilha muitos aspectos com a eutanásia, pois envolve a colaboração de uma pessoa, geralmente um médico, com o paciente para ajudá-lo a encerrar a própria vida". Essa definição destaca as semelhanças entre o suicídio assistido e a eutanásia, pois ambos envolvem ações tomadas para pôr fim à vida de uma pessoa, com a diferença principal de que, no suicídio assistido, o próprio paciente desempenha um papel mais ativo no processo. Na Antiguidade Clássica, nas civilizações grega e romana, existiam leis relacionadas ao suicídio. O ato de suicídio era proibido e

considerado um ato de injustiça para a comunidade. No entanto, um indivíduo que desejasse cometer suicídio tinha que apresentar um pedido às autoridades, como o Senado, explicando as razões para sua decisão. Se o pedido fosse aprovado, o suicídio era considerado legítimo e autorizado pelas autoridades. Essa abordagem destacava a importância da justificação e da revisão das razões para o suicídio, em vez de uma proibição absoluta do ato em si (Durkheim, 2001).

Dadalto (2015) explica que as situações mais comuns em que a eutanásia é considerada envolvem pacientes terminais. Embora a definição de "paciente terminal" possa variar na área médica, neste contexto, considera-se que um paciente terminal é aquele cuja evolução em direção à morte, seja ela mais lenta ou mais rápida, é irreversível devido à sua condição de saúde. É importante notar que, independentemente de nossa tendência cultural de evitar pensar nisso, o destino de todos nós, é a morte, que é inevitável.

No entanto, o paciente terminal sofre de uma doença letal para a qual não há prognóstico de cura. A menos que ocorram circunstâncias improváveis, como um acidente a caminho de uma consulta médica ou um evento inesperado no hospital, o paciente terminal tem consciência de que muito provavelmente morrerá devido à doença que o aflige. A definição de doença terminal pela Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (2014) se baseia em cinco componentes:

- 1) Existência de uma doença em estágio avançado, que é progressiva e não tem possibilidade de cura.
- 2) Ausência de opções de tratamento específico que sejam viáveis.
- 3) Presença de uma variedade de problemas ou sintomas intensos, que são numerosos, de natureza multifatorial e estão sujeitos a mudanças.
- 4) Impacto emocional significativo tanto no paciente, na família quanto na equipe de cuidados de saúde, muitas vezes relacionado, de maneira direta ou indireta, à proximidade da morte.
- 5) Expectativa de vida limitada (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014).

Embora promovamos uma discussão expandida sobre a eutanásia que transcenda as circunstâncias terminais, é inegável que os cenários envolvendo pacientes em fase terminal são os que mais suscitam a compaixão e a empatia tanto entre juristas como no seio da opinião pública. Em linhas gerais, um indivíduo a braços com uma doença terminal vivencia diariamente a dor e o desconforto, mergulhando em uma genuína agonia, ciente da irremediabilidade de sua condição. Tal situação impõe-lhe um substancial fardo emocional.

Ademais, seus familiares e amigos partilham do sofrimento do ente querido, sem divisar qualquer perspectiva de cura (Da Silva Starling , 2020). Villas-Bôas (2005) debate que diante de tais pacientes, três são as opções de conduta: prolongar a existência terminal mediante uso maciço de drogas e aparelhos, embora isso signifique também prolongar e intensificar a agonia; apressar o fim, mediante conduta ativa ou passiva de interrupção da vida; ou promover cuidados paliativos, tencionando tornar os momentos finais menos dolorosos, sem, todavia, investimentos técnico-medicamentosos que visem a conservar, além do tempo natural, uma vida que não se pode mais melhorar.

Moureira (2015) vislumbra que etimologicamente, a essência do conceito de eutanásia é intrinsecamente relacionada a uma ação de compaixão. O termo tem suas raízes na língua grega, com "eu," que significa bom ou benéfico, e "thanatos," que se traduz como morte. Portanto, a eutanásia pode ser compreendida como uma morte boa, adequada ou benevolente. Apesar de sua definição aparentemente simples, ao longo da história, o termo eutanásia tem sido usado de maneira ampla e genérica, muitas vezes não correspondendo ao significado mais específico que hoje é comumente associado à expressão. No uso comum, uma das possíveis definições de eutanásia pode ser entendida como:

[Uma] ação médica intencional de apressar ou provocar a morte – com exclusiva finalidade benevolente – de pessoa que se encontre em situação considerada irreversível e incurável, consoante os padrões médicos vigentes, e que padeça de intensos sofrimentos físicos e psíquicos (Barroso e Martel 2012, p. 71).

Carnevalli (2003) delimita que este conceito não deve ser confundido com o de homicídio a pedido, que se limita à mera manifestação da vontade do sujeito passivo, mesmo na ausência de qualquer enfermidade. É relevante enfatizar que a questão da qualidade de vida, tema que será minuciosamente explorado em um capítulo subsequente, emerge como um elemento crucial na compreensão do conceito de eutanásia, uma vez que exerce um impacto substancial na construção da ideia de dignidade humana.

A eutanásia se desdobra em duas modalidades distintas para Cardoso (2010): uma por meio da ação deliberada e eficaz que resulta no término da vida, e outra por meio da omissão, na qual o agente se abstém de executar um ato fundamental que teria o poder de evitar o óbito. Nesse segundo caso, a morte se precipita antes do desfecho natural, devido à negligência. Em termos mais precisos, a eutanásia envolve

a prestação ativa de auxílio material com a finalidade de antecipar a morte ou a retenção de procedimentos rotineiros (que seriam benéficos) destinados a prolongar a vida, embora não tenham a intenção de curar a doença.

A eutanásia passiva, em certos contextos, pode ser caracterizada pela realização de uma ação afirmativa que visa à omissão dos tratamentos que normalmente seriam aplicados ao paciente. Um exemplo típico disso é desligar os aparelhos de ventilação conforme o pedido do paciente. Na realidade, o critério distintivo entre eutanásia ativa e eutanásia passiva não deve ser analisado apenas do ponto de vista puramente natural, levando em consideração o movimento físico do agente, mas sim do ponto de vista normativo. A presença de uma ação afirmativa (em uma perspectiva naturalista), como desligar um dispositivo, adquire um significado social de omissão, pois o que está em questão é a interrupção de uma medida capaz de manter a vida (Figueiredo Dias, 2013).

O traço fundamental da eutanásia, seja ela ativa ou passiva, reside na implementação de uma conduta destinada a antecipar o desfecho da vida em comparação ao momento em que a morte ocorreria naturalmente, caso a progressão típica da doença fosse respeitada. Na eutanásia, a morte se manifesta em um estágio precedente ao que se verificaria sem a intervenção. Isso culmina na distinção crucial entre a eutanásia passiva e a ortotanásia, um conceito que será abordado de forma minuciosa.

Figueiredo Dias (2013) complementa mais: alguns estudiosos ainda categorizam a eutanásia em três tipos distintos: voluntária, involuntária e não voluntária. A eutanásia voluntária seria aquela solicitada de maneira explícita pelo próprio paciente ou por seu representante legal, no caso de incapacidade do paciente. A eutanásia involuntária ocorreria contra a vontade do paciente, ou quando sua discordância pudesse ser presumida. Por fim, a eutanásia não voluntária aconteceria quando o paciente não pudesse expressar sua vontade e não houvesse maneira de presumi-la.

Efetivamente, se o paciente não expressa o desejo pelo procedimento eutanásico, ao menos presumivelmente, seja devido à sua capacidade de suportar o sofrimento, motivado por convicções religiosas ou éticas, ou mesmo pela esperança de uma eventual recuperação, qualquer empreendimento ou omissão com o propósito de ocasionar a morte do paciente implicaria em uma transgressão à sua autonomia.

Tais ações ou omissões, ao invés de serem justificadas em nome da dignidade da pessoa, constituem, de fato, um afrontamento direto a esse princípio.

Neste sentido é possível pontuar que:

A eutanásia de duplo efeito é também chamada eutanásia indireta, pois a morte é efeito indireto da conduta, resultado colateral, não querido. Sua intenção precípua é retirar a dor. Distingue-se, então da eutanásia direta praticada sob a forma da ministração de drogas em doses letais, quando a intenção imediata do agente é a promoção da morte daquele que sofre, como maneira definitiva de acabar com a dor. Imagine-se que, na eutanásia direta, o pensamento orientador da ação seja: "é preciso promover a morte do doente para tirar-lhe a dor", ao passo que, na eutanásia indireta ou de duplo efeito, a ideia seja diversa: "é preciso tirar a dor do paciente, ainda que ele venha a morrer mais cedo em decorrência disso". [...] O evento morte não é querido nessa circunstância, ainda que conhecido o fato de ser consequência possível da droga em uso (Villas-Bôas, 2005, p. 85).

Carvalho (2020) complementa, indicando que nesses cenários, a morte ocorreria como uma espécie de "efeito colateral" resultante da administração de doses elevadas de medicamentos, não com o objetivo deliberado de encerrar a vida do paciente, mas sim de aliviar o seu sofrimento. É de conhecimento geral que o uso contínuo de analgésicos desencadeia um ciclo vicioso, no qual é constantemente necessário aumentar a dose para alcançar o efeito desejado no controle da dor, que não pode mais ser obtido com as quantidades iniciais. Até mesmo autoridades religiosas já emitiram posicionamentos com o intuito de afastar qualquer reprovação em relação à eutanásia indireta.

Em 1980, na "Declaração sobre a Eutanásia," o Vaticano abordou explicitamente a situação da eutanásia de duplo efeito, chegando à conclusão de que, do ponto de vista religioso, essa prática não era condenável, uma vez que a intenção do agente não era provocar a morte, mas sim aliviar a dor, como traduzido por Figueiredo Dias (2013).

A diferenciação crucial entre a eutanásia e o suicídio assistido reside na avaliação do agente responsável pela ação determinante que culmina na morte - se é o próprio paciente ou uma terceira parte. No cenário da eutanásia, é comum que o paciente apresente limitações em seus movimentos ou até mesmo em sua consciência, o que torna impossível a realização de qualquer ação com o intuito de encerrar a própria vida. No contraponto, no suicídio assistido, o paciente, em contraste, conserva uma certa capacidade motora. Portanto, embora exija assistência

de um ou mais terceiros, é o próprio paciente quem conduz o ato derradeiro (Villas-Bôas, 2005).

Barroso e Martel (2012) contemplam que no Brasil, embora o suicídio e suas tentativas sejam considerados atos atípicos, existe uma sanção legal para aqueles que auxiliam alguém a cometer o ato. Essa previsão está contida no artigo 122 do Código Penal, que também estabelece punições para o induzimento e a incitação ao autoextermínio. Além dessas circunstâncias, a conduta de assistência assume maior relevância, uma vez que é a única que configura o fornecimento de ajuda material àqueles que desejam pôr fim às suas próprias vidas. Nesse sentido, o terceiro colabora com a ação, seja fornecendo informações ou disponibilizando os meios e condições necessários para a prática do ato.

Este raciocínio nos leva à compreensão de que:

Nem a tese psiquiátrica, nem a tese sociológica explicam, por si sós, a etiologia do suicídio. É este, certamente, um produto complexo de fatores sociais ou exógenos e fatores individuais, endógenos ou psicofisiológicos, que não são necessariamente patológicos. Se a tese psiquiátrica explica, por exemplo, o suicídio de menores, não explica o suicídio ético, por motivo de honra ou por dever, o haraquiri etc. A psicopatia ou anormalidade psíquica será a causa de uma certa species de suicídio, mas não a causa genética universal dos suicídios. [...] O impulso que leva ao suicídio não exorbita da psicologia normal – o que não importa negar que, às vezes, é o gesto de um louco (Nelson Hungria, 1956, p. 230-231).

De fato, em algumas circunstâncias, a pessoa que opta por encerrar sua própria vida, quer seja com ou sem o suporte de terceiros, o faz manifestando plena clareza de pensamento e convicção de que essa é a escolha mais congruente com uma análise de sua própria dignidade. Aqueles que buscam auxílio para o suicídio não necessariamente se encontram em um estado de desespero profundo, grave depressão ou carência de compreensão das implicações e conseqüências de seu pedido.

