

ANÁLISE ÉTICO-FILOSÓFICA DA MORTE DIGNA

Yulian Lopes de Souza

Yulian Lopes de Souza é graduando do 10º período em Direito pela Universidade Iguazu e licenciando no 5º período em Filosofia pela Universidade Cruzeiro do Sul.

Carlos José de Castro Costa

Doutorando em Ciências Jurídicas, Direito Público pela Universidade Nacional de La Plata - UNLP, Nação Argentina; Mestre em Relações Privadas e Constituição pela Faculdade de Direito de Campos. Pós Graduado em Direito Civil e Processual Civil pela Faculdade de Direito de Campos. Coordenador do Núcleo de Prática Jurídica da Universidade Iguazu - Campus V, Itaperuna/RJ; Coordenador do PROCON-Itaperuna/RJ; Professor do Curso de Pós Graduação da Faculdade Redentor; Professor do Curso de Pós Graduação da Fundação São José; Professor Universitário do Curso de Direito da UNIG, Campus V; Professor Universitário da Faculdade Redentor; Trabalhou como Professor Universitário do Curso de Direito da Faculdade de Minas - FAMINAS, Muriaé/MG; Trabalhou como Professor Universitário do Curso de Direito da Faculdade de Direito de Carangola (Doctum-Carangola), Carangola/MG. Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito Constitucional e Direito Civil. Advogado.

RESUMO

Este artigo é de extrema importância neste momento em que se constata como o brasileiro morre mal e indignamente. A pesquisa se consubstancia em reflexões ético-filosófica sobre a validade e necessidade das práticas da eutanásia e a morte medicamente assistida. Para tanto, as análises realizadas se fundamentam sob as perspectivas da filosofia, no que tange a ética e a moral; da bioética, nas questões atinentes à finitude; ainda nos princípios constitucionais, pois são vieses que regulam e estruturam as condições necessárias para sustentar o direito à morte digna, regido pelo princípio da dignidade da pessoa humana, da autonomia privada e autodeterminação. O presente estudo tem como objetivo geral valorizar o princípio da dignidade humana como norteador no direito fundamental à morte digna. Apresenta a seguinte situação-problema: em que aspectos ético-filosóficos se assentam a validade da eutanásia e do suicídio assistido no Brasil? Isso porque há, nesta primeira metade do século XXI, diversas evoluções dos mecanismos médicos e científicos que possibilitam o prolongamento de uma condição moribunda do paciente por tempo quase ilimitado. Ao final, conclui-se pela necessidade de se considerar os aspectos jurídico-legislativos internacionais, a fim de se reconhecer a validade da eutanásia e do suicídio assistido no direito pátrio e mundial.

Palavras-Chaves: Eutanásia. Suicídio Assistido. Bioética. Dignidade da pessoa humana. Autodeterminação.

ETHICAL-PHILOSOPHICAL ANALYSIS OF DIGNIFIED DEATH

ABSTRACT

This article is extremely important at this moment when it is clear how the Brazilian dies badly and with no dignity. The research is based on ethical-philosophical reflections over the validity and necessity of euthanasia practices and medically assisted death. To this end, the analyzes carried out are based on the perspectives of philosophy, regarding ethics and morals; of bioethics, on matters concerning finitude; still in the constitutional principles, as concepts that regulate and structure the necessary conditions to sustain the right to a dignified death, governed by the principle of human dignity, private autonomy and self-determination. The present study has the general objective of valuing the principle of human dignity as a guide for the fundamental right to dignified death. It presents the following problem situation: on what ethical-philosophical aspects are the validity of euthanasia and assisted suicide based in Brazil? This is because, in the first half of the 21st century, there were several evolutions in the medical and scientific mechanisms that made it possible to prolong a patient's dying condition for an almost unlimited time. In the end, it is concluded that it is necessary to consider the international legal and legislative aspects, in order to recognize the validity of euthanasia and assisted suicide in national and worldwide law.

Keywords: Euthanasia. Assisted Suicide. Bioethics. Dignity of human person. Self-determination.

ANÁLISIS ÉTICO-FILOSÓFICO DE LA MUERTE DIGNA

RESUMEN

Este artículo es sumamente importante en este momento en el que está claro cómo el brasileño muere mal e indignamente. La investigación se basa en reflexiones ético-filosóficas sobre la validez y necesidad de las prácticas de eutanasia y muerte asistida médicamente. Para ello, los análisis realizados se basan en las perspectivas de la filosofía, en lo que respecta a la ética y la moral; de la bioética, en materia de finitud; aún en los principios constitucionales, porque son nociones que regulan y estructuran las condiciones necesarias para sustentar el derecho a una muerte digna, regido por el