Neste prospecto, torna-se premente estabelecer que a ação que intentamos respaldar é aquela do suicídio medicamente assistido, inclusive como método para mitigar o denominado "suicídio impulsivo", comumente desencadeado por um efêmero desespero suscitado por circunstâncias externas. Com efeito, muitos atos de auto término são, na verdade, apelos por auxílio diante de um efêmero estado de desespero. Em tais cenários, é admissível argumentar contra a validade do pedido de assistência, considerando que, ainda que temporariamente, o indivíduo poderia estar

destituído de discernimento. Tal ponderação suscita a consideração de uma solução baseada em um tipo de paternalismo suave (Moureira, 2015).

De um lado, ocorre a cessação do aparato tecnológico que sustenta a vida do paciente, com o propósito de não prolongar uma existência que, inevitavelmente, se extinguirá. Entretanto, não se verifica qualquer ação deliberada ou omissão intencional com o fito de antecipar o óbito, característica distintiva da eutanásia. Assim, a ortotanásia pode ser compreendida como uma morte considerada "natural", uma vez que implica a suspensão de todo suporte artificial que mantém o paciente vivo, permitindo que a enfermidade siga seu curso sem intervenções ativas.

No tocante ao estatuto da ortotanásia, conforme a análise de Eduardo Cabette (2013, p. 20), destaca-se a inexistência de tipicidade inerente a essa manifestação. Isso resulta na exclusão das categorias de homicídio, auxílio ao suicídio e omissão, com base nos seguintes pressupostos: "Nessas circunstâncias a conduta não se dirige nem causa a morte da vítima, apenas e tão-somente atua na proteção da bem jurídica 'dignidade da pessoa humana', de modo que não ostenta qualquer reprovabilidade jurídica".

No ano de 2006, o Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu a Resolução nº 1.805, a qual conferiu ao corpo médico a competência para restringir ou suprimir "procedimentos e terapias com o intuito de alongar a existência do paciente em estado terminal". Como será posteriormente analisado, a legalidade dessa resolução foi alvo de objeções por parte do Ministério Público Federal, embora, em um estágio inicial, uma decisão judicial tenha respaldado sua vigência.

Portanto, no contexto brasileiro, a ortotanásia é aceita e utilizada, ainda que não haja uma legislação explícita a esse respeito. Conforme a perspectiva de João Paulo Orsini Martinelli (2015, p. 03): "em tese, não haveria necessidade de qualquer alteração na legislação, pois os direitos à liberdade e à dignidade humana estão previstos na Constituição Federal e devem ser aplicados na interpretação do Código Penal".

Em 2006, o Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu a Resolução nº 1.805, que autorizou a possibilidade de médicos interromperem "procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal". No entanto, essa norma foi objeto de contestação por parte do Ministério Público Federal, que alegou que o direito à vida é inviolável e, portanto, só pode ser restringido por meio de uma

lei formal. Além disso, argumentou que essa resolução seria inconstitucional, uma vez que alegadamente violaria o direito à vida.

No entanto, essa resolução acabou sendo confirmada por meio de uma decisão judicial em primeira instância, o que, na prática, conferiu a ela respaldo legal para sua aplicação. Subsequentemente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) promulgou um novo Código de Ética Médica, notavelmente omissivo em relação a assuntos de grande envergadura filosófica e ética, como a ortotanásia. Conforme analisou Luiz Flávio Gomes (2009), mesmo diante das discussões contemporâneas e prementes sobre a eutanásia, ortotanásia e a assistência à morte (suicídio assistido), esse recente Código de Ética Médica optou por permanecer silente a respeito de tais complexidades.

As intervenções médicas se restringem à mitigação da dor e à garantia do máximo conforto ao paciente, enquadrando-se na esfera dos cuidados paliativos, um campo da medicina que tem ganhado proeminência, tanto no Brasil quanto no cenário internacional. A ortotanásia está relacionada à abordagem adequada diante da situação de um paciente que se encontra no processo de morte. Envolve a prestação de cuidados paliativos apropriados aos pacientes em suas fases finais de vida, sem acelerar ou antecipar a morte (Goldim, 2004).

A eutanásia pode ser voluntária ou involuntária. Eutanásia voluntária, solicitada por aquele que sofre, tem sido descrita como suicídio assistido ou homicídio por requisição. Eutanásia involuntária implica numa decisão da sociedade ou de um indivíduo em pôr fim à vida daquele que sofre, sem que este exprima sua vontade, como, por exemplo, nos casos de crianças com grave deficiência mental ou das pessoas dementes e inconscientes. Outras distinções, também clássicas, são as de eutanásia ativa e passiva, direta e indireta. A eutanásia é ativa quando a morte é provocada; é passiva quando a morte advém da omissão de medidas indispensáveis para salvar a vida. Do ponto de vista moral, não é relevante se se põe fim a uma vida por ação ou omissão (Horta, 1999, p. 03):

A ortotanásia não é considerada um ato punível, pois consiste na não utilização de terapias para prolongar artificialmente a vida de uma pessoa que está naturalmente se aproximando do fim de sua vida, sem encurtar esse período vital. Por outro lado, a distanásia se opõe à ortotanásia, representando uma mera obstinação terapêutica, na qual a vida é artificialmente prolongada de forma desnecessária, causando sofrimento adicional ao paciente sem oferecer benefícios evidentes. O suicídio assistido, com uma conotação eutanásica, é distinto da eutanásia. Apesar de compartilhar outros requisitos com a eutanásia, a diferença fundamental é que na eutanásia (ativa ou

passiva), a morte é diretamente provocada por terceiros, enquanto no suicídio assistido, o próprio indivíduo interessado toma a ação que leva à morte, com a assistência de terceiros, expressa Guimarães (2011).

Ribeiro e Sarsur (2020) estabelecem que para uma distinção entre a eutanásia e a ortotanásia, é primordial, em primeiro lugar, compreender que a eutanásia engloba uma intervenção, seja por ação ou omissão, que ocorre em um momento no qual a morte ocorreria naturalmente, considerando a evolução regular da doença. Em outras palavras, ela envolve a antecipação da morte com o propósito de aliviar o sofrimento do paciente, frequentemente em atendimento a seu próprio pedido.

Já na ortotanásia, não há a prorrogação do período de sobrevivência do paciente, o que caracterizaria a chamada distanásia. A distinção clara entre a eutanásia e a ortotanásia repousa no âmbito da sobrevida do paciente: na ortotanásia, a suspensão do tratamento fútil apenas possibilita que o processo natural da morte culmine com o falecimento do paciente, enquanto na eutanásia, a própria ação tem a capacidade de encerrar a vida do paciente.

Conforme já foi discutido anteriormente por Villas-Bôas (2005), quando exploramos a classificação da eutanásia em suas vertentes "ativa" e "passiva",

Há quem considere, por exemplo, que o desligamento de aparelhos consiste numa conduta ativa e como tal deve ser punido. É entendimento majoritário, entretanto, que a suspensão de suporte vital é conduta passiva, de interrupção do tratamento ou do recurso artificial que se mostra infrutífero, não devendo o agente ser punido por ato homicida. Entende-se que não se trata de abreviar o tempo de vida, vez que a morte iminente está apenas precariamente sustada pelo uso da medida terapêutica, sem perspectivas de melhora nas condições gerais e, muitas vezes, contra a vontade do enfermo (Villas-Bôas, 2005, p. 78).

Essa distinção reveste-se de significativa importância a fim de evitar interpretações equívocas, de maneira a não rotular, de forma indiscriminada, a desativação de aparelhos por parte de médicos como eutanásia passiva. É oportuno salientar que, embora defendamos a necessidade de regulamentação dessa prática, sob a égide da legislação vigente, a eutanásia permanece categorizada como homicídio, ainda que sujeita a circunstâncias atenuantes, sujeitando seu executor a consequências legais. Com frequência, o ato de desligar aparelhos é uma manifestação da ortotanásia, uma conduta que, sob a atual legislação, não se subsume a um tipo penal, na medida em que não culmina na precipitação direta da

morte do paciente, mas sim na cessação de intervenções artificiais e infrutíferas voltadas à recuperação do enfermo.

Em oposição à eutanásia, que implica na aceleração da morte em relação ao curso natural, a distanásia se manifesta como a extensão da vida para além do limiar em que o indivíduo faleceria caso não fossem empregadas intervenções médicas de caráter artificial.

Por distanásia compreende-se a tentativa de retardar a morte o máximo possível, empregando, para isso, todos os meios médicos disponíveis, ordinários e extraordinários ao alcance, proporcionais ou não, mesmo que isso signifique causar dores e padecimentos a uma pessoa cuja morte é iminente e inevitável. Em outras palavras, é um prolongamento artificial da vida do paciente, sem chance de cura ou de recuperação da saúde segundo o estado da arte da ciência da saúde, mediante conduta na qual “não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer”. A obstinação terapêutica e o tratamento fútil estão associados à distanásia. Alguns autores tratam-nos, inclusive, como sinônimos (Barroso e Martel, 2012, p. 71).

O conceito real de distanásia é frequentemente pouco compreendido, embora sua prática seja amplamente utilizada na área da saúde. Ela envolve um tratamento excessivo, tornando o processo de morte prolongado e doloroso, resultando apenas no prolongamento da vida biológica do paciente, muitas vezes sem garantir qualidade ou dignidade na vida.

Em muitos casos, o tratamento pode ser mais agressivo do que a própria doença, o que gera questionamentos éticos sobre o seu uso (Diniz, 2011). Esse procedimento não é rejeitado pela legislação em vigor, embora envolva um processo que resulta em sofrimento e angústia, sem proporcionar uma cura definitiva. Conseqüentemente, pode conduzir a uma situação de desumanização, já que utiliza recursos ineficazes ou fracassados, e se prolonga por um tempo excessivo.

Borges (2015) pontua que a distanásia está estreitamente relacionada à obstinação terapêutica, que envolve a aplicação excessiva de tratamentos e tecnologia sem o devido foco no bem-estar do ser humano. A distanásia ocorre quando a vida do paciente é prolongada através do uso de dispositivos, resultando em um prolongamento artificial do processo de morte, causando sofrimento e sem perspectivas de cura ou melhora do estado de saúde.

Em essência, ocorre uma extensão da agonia sem que o paciente ou a equipe médica tenham expectativas reais de sucesso ou de uma melhor qualidade de vida para o paciente. Exemplificações concretas da distanásia podem ser identificadas nas tentativas de ressuscitação aplicadas a pacientes em estágio avançado de doenças terminais. Nesse cenário, o intento é adiar a confirmação do óbito, mesmo quando as

perspectivas de recuperação são virtualmente nulas, frequentemente submetendo o sujeito a procedimentos dolorosos e à utilização de uma variada gama de instrumentos médicos. Sob essa ótica, a ortotanásia surge como uma abordagem orientada a evitar a distanásia, que, em última instância, introduz um sofrimento supérfluo desprovido de sentido.

A mistanásia, também denominada "eutanásia social," pode ser conceituada como o falecimento de indivíduos que, lamentavelmente, não chegam a ser admitidos em unidades de terapia intensiva hospitalar, encontrando-se desprovidos de qualquer amparo terapêutico ou assistência médica. Sobre esta definição podemos observar que:

[A mistanásia] remete a uma morte miserável, transcendendo o contexto médico-hospitalar para atingir aqueles que nem sequer chegam a ter um atendimento médico adequado, por carência social, por falta de condições e de oportunidades econômicas e políticas, que se refletem numa falta de acesso ao judiciário e na deficiente proteção mesmo aos direitos fundamentais a que fazem jus todos os seres humanos, de forma que eles passam a configurar, desde o nascimento, espécies de "sub-cidadãos" e "sub-indivíduos", na dura realidade fática em que sobrevivem. [...] É a morte comum nos países subdesenvolvidos (Dworkin, 2009, p. 257).

Segundo Silva (2014), a mistanásia pode ser descrita como uma morte prematura e desafortunada que ocorre devido à falta de acesso a cuidados médicos apropriados ou devido à falta de recursos médicos adequados. Ela afeta diversas camadas sociais, devido a fatores econômicos, sociais, políticos ou científicos do sistema de saúde que fazem com que a maioria dos casos de mistanásia ocorra entre indivíduos que são privados do direito à saúde devido a condições financeiras desfavoráveis e à gestão inadequada por parte de representantes políticos.

É crucial reconhecer que uma parcela significativa dos enfermos em nosso país nem mesmo chega a ingressar em um estabelecimento hospitalar ou a estabelecer contato com um profissional da medicina. Esta realidade é lamentável, configurando-se como um genuíno problema de negligência política e social que relega essas pessoas a uma condição de exclusão em relação à tutela do Estado e à preservação de sua dignidade.

A mistanásia é um fenômeno recorrente e corriqueiro, que se manifesta independentemente de situações excepcionais, como a pandemia mencionada. Especialmente em nações caracterizadas por uma notável disparidade social, como é o caso do Brasil, o volume de mortes que poderiam ser evitadas mediante o simples

acesso ao sistema de saúde assume proporções consideráveis. O imperativo de implementar políticas públicas que promovam a igualdade no acesso à assistência médica não pode, todavia, obscurecer a relevância da reflexão acerca da regulamentação da eutanásia e do suicídio assistido.

Villas-Bôas (2005) pensa que um dos principais motivos que perpetuam o tabu e a relutância que cercam a temática da eutanásia reside em sua histórica associação com práticas eugênicas e utilitaristas. Eugenia, neste contexto, abarca a prática de seleção de indivíduos com base em atributos físicos e/ou intelectuais, com o propósito de eliminar aqueles que não se alinham com os ideais considerados "ótimos".

A intenção subjacente é a formação de uma população que perpetue descendentes mais congruentes com os padrões socialmente valorizados em um determinado momento histórico. Trata-se de uma tentativa de intervenção artificial na evolução da espécie, favorecendo a perpetuação de características consideradas mais vantajosas, como inteligência, competências específicas, resistência a doenças, bem como traços físicos ou afiliação a grupos raciais específicos.

A prática de suprimir indivíduos devido unicamente à onerosidade financeira e às demandas incessantes de familiares e profissionais da área de saúde adota uma abordagem utilitarista e discriminatória, a qual não deve ser conglobada no âmbito do conceito de eutanásia.

O fulcro da eutanásia nunca deve ser a "libertação de um fardo", mas sim a atenuação do sofrimento do paciente. A primazia deve recair na vivência do sujeito em questão, em sua qualidade de vida e na expressão de sua vontade, em detrimento das considerações acerca das necessidades do agente executor ou dos indivíduos em estreita proximidade com o enfermo. Diante desses alicerces, Figueiredo Dias adverte:

[...] é inadmissível, por enganoso e demagógico, trazer para o presente contexto problemático situações como a dita do "aniquilamento de vidas que não valem a pena serem vividas", sobretudo quando conexionada com o programa de "eutanásia" do Estado nacional-socialista alemão e com a tristemente célebre "ordem secreta de Hitler" de 1939. Uma tal atuação, que não cabe nem mesmo na acepção mais ampla de "eutanásia", nada possui de comum com o problema acima definido e está completamente fora de qualquer forma pensável de ajuda à morte. Do que nela se trata é, pura e simplesmente, do cometimento de um crime – alegadamente embora no interesse da comunidade – de homicídio doloso de doentes mentais, pressurosamente incuráveis, mas capazes de viver e, provavelmente também, desejosos de continuarem vivos. Tampouco entram no presente contexto problemático atos de eutanásia com finalidades eugênicas de

qualquer espécie: tais finalidades devem considerar-se de todo incompatíveis com a motivação que preside à específica problemática de ajuda à morte (Dias, 2013, p. 19).

A eugenia é um conjunto de princípios pseudocientíficos que não atingem o status de verdadeira ciência, mas buscam orientar o processo reprodutivo humano com a finalidade de aprimorar características físicas e mentais das gerações vindouras. Em certos casos, a chamada "eutanasia eugênica" é descrita como a eliminação indolor de indivíduos enfermos, indesejáveis, incapacitados ou idosos, com o propósito de aliviar a sociedade do ônus econômico que tais pessoas representam, visando assim ao aprimoramento da raça humana. Os defensores desse tipo de eutanásia argumentam que ela constitui um meio direto, simplificado e impiedoso de remover do convívio social psicopatas, alcoólatras, criminosos pervertidos e inválidos, baseando-se na ideia de que essa prática evita a propagação desses problemas na sociedade (Rodrigues, 2004).

No cenário brasileiro, mais precisamente no contexto da Bahia, Santos (1928), elaborou uma sistemática classificatória da eutanásia que se desdobra em duas modalidades distintas, fundamentadas na identificação do executor da ação: eutanásia homicídio e eutanásia suicídio. A primeira vertente ocorre quando um terceiro efetua procedimentos com o propósito de extinguir a vida de um paciente, desdobrando-se em duas subcategorias, nomeadamente, a eutanásia homicídio perpetrada por familiares e aquela conduzida por médicos. A eutanásia suicídio, por sua vez, revela-se quando o paciente assume o papel ativo na condução do procedimento que culmina com seu óbito.

Tal abordagem histórica pode ser considerada precursora da concepção do suicídio assistido. O renomado autor Asua (1984) propôs uma classificação mais abrangente da eutanásia, identificando estritamente três categorias distintas: eutanásia libertadora, eutanásia eliminadora e eutanásia econômica. A primeira, eutanásia libertadora, consiste naquela conduzida a pedido de um paciente que enfrenta uma doença irreversível, sujeito a um sofrimento intenso e insuportável.

A eutanásia eliminadora, por outro lado, abrange casos em que indivíduos, embora não estejam próximos da morte, sofrem de distúrbios mentais que justificariam a prática eutanásica. Isso se dá devido ao ônus significativo que representam para suas famílias e para a sociedade em geral. Por fim, a eutanásia econômica é aplicada em pacientes que, devido a doenças, encontram-se inconscientes e, ao recuperarem a consciência, enfrentariam sofrimento adicional decorrente de sua condição.

Com efeito, a complexidade e as polêmicas inerentes ao conceito de morte não permitem uma compreensão imediata que sustente ou legitime a eutanásia e o suicídio assistido, como apontado por eruditos, a exemplo de Schramm (2001). Contrariamente, as incertezas que circundam a definição da morte têm gerado debates extensos acerca da admissibilidade da prática. No âmbito da legislação brasileira, a eutanásia é rotineiramente qualificada como homicídio, independente da abordagem adotada na definição de óbito. Este cenário gera desafios substanciais, sobretudo ao contemplar a questão dos procedimentos de transplante de órgãos, onde o diagnóstico de morte encefálica representa o critério para a realização da intervenção cirúrgica destinada à remoção de órgãos.

Todavia, a morte, ao longo de todas as épocas, tem sido um domínio de considerável complexidade e que desafia a exploração, como magistralmente observado por Elias (2001). Com frequência, em diversas circunstâncias e ambientes, a sociedade prefere evitar enfrentar discussões acerca da morte, estabelecendo-a como um autêntico tabu, perante o qual a esquiva se configura como resposta predominante. Tal recusa em lidar com o tema muitas vezes se enraíza na angústia e no sentimento de desamparo gerados pela mera contemplação da finitude e da incerteza que a morte implica.

Uma pesquisa de cunho filosófico-realista, conduzida na Holanda no ano de 1995, concernente às determinações relativas ao término da existência, especialmente em indivíduos lactentes com menos de um ano de idade, apresentou um cenário em que 57% de todos os desfechos mortais foram antecidos por uma resoluta deliberação de suprimir o suporte de vida (ou de omiti-lo intencionalmente); em 23% dos episódios, foram empregados fármacos destinados a antecipar o ato final, e, em 8% dos eventos, a administração proposital de substâncias letais foi instaurada (Van der Heide, 1997).

Após a abordagem da complexa questão semântica que envolve a eutanásia, resultante das diversas terminologias empregadas, faz-se imperioso adentrar na análise da problemática moral inerente à prática, ou seja, a controvérsia bioética que versa sobre a moralidade da eutanásia. Os defensores dessa prática sustentam a necessidade de respeitar a autonomia e livre arbítrio do indivíduo que enfrenta um sofrimento insuportável, desde que seja competente e autônomo para deliberar sobre o término de sua existência.

Além disso, postulam que a eutanásia é imbuída de genuína compaixão humana, proporcionando alívio ao padecimento do paciente e antecipando o fim de uma vida que ele próprio julga desprovida de qualidade e propósito. No entanto, apesar dessas perspectivas, a eutanásia é objeto de diversas indagações, algumas das quais legítimas, como aquelas relacionadas ao princípio da sacralidade da vida. De acordo com essa visão, a vida é considerada um bem concedido por uma divindade ou guiado por um finalismo intrínseco à natureza, conferindo-lhe um caráter sagrado e inalienável, imune a qualquer cálculo.

Portanto, a vida não poderia ser encerrada, nem mesmo mediante a expressa vontade de seu detentor. Siqueira-Batista e Schramm (2004) concluem que outras objeções à eutanásia incluem a possível erosão da relação médico-paciente, a suspeita de motivações não altruístas, como questões financeiras ou pessoais, e o receio de pressões psicológicas exercidas sobre pacientes vulneráveis, que poderiam considerar sua existência como um fardo para seus entes queridos, levando-os a aceitar a eutanásia, que não desejariam verdadeiramente, mas que poderia ser imposta por circunstâncias adversas.

PRINCÍPIOS BIOÉTICOS E ÉTICOS: A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

O termo "bioética" surgiu como um neologismo em 1971, quando Van Ressenlaer Potter, um biólogo e pesquisador, o introduziu em sua obra "Bioethics: Bridge to the Future". Ele o utilizou com a intenção de criar uma disciplina que relacionasse a experiência humana com o meio ambiente. Ao mesmo tempo, porém com uma abordagem diferente, André Hellegers empregou o termo "bioética" voltado para o campo biomédico. Garrafa *et al.* (2016) pontuam que esse uso simultâneo do termo reflete a diversidade de aplicações e significados que a bioética assumiu desde então, abrangendo não apenas a área médica, mas também questões ambientais e éticas relacionadas à vida em geral.

A bioética, em sua essência, visa, não somente à promoção e defesa da dignidade da existência humana, mas também à busca pela qualidade da vida. Nesse sentido, configura-se como a "ciência da preservação da sobrevivência humana" (Neves, 2001). O surgimento e florescimento da bioética foram inculcados em virtude do avanço tecnológico inerente às esferas médicas e farmacêuticas, bem como pela evolução perene da pesquisa científica, notadamente nos meandros da genética.

Conquanto seja uma disciplina de natureza intrinsecamente interdisciplinar, a bioética encontrou amparo e inspiração na promulgação de documentos normativos de relevo, tais como o que se observa a seguir:

[...] a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), o Código de Nuremberg (1947) e a declaração de Genebra (1948), documentos de repúdio às atrocidades cometidas contra a dignidade da pessoa humana durante a Segunda Guerra Mundial e, no caso da Declaração de Genebra, uma reafirmação do juramento hipocrático, contendo importantes bases para o relacionamento médico-paciente (Villas-Bôas, 2005, p. 107-108).

A vida humana, derivada do ímpeto inato de perpetuar a espécie, repousa nas profundezas do Direito Natural, conferindo-lhe uma qualidade intrínseca que transcende as normas positivadas. No âmbito de nosso ordenamento jurídico, a Constituição Federal ostenta-se como um farol resplandecente em defesa da vida e da dignidade humanas. Ela solenemente proclama o direito à vida, incumbindo ao Estado a solene obrigação de salvaguardar a vida em sua dupla essência: a primeira, relacionada à mera continuidade da existência, e a segunda, que abrange a preservação da dignidade humana no tocante à subsistência.

Segundo a ponderação de Morais (2001, p. 62), "O direito à existência é o preceito de maior primazia, na medida em que se arvora como pré-requisito incontornável para a fruição e exercício da totalidade dos demais direitos". A atual redação do Código Penal não tipifica o crime de eutanásia de forma específica.

Este delito não é exclusivo de médicos, sendo, portanto, considerado um crime comum que pode ser cometido por qualquer pessoa. Sua tipificação encontra-se na Parte Especial do Código Penal, mais precisamente no artigo 121, parágrafo 1º, que estabelece: "Art. 121. Matar alguém: §1º Se o agente comete o crime impellido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida à injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço". Nesse contexto, o Código Penal trata esse ato como um "caso de diminuição de pena," ou seja, ele o caracteriza como um homicídio doloso privilegiado.

A prática da eutanásia, embora justificada por alguns com base em motivos de relevante valor social ou moral, como a compaixão perante o sofrimento irremediável da vítima, permanece historicamente enquadrada como um ato ilícito e criminal no Direito. A vida é considerada um bem jurídico indisponível, protegido pelo ordenamento legal. Jurisprudência e doutrina legal classificam a eutanásia, em grande parte dos casos, como um homicídio, frequentemente sob a qualificação de homicídio

privilegiado, de acordo com o artigo 121 do Código Penal brasileiro e seu parágrafo 1º, quando cometido por motivo de relevante valor moral, como a compaixão diante do sofrimento alheio (Rodrigues, 2004).

A epistemologia da nova era científica desassocia-se das ortodoxias positivistas, abandonando os dogmas da linearidade, simplicidade, imutabilidade e neutralidade. Em seu lugar, busca-se penetrar nas intrincadas tramas de sistemas caracterizados por sua natureza instável e mutável, sujeitos a metamorfoses contínuas. O conceito de "sistema" é adotado como metáfora para abarcar desde a dinâmica de partículas subatômicas até a complexidade de coletividades, seja em âmbito familiar, grupal ou societário. Nele, vislumbramos a representação de uma rede de interconexões onde os elementos entrelaçados se revelam interdependentes (Vasconcellos, 2002).

Carmona *et al.* (2011) compartilham que nesse âmbito, a bioética surge como uma disciplina transdisciplinar, plenamente ciente da inadequação de qualquer esfera do conhecimento para abarcar abrangente e integralmente a construção do saber. A sua função essencial é atuar como uma instância mediadora no campo minado da disputa entre várias verdades proclamadas com ares de absolutismo, estabelecendo uma ponte entre as verdades da ciência e da religião, assim como as verdades culturais intrínsecas a contextos diversificados.

As concepções relativas à vida e morte são moldadas por complexas interações culturais, sociais, religiosas e políticas, instigando debates multifacetados sobre os limiares da existência. Nesse cenário, questões como o aborto e a eutanásia provocam discussões enriquecidas por argumentações provenientes dos campos científicos, jurídicos, éticos, religiosos e filosóficos, entre outras esferas de análise. Conforme profunda reflexão de Torres (2003), a bioética se depara com a intrincada questão da definição da morte, uma questão que transcende o campo meramente científico e se imiscui nos âmbitos morais e sociais.

Nesse contexto, emergem divergentes perspectivas que desafiam a busca por uma definição unívoca da morte. De um lado, os defensores do pluralismo clamam pela consideração das diversas visões filosóficas e religiosas, respeitando a multiplicidade de interpretações. Por outro lado, há aqueles que sustentam a necessidade de estabelecer uma definição precisa da morte, mesmo em meio a uma sociedade multifacetada, vislumbrando uma abordagem objetiva para esse enigma

ontológico. O debate se desdobra em uma complexa teia de significados, culminando em um profundo dilema bioético.

A ética, contemplada como a disciplina ou sistema de reflexão que se debruça sobre os comportamentos da humanidade em relação à sua dimensão moral, é uma temática que tem sido alvo de análises desde tempos antigos, envolvendo filósofos, pensadores e estudiosos dedicados a essa esfera de conhecimento. Uma vez que a moral se revela como um fenômeno histórico e, conseqüentemente, sujeito a evoluções e mudanças ao longo do tempo, a ética não deve se ater a conceber a moralidade como algo imutável, inato ou inerentemente fixo na natureza humana (Vázquez, 2003).

Assim, em meio a uma sociedade em constante mutação e à dinâmica evolutiva da realidade humana, onde os princípios, valores e normas morais são moldados pela conjuntura temporal e espacial, as doutrinas éticas fundamentais emergem, se renovam e se reconstróem perpetuamente, adaptando-se às mudanças nas estruturas sociais. Sánchez Vázquez (2003) mostram que a ética contemporânea, à semelhança da perspectiva moderna, irrompe em um contexto permeado por inovações tecnológicas e avanços científicos incessantes. Nesse cenário, emergem complexas questões éticas, sujeitas a exame e discussão.

A bioética, conforme Kovacs (2003) a descreve, representa uma dimensão ética que aborda questões ligadas à vida e à morte, como indicado por Carneiro *et al.* (2010). Este conceito implica uma necessidade de reflexão e tomada de decisão, levando em consideração o contexto em que se insere. É importante reconhecer que a bioética está sujeita a adaptações à medida que a sociedade e a natureza humana evoluem, não sendo, portanto, um conjunto de diretrizes morais ou um código ético coercitivo, mas sim um chamado à reflexão e à consideração do bem-estar do outro.

Expandindo essa análise, Torres (2003) destaca que nas últimas décadas, o progresso tecnológico nas ciências biomédicas tem contribuído para uma situação em que a pessoa doente muitas vezes se vê desamparada em relação aos aspectos psicossociais, subjetivos e emocionais. Isso ocorre devido à ênfase no tratamento da doença em si, em detrimento do tratamento do indivíduo como um todo.

O surgimento da bioética coincide, portanto, com a crise da ética médica tradicional, que estava focada principalmente na regulamentação da prática médica e não estava preparada para lidar com as transformações significativas no campo das ciências biológicas. A bioética assume o compromisso de promover a responsabilidade subjetiva dos indivíduos, que agora se encontram em um mundo pluralista e fragmentado, no qual as

referências variam entre a fragmentação e a massificação. (Heck, 2005, p. 125)

Gomes e Menezes (2008) ressaltam que as problemáticas que abarcam o início e o ocaso da existência humana emergem como as matérias bioéticas que mais provocam e catalisam engajamentos na esfera da saúde pública. Isto se configura tanto na complexa dialética referente ao aborto quanto na imbricada prestação de cuidados em estágios terminais da jornada individual. Pode-se conjecturar que, uma vez que o falecimento se torne implacável, a deliberação concernente à eutanásia se esvai em sua relevância intrínseca. Dessa maneira, ressoa a imprescindibilidade do empenho científico na delimitação precisa dos confins da vivacidade.

A ética, enquanto disciplina que se dedica à análise dos comportamentos humanos no que concerne à sua dimensão moral, constitui um tema de reflexão que perpassa os anais da filosofia desde tempos imemoriais, atraindo para o seu âmbito pensadores, teóricos e estudiosos dedicados a desvelar os segredos deste domínio do saber. Nessa senda, é pertinente observar, conforme as palavras de Sánchez Vázquez (2003), que a moral se insere no tecido histórico, estando sujeita a metamorfoses contínuas, e, portanto, a ética não pode, em nenhuma medida, conceber a moral como um elemento preexistente, estático, ou dado por natureza na existência humana.

Diante, pois, de uma sociedade e de uma realidade humana dinâmica, que incessantemente engendra princípios, valores e normas morais em consonância com a efêmera teia de tempo e espaço, as doutrinas éticas primárias se erigem, se metamorfoseiam e se reconstroem ininterruptamente, à medida que as metamorfoses nas tramas sociais se desdobram. A ética contemporânea, segundo a concepção de Sánchez Vázquez (2003), à semelhança da era moderna, irrompe em um contexto intrincado de contínuos progressos técnicos e científicos. Nesse âmbito, delineiam-se novas problemáticas que convocam a reflexão no campo da ética.

A eutanásia, por ser um tema que representa o desfecho da jornada humana, assume uma complexidade intrínseca que suscita debates de grande envergadura, polarizando posicionamentos em prol ou contrários à sua prática. Cabe destacar que a riqueza semântica inerente a esse conceito contribui para a fervura das discussões. Etimologicamente, a palavra "eutanásia", de raízes gregas, evoca a ideia de uma "morte nobre" ou "morte digna". Nesse sentido, alude a um desfecho da existência que se desenrola sem padecimento ou angústia, contrapondo-se à prática da

distanásia, também conhecida como "obstinação terapêutica" e "futilidade médica", conforme delineado por Kovacs (2003).

Em termos jurídicos mais formalizados, a distanásia pode ser descrita como a prática de empregar de maneira excessiva e prolongada recursos médicos e tecnológicos no tratamento de um paciente em estado terminal, resultando em uma morte morosa, dolorosa e carregada de sofrimento para o sujeito em questão. Nesse contexto, ocorre não a prolongação da vida, mas sim a extensão do processo de morte, da aflição e da agonia, conforme indicado por Martin (1998).

Tal conduta suscita importantes considerações jurídicas relacionadas à ética médica, ao consentimento informado, à autonomia do paciente e ao papel dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes em estado terminal. No contexto jurídico e ético, a eutanásia é uma prática que pode ser classificada em três formas distintas: Em primeiro lugar, temos a eutanásia voluntária, que ocorre quando o paciente expressa seu consentimento de forma consciente e decide encerrar sua própria vida, muitas vezes associada ao conceito de "suicídio assistido".

Como destacado por Martin (1998), isso envolve a decisão do paciente de pôr fim ao seu sofrimento. A eutanásia involuntária, por outro lado, é realizada sem o consentimento do paciente, sendo autorizada por familiares ou responsáveis legais. Essa modalidade gera dilemas éticos e questões legais significativas, uma vez que a decisão não é tomada pelo próprio paciente. Conforme observado por Siqueira-Batista e Schramm (2004), essa prática é proibida na maioria dos países, exceto em locais como Holanda, Suíça e Bélgica.

Por fim, a eutanásia não-voluntária acontece quando a vontade do paciente não pode ser conhecida, e o paciente está conscientemente incapaz de expressá-la. Nesse cenário, a decisão é tomada em nome do paciente, que não pode manifestar seus desejos. Lepargneur (1999) destacou que cerca de 40% dos médicos receberam pedidos para realização da eutanásia, e cerca de um quarto dos entrevistados confessaram tê-la praticado em diversas pesquisas realizadas em diferentes países. É importante ressaltar que, na maioria dos países, a eutanásia é proibida, exceto em nações como Holanda, Suíça e Bélgica, onde a prática é permitida em determinadas circunstâncias. A eutanásia é um tema altamente controverso que gera debates intensos no âmbito ético, moral e legal em todo o mundo.

Para além das discordâncias ideológicas, científicas e culturais, a questão da eutanásia no cenário brasileiro apresenta um intrigante dilema legal, como observado

de maneira perspicaz por Martin (1993) e Kovacs (2003). Este paradoxo emerge da presença simultânea de dois pilares fundamentais na Constituição Federal de 1988, que serve como a magna carta dos direitos e deveres dos cidadãos: o direito à vida, intocável e protegido sob ameaças de sanções para qualquer afronta à vida alheia, bem como a previsão de mecanismos para evitar que um indivíduo prejudique a si mesmo.

Por outro lado, essa mesma Constituição reforça, como um de seus princípios basilares, o direito à dignidade da pessoa humana, manifestando a aspiração de construir uma sociedade livre, justa e solidária. Além disso, ela garante o direito à livre expressão no seu artigo 5º, inciso IV. Assim, podemos ponderar se, no exercício de sua dignidade, um indivíduo poderia fazer a escolha de não depender de recursos tecnológicos para prolongar sua vida, evitando, dessa forma, uma existência marcada pela agonia e sofrimento. É evidente que a eutanásia envolve conflitos, tanto de natureza moral quanto jurídica. Algumas situações, portanto, não encontram respaldo na lei, uma vez que os ordenamentos jurídicos nem sempre consideram a singularidade de cada caso, conforme apontado por Rocha (2006).

Atienza (2002) atenta-se ao fato que, no que concerne à ética, uma componente inalienável da bioética, destaca-se a sua fundamental relevância na preservação do núcleo axiológico da dignidade da pessoa humana. A ética, em sua natureza mais profunda, almeja o fomento do ideal, constituindo-se como uma indagação incessante em busca dos caminhos mais nobres para o progresso da humanidade, conforme delineado pelos eruditos que a estudam. A ética, portanto, interpela cada indivíduo sobre suas ações e sobre os princípios que merecem ser incansavelmente protegidos.

Apesar de desprovida de vigor jurídico intrínseco, a ética age como um freio invisível às transgressões na conduta científica e como uma fonte tacitamente implícita dos princípios fundamentais que alicerçam os direitos inerentes à condição humana. Ela desempenha um papel crucial na reflexão acerca do que é eticamente aceitável e assegura que as atividades científicas e, por extensão, a sociedade como um todo, estejam harmonizadas com os valores essenciais que tutelam a dignidade e a integridade de cada indivíduo. Destarte, nota-se que:

Assim definida, compreende-se que a bioética não é propriamente falando nem uma nova disciplina, nem uma nova ciência, nem uma nova ética. Ela se

situa, a respeito das questões postas pela biomedicina, no cruzamento entre três tipos de disciplinas científicas: as tecnociências, tais como a medicina, a biologia, assim como suas diversas especialidades; as ciências humanas, entre as quais a sociologia, a economia, a psicologia, a psicanálise ou a ciência política; outras disciplinas, por fim, como a ética, o direito, a filosofia e a teologia. Assim, pode-se dizer que a bioética é um método de pesquisa interdisciplinar colocado em ação com o objetivo de desenvolver uma reflexão ética e de construir um saber teórico-prático sobre as questões colocadas ao ser humano e às sociedades pelos progressos da biomedicina. Nessa linha, o que está em jogo na bioética parece ser uma abordagem global do conhecimento mediante a qual a racionalidade científica e a racionalidade ética procurarão se unir (Durand, 2003, p. 91).

A autonomia individual e a autodeterminação, conceitos que alguns eruditos traduziram por meio dos termos "liberdade e responsabilidade", encarnam atributos intrínsecos à condição humana. Este binômio, aliado à dignidade da pessoa, erige-se como um princípio central e um pilar inabalável da bioética. A bioética delinea o indivíduo como um ser de soberania sobre si mesmo, outorgando-lhe o poder de governar tanto seu corpo quanto sua mente. Entretanto, impera a ressalva de que esse domínio requer a plenitude da capacidade e uma plena consciência de seus atos e desejos.

Nesse contexto, quando um paciente enfrenta uma doença terminal e recebe informações médicas adequadas, sem sombra de dúvida, ele se apresenta como um sujeito autônomo. Nessa capacidade, ele é apto a deliberar sobre seus objetivos, vontades, desejos e intenções pessoais, sendo imperativo que ele aja de acordo com suas próprias deliberações. O indivíduo, na qualidade de agente moral, desfruta da liberdade de autodeterminação e assume o papel de "senhor absoluto de seu próprio destino" (Namba, 2009, p.12).

A liberdade, em sua amplitude, englobando a autonomia individual, é um princípio que emana do próprio tecido do direito natural. Sua consagração teve origem na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a partir da qual obteve o status de direito humano fundamental. Esse direito, por sua vez, encontrou alicerces nas Constituições dos Estados democráticos e liberais, emergindo como um princípio-regra que guia os sistemas jurídicos que regulam as complexas teias das relações sociais e jurídicas.

Fernandes (2008) divaga que se considera, no âmago desse contexto, que a autonomia e a manifestação do consentimento livre são elementos intrínsecos à dignidade da pessoa humana, que serve como o fundamento primordial da República Federativa do Brasil e do Estado Democrático de Direito, como consagrado no artigo 1º, inciso III da Constituição. Estes princípios, alicerçados na noção mais profunda da

filosofia dos direitos humanos, estão positivamente ratificados no elenco de direitos fundamentais insculpidos no artigo 5º da Constituição Federal, que, dentre outros, inclui a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à intimidade e à segurança. Assim, a liberdade e a autonomia se entrelaçam com o núcleo filosófico dos direitos humanos, promovendo uma reflexão sobre a natureza e a dignidade da pessoa em um contexto de sociedade e justiça.

A autonomia na bioética encontra sua base na filosofia kantiana, que postula que o paciente deve agir em conformidade com sua razão e vontade, transformando sua ação em uma lei universal da natureza. Portanto, o indivíduo é um fim em si mesmo e não um meio para a adoção de procedimentos médicos, inclusive tendo a capacidade consciente de recusar tratamentos que apenas prolongariam sua vida quando o diagnóstico de um estado terminal já está estabelecido. Isso evidencia que cada pessoa possui um valor intrínseco e incondicional, bem como a capacidade de tomar decisões sobre seu próprio destino, o que pressupõe o exercício da razão, da vontade e da autodeterminação.

Nesse contexto, Kant, ao formular o imperativo categórico que rege a vontade e a ação humana na sociedade, fundamentou-se na autonomia da vontade individual e na autodeterminação do ser humano, elevando-as a princípios universais e regras de direito naturais e universais. Este princípio deve prevalecer nas ações humanas, independentemente da natureza dos objetos do desejo, conferindo ao indivíduo, visto em sua singularidade, a liberdade de escolher o caminho que deseja trilhar (Abbagnano, 1998).

Diante do exposto podemos depreender:

A autonomia ou capacidade de autodeterminar-se faz parte da integridade da pessoa humana, sendo a integridade um atributo de todo ser humano, em qualquer estado em que se encontre, são ou moribundo, que independe da capacidade de autodeterminação. Já a autonomia é um estado de liberdade, privacidade, escolha individual, livre vontade que, ao contrário da integridade, comporta graus, funcionando de acordo com impedimentos internos e externos que refletem na capacidade de manifestação com autodeterminação (Santos, 1998, p. 93).

Nesse cenário, o consentimento informado e o pleno exercício da autonomia se erigem como a pedra angular da relação entre médico e paciente, na qual incumbe ao médico o nobre dever de prover informações de maneira elegante, de fácil compreensão e altamente eficaz, sempre com respeito à liberdade e à autodeterminação do paciente. Assim, o processo de tomada de decisão concernente ao bem-estar do paciente não se limita de modo exclusivo ao médico, mesmo diante

do princípio da beneficência, cujo propósito é assistir ao paciente. A decisão final deve ser, invariavelmente, um ato voluntário, emanado do livre arbítrio de um indivíduo em pleno gozo de sua capacidade para consentir sobre seu próprio destino, após ser submetido a um processo informativo e deliberativo de elevada estirpe.

Conforme estabelecido no Código de Ética Médica (Resolução CFM n. 1931/2009), Capítulo I, inciso XXI, a autonomia do paciente se configura como um princípio fundamental que norteia a ética na prática médica. Esse princípio enfatiza que:

No processo de tomada de decisões profissionais, conforme ditames de sua consciência e as disposições legais, o médico acatará as escolhas dos pacientes, no que diz respeito aos procedimentos de diagnóstico e tratamento por eles indicados, desde que tais opções sejam apropriadas para o caso em questão e cientificamente reconhecidas (Conselho Federal de Medicina, 2009).

A consideração do consentimento de um paciente que já está acometido por uma doença, carecendo de consciência para expressar sua vontade, se torna inválida. Isso é especialmente relevante quando se observam patologias psíquicas ou delírios induzidos pela dor ou medicamentos. Da mesma forma, a autonomia do paciente e a externalização de seu consentimento são válidas somente quando expressas por um indivíduo maior de idade e dotado de capacidade civil. Qualquer manifestação de vontade por parte de menores de idade ou pessoas incapazes, mesmo que representadas por terceiros legais, deve ser desconsiderada. O consentimento deve ser uma expressão séria, livre e bem-informada, vinda do titular do interesse juridicamente protegido (Alkmim e Rampazzo, 2016).

As diretivas antecipadas de vontade, conhecidas como "testamento vital", visam primordialmente a preservação da autonomia e autodeterminação do paciente. No entanto, esse instrumento suscita consideráveis controvérsias de ordem ética, jurídica e religiosa devido às suas implicações profundas. O "testamento vital," enquanto meio de expressão da vontade do paciente em relação aos tratamentos médicos e procedimentos terapêuticos destinados a prolongar a vida, quando formalizado por escrito, implica na solicitação ou recusa de intervenções específicas. Do ponto de vista jurídico, isso configura o exercício do direito à liberdade e à autonomia individual por parte do paciente, que, de forma deliberada, decide sobre a prerrogativa de viver ou perecer com dignidade.

O enunciado n. 37 aprovado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) na I Jornada de Direito de Saúde estabelece o seguinte em relação à forma das diretivas antecipadas de vontade ou testamento vital:

As diretivas ou declarações antecipadas de vontade, que especificam os tratamentos médicos que o declarante deseja ou não se submeter quando incapacitado de expressar-se autonomamente, devem ser feitas preferencialmente por escrito, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou público, sem prejuízo de outras formas inequívocas de manifestação admitidas em direito (CNJ, 2014).

O testamento vital é um documento em que um paciente expressa suas preferências sobre tratamentos médicos, seja para aliviar o sofrimento ou para permitir uma morte natural, demonstrando sua autonomia e autodeterminação em questões de saúde. Segundo a autora Luciana Dadalto (2015), o testamento vital não se restringe apenas a situações terminais, sendo aplicável também a estados de enfermidade grave, como estado vegetativo, doenças crônicas e degenerativas, e previsibilidade de demência avançada, como no caso do Alzheimer. Contudo, é imperativo destacar que a relevância jurídica desse instrumento está intrinsecamente ligada à sua elaboração por escrito, antes que o paciente-testador perca a capacidade de discernimento.

Considera-se que o testamento vital, conhecido como diretivas antecipadas, ostenta um efeito erga omnes, denotando sua capacidade de imperatividade e vinculação a um âmbito mais amplo, abarcando tanto os profissionais de saúde quanto os familiares do paciente-testador, bem como o seu procurador de saúde ou representante legal. Este efeito vinculante enfatiza e promove a fundamental autonomia individual e a autodeterminação do paciente, conferindo ao mesmo tempo, como ressalta Luciana Dadalto (2015, p. 89), um valioso mecanismo de contenção à "judicialização do ato de morrer".

Assim, contribui para evitar litígios nos tribunais relacionados à conduta médica e eventuais transgressões ao Código de Ética Médica. O testamento vital, portanto, estabelece uma diretriz clara e legalmente inalienável para as partes envolvidas, mitigando assim a necessidade de intervenção do sistema judiciário em assuntos pertinentes aos cuidados médicos no contexto do fim da vida.

De acordo com as palavras de Maria Helena Diniz (2011, p. 734-735), o exercício da autonomia do paciente-testador, bem como o consentimento livre e esclarecido, somente pode ser considerado e validado quando fundamentados em

informações acessíveis ao nível intelectual e cultural do paciente, levando em consideração sua competência, compreensão e voluntariedade. Ela prossegue ao afirmar que é um direito inalienável do paciente recusar qualquer tratamento ou optar por não continuar com a terapia em situações de doenças incuráveis, sofrimento insuportável ou quando isso possa implicar em risco de vida (2011, p. 126). Isso destaca a importância da liberdade de escolha do paciente em relação ao seu tratamento, em consonância com sua autonomia e o direito de tomar decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar.

A autonomia e a autodeterminação, sob a perspectiva jurídica, são valores supraleais, estando intrinsecamente ligados à natureza humana, o que as torna uma extensão da dignidade da pessoa humana. No contexto do direito civil, a autonomia de vontade é entendida como a liberdade do indivíduo para criar direitos e obrigações por meio de sua própria declaração de vontade (Pereira, 1987, p. 117).

Conforme estabelecido no artigo 15 do Código Civil, "ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica" (Brasil, 2002). Essa norma tem o propósito de salvaguardar a integridade do corpo humano e, ao mesmo tempo, proteger a autonomia de vontade do paciente, evitando a imposição de tratamentos ou cirurgias que possam colocar sua vida em perigo. Isso demonstra que, mesmo no âmbito jurídico, a vontade do indivíduo e a preservação de sua vida são princípios fundamentais que não podem ser desconsiderados.

O testamento vital, assemelhando-se a um ato jurídico de natureza pessoal, caracterizado por sua unilateralidade, revogabilidade e possibilidade de anulação, representa um meio através do qual um indivíduo expressa sua vontade. Sua validade produz efeitos antes mesmo do óbito do testador. De acordo com o Código Civil Brasileiro, este testamento vital, que se insere na categoria de negócio jurídico/ato jurídico, deve necessariamente contemplar os seguintes elementos: um agente plenamente capaz, um objeto legal e um consentimento válido, isento de quaisquer vícios de vontade.

Atualmente, de maneira mais substancial, a dignidade é percebida como um direito e um dever, indo além de seu valor moral. Nesse sentido, o conceito se estabeleceu como um princípio normativo fundamental na Constituição, predominando sobre outras normas jurídicas nos estados de direito contemporâneos.

Assim, a dignidade se transformou em um pilar autêntico do direito e das normas legais, servindo como base do Estado, no qual todas as demais normas encontram sua justificação e principal sustentação.

A materialização da solidariedade em um Estado democrático de direito pode conferir efetiva supremacia à dignidade humana na esfera da regulação e do exercício do poder, transcendendo, notadamente, a mera autonomia da vontade privada. Isso tem por escopo evitar que deliberações emanadas de indivíduos, instituições e Estados sobrepujem a integridade física, psicológica, bem-estar e a personalidade de qualquer sujeito. Esse paradigma já trilhou essa trajetória desde a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948).

Messetti e Dallari (2018) debatem que o Estado de direito moderno foi forjado sob a influência das concepções de Hobbes e Rousseau, enfatizando, primordialmente, a observância estrita do direito. No entanto, essa abordagem, em algumas circunstâncias, culminou na proclamação arbitrária de alegados direitos, o que resultou em atos estatais repreensíveis baseados nesses pressupostos. Exemplifica-se essa tendência ao longo da história, com destaque notório para o antigo sistema de escravidão, o genocídio das populações indígenas durante a era da colonização europeia nas Américas e o sistema de escravidão de cunho aristocrático-liberal que prevaleceu no Brasil durante o século XIX.

No tocante aos impactos concretos e efetivos da eficácia jurídica do princípio da dignidade humana no contexto do direito constitucional brasileiro e do direito internacional dos direitos humanos, é premente ressaltar a capacidade, prevista constitucionalmente, de buscar junto ao Poder Judiciário a exigibilidade dos direitos dela decorrentes. Esses direitos não se limitam exclusivamente às obrigações de não interferência do Estado no livre exercício dos direitos civis e políticos dos indivíduos, mas também abrangem a garantia e a promoção dos direitos sociais, culturais e econômicos pelo Estado, assim como a observância e a adesão a tais direitos por parte dos atores privados (Barcellos, 2000).

Ao contrário do conceito clássico e perene de ética, a Bioética se destaca como uma disciplina cuja definição conceitual não se encontra de forma generalizada nos dicionários comuns ou enciclopédias, a menos que se busque em fontes especializadas. Conforme proposto por Leparneur (1996), a Bioética emerge como uma nova expressão da ética, especialmente vinculada à esfera da ciência. Em uma

perspectiva mais aprofundada, a Bioética se apresenta como o estudo meticuloso da conduta humana no âmbito das ciências da vida e dos cuidados à saúde, à medida que essa conduta é minuciosamente examinada à luz dos valores e princípios morais que permeiam nossa existência. Ela busca não apenas compreender as complexas interações entre a ciência e a ética, mas também orientar nossa conduta perante os desafios éticos apresentados pelo avanço do conhecimento científico e as complexidades da medicina contemporânea. Dessa forma, a Bioética se configura como um reflexo profundo da nossa responsabilidade moral no contexto das ciências da vida.

O conceito seria correto se não fosse pela amplitude da dimensão ética contida no discurso bioético, que o estendeu muito além da concepção inicial, originalmente circunscrita principalmente ao âmbito da medicina, relacionada tangencialmente ao binômio vida e morte do ser humano, bem como aos estados de saúde ou, talvez mais apropriadamente, não saúde, vivenciados no contexto da existência.

Como mencionado no início deste ensaio, o termo "bioética" foi cunhado por um biólogo para se referir à qualidade de vida e à preservação do planeta. A partir dessa concepção inaugural, a bioética, de forma gradual, passou a ser adotada por disciplinas como antropologia, sociologia, filosofia, engenharia genética, direito e outras áreas afins. As denominadas biotecnologias aceleraram a evolução da bioética, delineando um novo paradigma no início deste novo milênio.

É importante destacar que, quando nos referimos ao princípio da autonomia, é notável que, nos cuidados prestados aos pacientes, frequentemente ocorre uma relação assimétrica e paternalista entre os profissionais de saúde e os indivíduos doentes. Nesse cenário, a equipe de saúde detém o poder, enquanto os pacientes se encontram em posição de submissão. A promoção da autonomia, por sua vez, pressupõe uma relação mais simétrica entre os profissionais e os pacientes, na qual estes últimos desempenham um papel ativo na tomada de decisões relacionadas ao seu tratamento, inclusive a decisão de interrompê-lo.

Como já mencionado anteriormente, para que a autonomia possa ser efetivamente exercida, é fundamental que os pacientes recebam as informações necessárias para capacitá-los e habilitá-los a tomar decisões informadas diante das opções disponíveis em cada situação. É relevante ressaltar que, em muitos casos, os profissionais de saúde se deparam com situações conflitantes nas quais diversas opções precisam ser consideradas. De fato, a hierarquização desses conflitos é

essencial para buscar respostas éticas que atendam às necessidades daqueles que estão sob cuidados médicos, como apontado por Segre (1999).

Conforme destacado por Pessini e Barchifontaine (1994), a pessoa constitui o cerne de toda a reflexão em bioética, com ênfase na noção de alteridade, ou seja, a relação com outras pessoas. Este enfoque nos remete à questão da vida e sua manutenção a todo custo. Quando se prioriza unicamente a sacralidade da vida, o foco recai sobre a própria existência, sem aprofundar a análise de sua qualidade.

No entanto, quando o debate abarca a qualidade de vida, a discussão transcende os parâmetros vitais e abarca a prevenção do sofrimento. O que se torna crucial não é apenas a duração da vida, mas sim a sua qualidade. Importa ressaltar que essas dimensões não são mutuamente excludentes ou antagônicas, mas sim complementares.

Engelhardt (1998) explora a dualidade entre a vida biológica e a vida pessoal, a partir da qual emergem questões complexas, como o momento em que a vida deve ser considerada como tendo início: na concepção, em seu desenvolvimento ou na capacidade de estabelecer relações interpessoais? Da mesma forma, quando se determina o término da vida: na perda de consciência, na incapacidade de cuidar de si mesmo, quando apenas dispositivos médicos sustentam a vida, ou quando os últimos indicadores biológicos cessam de se manifestar? Essas são questões que demandam profunda reflexão e discussão, pois envolvem aspectos éticos intrincados e complexos.

Anjos (2002) ressalta a imperativa necessidade de conceber uma bioética adequada ao contexto do terceiro mundo, na qual a universalidade da justiça desempenha um papel preponderante. Essa abordagem direciona a atenção para os indivíduos marginalizados e menos privilegiados, nos quais a discussão sobre a eutanásia voluntária cede espaço à preocupação com a eutanásia involuntária. Esse equívoco conceitual diz respeito aos que têm suas vidas ceifadas prematuramente não por escolha própria, mas devido à inacessibilidade aos cuidados adequados e às condições de vida desumanas.

Nesse contexto, a noção de equidade reveste-se de um profundo significado, enfatizando a necessidade de atender um contingente maior de pessoas em suas carências, tanto no que tange à distribuição de recursos quanto à qualidade e amplitude dos cuidados. A teologia desempenha um papel preponderante nesse cenário, fundamentando princípios como a justiça, a solidariedade e a fé. Esses

pilares orientam a busca por uma abordagem mais justa e compassiva na esfera da bioética, particularmente em cenários nos quais a disparidade e a insuficiência de recursos afetam de forma desproporcional as populações mais desfavorecidas.

Chochinov *et al.* (1995) conduziram uma análise de 200 casos de pacientes em fase terminal e constataram que somente 8,5% deles expressaram o desejo de antecipar a morte. Entre esses pacientes, foi observada uma história de depressão e negligência por parte da família.

Muitos indivíduos solicitam a morte devido à percepção de que suas vidas se tornaram insuportáveis, sentindo-se como um fardo para suas famílias. Eles frequentemente se encontram hospitalizados, enfrentando a solidão, o abandono e a impotência diante da vida e da morte. Muitos relatam uma sensação de perda de controle sobre sua situação. Em outros casos, o desejo de morrer está relacionado à falta de cuidados adequados e ao subtratamento de sua dor. Markson (1995) adverte contra a categorização precipitada de todos os pedidos de morte como irracionais, delirantes ou sintomas de profunda depressão.

Portanto, esses pedidos nunca devem ser avaliados de forma simplista. Pelo contrário, devem ser ouvidos e considerados dentro de seu contexto, evitando respostas apressadas e impulsivas. Sem dúvida, tais situações desafiam valores fundamentais, em uma sociedade que valoriza a vida e encara a morte como um inimigo a ser combatido a todo custo. Por outro lado, é importante reconhecer que muitas pessoas que estão sofrendo em silêncio não expressam seu desejo de morrer. Elas podem não se sentir à vontade para conversar com seus médicos sobre o assunto e podem não se achar no direito de buscar informações sobre seu estado de saúde e o prognóstico de suas doenças.

A questão dos testamentos em vida, que envolve a recusa de tratamentos médicos com o objetivo de evitar o prolongamento da vida, é um tema de crescente interesse, especialmente nos Estados Unidos, como observado por Whiting (1995-1996). No entanto, no Brasil, essa prática ainda não está tão difundida.

Os testamentos em vida representam um ato em que os pacientes, quando lúcidos, expressam sua vontade de não serem ressuscitados em casos de parada cardíaca, e deixam essa decisão registrada com terceiros para ser utilizada quando necessário, como em situações de inconsciência ou quando não podem tomar decisões por si mesmos. Embora esses documentos reflitam a autonomia da pessoa

e sua vontade, eles frequentemente geram ambivalência, uma vez que se deve considerar a possibilidade de mudanças de opinião ao longo da evolução da doença.

Ao defender a ética da qualidade de vida em situações práticas, em oposição à visão tradicional que coloca a vida como sagrada, não se busca menosprezar os valores inerentes à natureza humana nem reduzir a singularidade de cada indivíduo a uma mera mercadoria. A vida humana, independentemente de suas condições, mantém o valor intrínseco e o mesmo direito à preservação de sua dignidade.

No entanto, se a qualidade de vida for interpretada apenas como a capacidade de alguém atingir certos objetivos na vida e, no caso dessa capacidade ser perdida, a obrigação de tratamento desaparecer, tal concepção se revela restritiva e limitada. Além disso, na análise da qualidade e quantidade de vida, busca-se discernir o que deve ser considerado como cuidados de rotina ou intervenções extraordinárias.

A avaliação da qualidade de vida de um indivíduo não deve ser baseada unicamente em sua capacidade plena de exercer todas as habilidades. Cada ser humano merece respeito à sua dignidade, independentemente do que consiga realizar. A existência humana não se destina a competições de habilidades ou torneios, mas sim a cumprir seu próprio destino como ser humano. A qualidade de vida e a sacralidade da vida podem e devem coexistir. A separação absoluta entre esses dois conceitos é inaceitável.

Pode-se argumentar que o princípio da sacralidade da vida é o ponto de partida, pelo menos do ponto de vista teórico, para iniciar uma discussão sobre a eutanásia. Por sua vez, a qualidade de vida não representa um valor oposto ou alternativo à concepção de vida, mas sim um critério de referência que contribui para o respeito devido à vida humana. Como McCormick (1978, p.123) enfatiza de maneira clara: "Ambos os enfoques não devem ser vistos como opostos. A valorização da qualidade de vida deve ser realizada com profundo respeito, como uma extensão do respeito à sacralidade da vida."

É importante ressaltar que o julgamento da proporcionalidade dos cuidados não é uma tarefa simples, pois não se limita apenas à avaliação da qualidade de vida. Esse julgamento deve influenciar o pensamento dos profissionais de saúde, as considerações da família e a opinião do próprio paciente a respeito da continuação das medidas terapêuticas. A base ética que impõe a prestação de assistência necessária a um paciente terminal é criar condições mais favoráveis para que esse

paciente possa conviver com sua condição de doença e, eventualmente, enfrentar sua morte.

Um dos equívocos cometidos pelos defensores mais inflexíveis da ética da qualidade de vida, como mencionado anteriormente, é a tendência a acreditar que é necessário oferecer ao paciente todos os cuidados disponíveis ou, ao contrário, negar completamente qualquer intervenção. Esse tipo de abordagem simplista e arbitrária não leva em consideração a complexidade das questões que geralmente surgem em situações clínicas difíceis.

Uma teoria menos definida é a de Kuhse (1987), baseada no princípio do duplo efeito, que levanta a questão da licitude de usar uma ação cujos resultados incluem tanto benefícios quanto malefícios inevitáveis. A autora busca defender esse princípio demonstrando a possibilidade de justificar uma ação que "se restrinja à intencionalidade e não assuma todas as consequências previsíveis de uma ação voluntária" ou que "a avaliação moral de uma ação dependa sempre das intenções do agente". Ela tenta argumentar que a supressão intencional da vida é diferente da supressão não intencional, comparando isso com a distinção entre "matar" e "deixar morrer". A base da doutrina do duplo efeito repousa, portanto, na consideração da proporcionalidade entre os resultados benéficos e prejudiciais.

A dignidade pode ser definida como a qualidade ou a condição de alguém ser respeitado, honrado e valorizado. O filósofo Hobbes (1991) afirmava que "o valor social de um homem, que é o valor estabelecido sobre ele e sobre o bem comum, é o que os homens comumente chamam de dignidade." No entanto, esse conceito muitas vezes difere do que é frequentemente discutido na justificação da eutanásia.

Muitos argumentam que a dignidade está intrinsecamente ligada à liberdade, embora nem sempre isso se alinhe com o interesse coletivo, embora todos reconheçam que a liberdade é uma parte significativa da identidade pessoal e do exercício da cidadania.

Dentro desse contexto, permitir que alguém continue vivendo uma vida meramente biológica, sustentada por dispositivos médicos, sem levar em consideração o sofrimento do paciente e a futilidade do tratamento, é visto como uma afronta à dignidade humana. Aqueles que defendem a manutenção puramente com base na "santidade da vida" frequentemente são considerados como comprometidos com a obstinação terapêutica, o que pode ser percebido como uma forma evidente de violação da dignidade da pessoa. Por outro lado, antecipar a morte de alguém, seja

consciente ou não, enquanto suas funções vitais permanecem normalmente, mesmo que a morte seja iminente e acompanhada de algum sofrimento relativo, também é considerado por alguns como um atentado à dignidade humana.

Quando a própria legislação confere ao Conselho Federal de Medicina a responsabilidade de estabelecer critérios para a determinação da morte encefálica, a questão aparenta simplificar-se: se o indivíduo não se encaixa nos parâmetros estipulados, é considerado vivo, e, portanto, a eutanásia não pode ser contemplada.

A partir disso, fica evidente que existe uma distinção crucial entre a eutanásia, que é proibida e moralmente condenável, e a suspensão de medidas artificiais utilizadas para manter uma vida em estado vegetativo, em que tais critérios já a reconhecem como morta. É relevante acrescentar que a cessação do tratamento de um paciente gravemente enfermo que ainda mantém alguma forma de autonomia não difere moralmente da ação de provocar a morte desse paciente por meio de outro método, uma vez que, do ponto de vista ético, as duas situações são consideradas equivalentes. A natureza eutanásica do ato estão irrefutavelmente evidentes.

Em consonância com Gafo (1989), a ortotanásia é defendida como um meio de permitir que as pessoas concluam suas vidas de maneira digna, sem recorrer a métodos que acelerem a morte, mas evitando, ao mesmo tempo, o prolongamento de uma existência em estado vegetativo, uma vez que os critérios diagnósticos atuais já consideram o indivíduo falecido.

Este autor argumenta que a ética, embora não seja uma ciência exata, possui implicações lógicas que nos permitem adotar abordagens adequadas em cada situação, alinhadas com o bem desejado. No entanto, ele adverte que, se não conseguirmos estabelecer com clareza e precisão os critérios de determinação da morte, a vida pode ser transformada em uma mera mercadoria, sujeita a interpretações subjetivas, o que não pode ser considerado uma experiência moralmente aceitável.

Muitos sistemas jurídicos, como o sistema americano, reconhecem a validade do testamento vital e a nomeação de um representante legal (por meio de procuração) para tomar decisões em conformidade com os desejos do indivíduo. No entanto, como apontado por Dworkin (2009), muitas pessoas gravemente doentes ou incapacitadas, ainda que mentalmente conscientes, podem ser incapazes de se suicidar sem assistência. No direito dos Estados Unidos, a menos em situações excepcionais, as

pessoas com pleno controle de suas faculdades mentais têm o direito de recusar tratamento médico, mesmo que essa recusa possa resultar em sua morte.

No entanto, isso não implica automaticamente o direito legal de solicitar que aparelhos que as mantenham vivas sejam desligados. Isso ocorre porque desligar esses aparelhos envolve a assistência de terceiros na morte do paciente, o que é proibido pelo direito na maioria dos estados norte-americanos e em muitos países ocidentais devido à proibição do suicídio assistido.

Dessa forma, Dworkin (2009) argumenta que o sistema jurídico produz uma resposta aparentemente irracional: por um lado, as pessoas têm o direito de optar por morrer de forma lenta, como recusar alimentação, recusar tratamentos que as mantenham vivas ou solicitar o desligamento de aparelhos de suporte à vida; por outro lado, não têm o direito de escolher uma morte rápida e indolor que seus médicos poderiam proporcionar facilmente. Essa aparente contradição no direito é destacada por Dworkin. O Código Civil brasileiro também reconhece o direito de recusa de tratamentos médicos.

Ronald Dworkin (2009) sintetiza de maneira notável a posição atual nas sociedades avançadas ao afirmar que, entre todas as decisões tomadas por um indivíduo, aquelas relacionadas à vida e à morte são as mais significativas e cruciais para a formação e expressão de sua personalidade. Ele enfatiza que a liberdade de viver de acordo com nossos princípios é tão essencial quanto o fato de possuir essa liberdade. No entanto, essa liberdade de consciência implica uma responsabilidade pessoal de reflexão, e perde grande parte de seu significado quando essa responsabilidade é negligenciada.

Dworkin(2009) observa que uma vida boa não necessariamente requer um pensamento excessivamente reflexivo; muitas vezes, as vidas mais gratificantes são aquelas que são vividas de maneira autêntica, em vez de serem rigidamente planejadas por meio de projetos e fórmulas. Ele conclui que o maior desrespeito à santidade da vida está na indiferença ou na preguiça diante de sua complexidade. Isso sugere que a verdadeira valorização da vida envolve um profundo entendimento e consideração de suas complexidades e nuances, em vez de uma abordagem simplista ou apática em relação a questões de vida e morte.

O debate sobre a eutanásia é complexo e controverso. Alguns argumentam que permitir a eutanásia pode criar mais problemas do que soluções, especialmente em

sociedades desiguais e complexas. Eles veem a preservação da vida como um dever supremo do Estado, médicos e pacientes, e consideram a eutanásia uma medida arriscada. Por outro lado, há quem defenda que a vida humana é um valor inalienável, e qualquer direito do paciente fica subordinado à obrigação de prolongar a vida a todo custo, mesmo contra a vontade do paciente, sobretudo por razões éticas. O debate envolve questões legais, éticas e sociais profundas, e reflete as diferentes visões e valores na sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das considerações apresentadas neste artigo, emerge a compreensão de que a eutanásia é, em sua essência, uma escolha pessoal na qual o indivíduo toma consciência de sua condição de desilusão médica e dos sofrimentos físicos e mentais que enfrenta. O ordenamento jurídico brasileiro atualmente classifica a prática da eutanásia como ilícita em território nacional, embora tenhamos visto tentativas de sua legalização ao longo da história do Brasil. No entanto, é importante notar que a eutanásia já é legal em vários outros países, conforme mencionado neste projeto.

Em consonância com os resultados de extensas pesquisas bibliográficas sobre o tema, é possível afirmar que a compreensão e abordagem da eutanásia muitas vezes carecem de precisão e clareza. A verdadeira essência da eutanásia está restrita a casos específicos, que envolvem indivíduos em estágios terminais de doenças ou cujas vidas são marcadas por sofrimentos constantes e insuportáveis. A prática da eutanásia deve ser conduzida exclusivamente por médicos, com o consentimento explícito e por escrito do paciente, que deve estar plenamente lúcido e capaz de compreender sua situação e opções.

Esta abordagem é uma questão de humanidade, garantindo o descanso daqueles que sofrem, bem como proporcionando segurança jurídica para os médicos envolvidos. A eutanásia não deve ser erroneamente associada à eugenia ou ao genocídio, embora a bioética tenha se originado em resposta a eventos genocidas, o que às vezes leva a equívocos. Pelo contrário, a eutanásia deve ser reconhecida como um direito fundamental relacionado a uma vida digna e uma morte digna.

Aqueles que enfrentam prolongados períodos de sofrimento, sem perspectivas de melhora ou solução para seus problemas clínicos, muitas vezes se veem privados do direito de escolher descansar de seu possível tormento. Nesse contexto, a falta de

opções humanas torna-se desumana, levando muitas pessoas a buscar o auxílio do sistema judicial para buscar o direito a uma morte digna.

Aqueles que buscam a eutanásia frequentemente estão esgotados e sentem que perderam a posse de sua dignidade e autonomia, tornando-se dependentes de terceiros em todos os aspectos de suas vidas. A visão predominante do judiciário brasileiro, que encara a vida como um bem indispensável e absoluto, deve ser revista à luz da necessidade de reflexão sobre como outros direitos fundamentais não podem ser ignorados ou excluídos. A imposição de uma vontade superior não deve anular o direito de decisão de um indivíduo.

Este artigo foi elaborado com o propósito de defender os princípios fundamentais consagrados em nossa Constituição, tais como liberdade, autonomia individual, dignidade da pessoa humana e integridade física e mental. Nesse contexto, o conceito de uma morte digna é defendido como um direito que merece ser reconhecido e respeitado.

Ao longo do desenvolvimento deste artigo, foram explorados diversos aspectos, incluindo considerações éticas, perspectivas médicas, análise histórica e a apresentação de benefícios e contradições relacionadas à eutanásia. O objetivo final é contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a prática da eutanásia e sensibilizar as pessoas para a importância de permitir que aqueles que desejam encerrar suas vidas o façam de forma digna e respeitosa.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. Tradução de Alfredo Bosi. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ALKIMIM, Maria Aparecida; RAMPAZZO, Lino. Diretivas antecipadas de vontade (testamento vital): implicações éticas e jurídicas diante do princípio da dignidade da pessoa humana. **Rev. Bioét. Direitos Anim.**, v. 2, n. 2, p. 139-158, 2016.

ANJOS, M. F. (2002). **Bioética e teologia**. Bioética - Uma perspectiva brasileira [número especial]. Mundo da Saúde, 26(1), 40-50.

ASUA, Jimenes de. **Libertad para amar y derecho a morir**. Buenos Aires: Losada, 1984, p. 476-477.

ATIENZA, Manuel. Juridificar la bioética. In: **Bioética y Derecho**. Fundamentos y problemas actuales. Rodolfo Vazquez (org.) México: Fondo de Cultura Económica, 2002.

BARCELLOS AP. **Normatividade dos princípios e o princípio da dignidade da pessoa humana na Constituição de 1988**. Rev. Direito Adm., 2000.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida**. Panóptica, São Paulo, v. 19, 2012, p. 71.

BÍBLIA DIGITAL. **A Bíblia Digital**. Disponível em: <https://www.bibliaon.com/>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 871, 21 nov. 2005

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 05 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 125, de 4 de fevereiro de 1996**. Disponível em: <https://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/leis-complementares-1/todas-as-leis-complementares-1>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10406 de 10 de janeiro de 2002**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2002/lei-10406-10-janeiro-2002-432893-publicacaooriginal-1-pl.html#:~:text=Institui%20o%20C%C3%B3digo%20Civil.&text=Art.%201%C2%BA%20Toda%20pessoa%20%C3%A9,concep%C3%A7%C3%A3o%20os%20direitos%20do%20nascituro>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei do Senado nº 116, de 2000**. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/43807>. Acesso em: 02 nov. 2023.

CABETTE, E. L. S. **Eutanásia e ortotanásia: comentários à Resolução 1.805/2006 CFM-aspectos éticos e jurídicos**. Curitiba: Juruá, 2013.

CARDOSO, Juraciara Vieira. **Eutanásia, distanásia e ortotanásia: o tempo certo da morte digna**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2010.

CARMONA, Daniele Souza; DE OLIVEIRA SANTOS, Fernanda; FONSECA, Sara Lopes. Bioética, Eutanásia e Psicologia: tecendo algumas reflexões. **Mnemosine**, v. 7, n. 2, 2011.

CARNEIRO CASTRO COSTA, Danielle Nunes et al. Control of canine visceral leishmaniasis by euthanasia: estimated effect based on a survey and mathematical modeling. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 14, 2010.

CARNEVALLI, Eduardo Cartilho. **Diez años de eutanásia en Holanda: una valoración moral**. 2003. Thesis (Doctoratum in Sacra Theologia Totaliter Edita) – Facultas Theologiae, Pontificia Universitas Sanct AE Crucis. Roma, 2003.

CARVALHO, Gabriela dos Santos et al. **Da eutanásia à ortotanásia: análise de projetos de lei em tramitação**. 2021.

CARVALHO, Gisele Mendes de. Por uma interpretação digna do direito à vida, por uma concepção utilitarista da eutanásia. In: ESTELLITA, Heloisa; SIQUEIRA, Flávia (orgs.). **Direito Penal da Medicina**. São Paulo: Marcial Ponts, 2020, p. 171, nota 4.

CHOCHINOV, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., Mowchun, N., Lander, S., & Levitt, M. (1995). Desire for death in the terminally ill. **American Journal of Psychiatry**, 152, 1185-1191.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM 1.805/2006**. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, p. 169, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1931, de 17 de setembro de 2009**. Diário Oficial da União, Brasília, 24 set. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **I Jornada de Direito de Saúde**. 14-16 maio 2014.

COSTA, Tanise. CALDATO, Milena. FURLANETO, Ismari. **Percepção de formandos de medicina sobre a terminalidade da vida**. Dez. 2019.

DA SILVA STARLING, Sheyla Cristina et al. **Direito à morte: eutanásia e suicídio assistido no Direito Penal brasileiro**. 2020.

DA SILVA, Tiago Alexandre Gomes Ferreira. ASPECTOS RELEVANTES DA EUTANÁSIA. **ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498**, v. 12, n. 12, 2016.

DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro: Teoria das obrigações Contratuais e Extracontratuais**. 27 ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2017.

DUARTE, Gleidson de Medeiros. **Eutanásia: Perspectivas dos profissionais das áreas da Saúde e do Direito**. 2014.

DURAND, Guy. **Introdução geral à bioética: História, conceitos e instrumentos**. Trad. Nicolás Nyimi Campanário. São Paulo: Loyola, 2003, p. 83.

DURKHEIM E.- Relações do Suicídio com os outros fenômenos sociais. In: O suicídio - estudo sociológico. Lisboa: **Editorial Presença**, 7ª ed. 2001, pag 348-386.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009, p. 257.

ELIAS N. **A solidão dos moribundos**. 2001. Jorge Zahar Ed., Rio de Janeiro.

ENGELHARDT Jr, H. T. (1998). **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Loyola.

FERNANDES, Elizabeth Alves. **Bioética e direitos humanos: a proteção da dignidade da pessoa humana na era da genética**. 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FIGUEIREDO DIAS, Jorge de. A “ajuda médica à morte”: uma consideração jurídico-penal. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, n. 100, 2013.

FIGUEIREDO, Ricardo Vergueiro. **Da participação em suicídio**, Del Rey, Belo Horizonte, 2001.

FONSECA, Anna Karoliny Alexandre; ZAGANELLI, Margareth Vetis. **Eutanásia ativa e o suicídio assistido**: a decisão do Bundesverfassungsgericht de 26 de fevereiro de 2020 e o princípio da dignidade humana, 2020.

GAFO J. **La eutanasia**: el derecho de una muerte humana. Madrid: Ediciones Temas de Hoy, 1989.

GARRAFA, Volnei; MARTORELL, Leandro Brambilla; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. **Críticas ao principlalismo em bioética**: perspectivas desde o norte e desde o sul. 2016.

GOLDIM, José Roberto. **EUTANÁSIA**. Atualizado em 22/08/2004. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm>. Acesso em: 02 nov. 2023.

GOLDIN. José Roberto. **Eutanásia** –Uruguai. UFRGS. Rio Grande do Sul. 1997.

GOMES, Edlaine de Campos; MENEZES, Rachel Aisengart. Aborto e eutanásia: dilemas contemporâneos sobre os limites da vida. **Physis**: Revista de saúde coletiva. v 18, n 1. Rio de Janeiro, 2008.

GOMES, L. F. **Eutanásia e o novo código de ética médica**. [S. l.],2009.

GONÇALVES, Rafael Silva Junior. Eutanásia no ponto de vista das grandes religiões. **ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498**, v. 8, n. 8, 2012.

GUIMARÃES, Marcello Ovidio Lopes. **Eutanásia**: novas considerações penais. São Paulo, 2011.

HECK, José N. Bioética: **Contexto Histórico, Desafios e Responsabilidade**. Dez, 2005.

HOBBS T. **Leviathan**. New York: Cambridge University Press, 1991.

HORTA, Márcio Palis. Eutanásia-Problemas éticos da morte e do morrer. **Revista bioética**, v. 7, n. 1, 1999.

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1956, p. 230-231.

ICHIOKA, Mariana Tiemi; SANCHEZ, Claudio José Palma. A EVOLUÇÃO HISTÓRICO-SOCIAL DA EUTANÁSIA A RESGUARDO DA BIOÉTICA. **ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498**, v. 11, n. 11, 2015.

KASPER, Dennis et al. **Medicina Interna Harrison**. 19. ed. São Paulo: Artmed, 2017.

KOVÁCS, Maria Julia. **Bioéticas nas questões da vida e da morte**. Psicologia Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

KUHSE H. **The sanctity line doctrine in medicine**: a critique. Oxford: Claredon Press, 1987.

LÉPARGNEUR, Hubert. **Bioética da eutanásia**: argumento éticos em torno da eutanásia. Bioética, 7 (1) São Paulo, 1999.

LEPARNEUR, Hubert. Força e fraqueza dos princípios da bioética. **Bioética** - v. 4 nº 2 , Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1996.

LOPES AC, Lima CAS, Santoro LF. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia** – aspectos médicos e jurídicos. São Paulo: Atheneu, 2017.

MACHADO, Felipe. O PROCESSO DA EUTANÁSIA NO BRASIL E NO MUNDO. **ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498**, v. 16, n. 16, 2020.

MARKSON, E. (1995). To be or not to be: Assisted suicide revisited. **Omega, Journal of Death and Dying**, 31(3), 221-235.

MARQUES, Vinicius Pinheiro; PIRES, Victoria Gabriela Gurgel. A PRÁTICA DA EUTANÁSIA DIANTE DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO: UMA ABORDAGEM A PARTIR DA TEORIA DE JUSTIÇA DE MICHAEL SANDEL. **Revista Vertentes do Direito**, v. 7, n. 1, p. 187-213, 2020.

MARTIN, L. **A ética médica diante do paciente terminal**. Leitura ético teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica. São Paulo: Editora Santuário, 1993.

MARTIN, Leonard. Eutanásia e distanásia: iniciação à bioética. **Revista do Conselho Nacional de Medicina**, Brasília, 1998.

MARTINELLI, J. P. **A ortotanásia e o direito penal brasileiro**. São Paulo: IBCCRIM, 2015.

MCCORMICK RA. **The quality of life, the sanctity of life**. Hastings Cent Rep, 1978.

MENDES, Ana Cristina et al. A polêmica da Legalização da Eutanásia no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 79803-79814, 2020.

MESSETTI, P. A.; DALLARI, D. Dignidade humana à luz da Constituição, dos Direitos Humanos e da bioética. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p. 283-289, 2018.

MORAIS, Alexandre de. **Direito Constitucional**. São Paulo: Atlas, 2001.

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

Nações Unidas no Brasil (ONU). **Declaração Universal dos Direitos humanos**. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014//09/DUDH.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2023.

NAMBA, Edison Tetsuzo. **Manual de bioética e biodireito**. São Paulo: Atlas, 2009.

NEVES, Maria do Céu Patrão. A bioética de ontem, hoje e amanhã. Interpretação de um percurso. In: ARCHER, Luíz et al (coords.). **Novos desafios da bioética**. Porto: Porto Editora, 2001.

PEREIRA, Caio Mário. **Instituições de Direito Civil**. Vol. I, Rio de Janeiro: Forense, 1987.

PESSINI Leo, A eutanásia na visão das grandes religiões mundiais (Budismo, Islamismo, Judaísmo e Cristianismo). **Revista Mundo Saúde**, LILACS/Sec. Est. Saúde SP, 1999.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. (1994). **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola.

PESSINI, Leo. **Eutanásia**: Por que abreviar a vida. Loyola ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2004. p. 103.

PRADO, Bruno Henrique dos Santos. **Eutanásia**: uma pesquisa acerca da sua proibição no Brasil e no mundo e principais parâmetros para sua adoção. 2022.

RIBEIRO, Henrique Gonçalves; SARSUR, Marcelo. Morte digna na Suíça: análise do caso Hass. In: SÁ, Maria de Fátima; DADALTO, Luciana (coords.). **Direito e Medicina**: A morte digna nos Tribunais. Indaiatuba: Editora Foco, 2020.

ROCHA, Augusto Filipe Azevedo. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia em face da dignidade humana, o direito à vida e os direitos de personalidade no direito pátrio**. Trabalho de conclusão de curso. Maringá, 2006.

RODRIGUES, Anna Angélica de Souza Carvalho. **Eutanásia**: aspectos jurídicos, sociais e religiosos. 2004.

RODRIGUES, Carlos Frederico Almeida; CEZAR Guilherme da Silva. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. **Revista Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, 2013.

ROXIN, Claus. A apreciação jurídico-penal da eutanásia. **Revista brasileira de Ciências Criminais**, vol. 32, p. 9, out. 2002.

ROXIN, Claus. A culpabilidade e sua exclusão no direito penal. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, v. 46, p. 46-58, 2006.

SANCHES, Vladia Maria de Moura Soares. O Testamento Vital E O Princípio Da Dignidade Da Pessoa Humana. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**. v. 87, p. 287 –307, 2014.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **O equilíbrio de um pêndulo**. A bioética e a lei: implicações médico-legais. São Paulo: Ícone, 1998.

SANTOS, Ruy. **Da eutanásia nos incuráveis dolorosos**. Tese de doutoramento. Bahia. 1928: pg. 6-7.

SANTOS, Sandra Cristina Patrício dos. **Eutanásia e suicídio assistido**: o direito e liberdade de escolha. 2011. Dissertação de Mestrado.

SANTOS, Washington dos. **Dicionário jurídico brasileiro**, Del Rey, Belo Horizonte, 2001.

SCHÖNE-SEIFERT, Bettina. **Moderne Medizinethik Problemfeld**: Sterbehilfe. Preprints and Working Papers of the Centre for Advanced Study in Bioethics, 2015.

SCHRAMM FR 2001. Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido? **Perspectivas Bioéticas** 6(11):43-54.

SEGRE, M. (1999). **Atualidades**. Bioética, 7(1), 145.

SILVA, José Afonso da. **Direito constitucional**. 37. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros editores, 2014.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 31-41, 2004.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Guía de Cuidados Paliativos**. Madrid, 2014.

SOUZA, Andreza Apolinária Leite de. **Eutanásia e suicídio assistido: a problematização perante a legalização no ordenamento jurídico brasileiro**. 2023.

SOUZA, Kamila Karolenny Pires. **Eutanásia: uma análise constitucional**. 2021.

SOUZA, Renata Cristina Nascimento. **A eutanásia no contexto do ordenamento jurídico brasileiro**. 2021.

STF, **Informativo nº 163**. 1999. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo163.htm>. Acesso em: 30 out. 2023.

SZTAJN, Rachel. **Autonomia privada e direito de morrer: eutanásia e suicídio assistido**, 2019.

TORRES, Wilma da Costa. **Bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte**. Psicologia: Reflexão e Crítica. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003

VAN DER HEIDE A 1997. **Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands**. Lancet 350(6):251-255.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento Sistêmico: novo paradigma da ciência**. Campinas: Papyrus, 2002. 268p.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofía de la praxis**. Siglo xxi, 2003.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1999.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

WHITING, R. (1995-1996). **Natural law and the "right to die"**. Omega, Journal of Death and Dying, 32(1), 1-26.

WINCK, Daniela; GIANELLO, Matheus Candiago. A Eutanásia e sua Legalização no Brasil e no Mundo. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Videira**, v. 2, p. e13949-e13949, 2017.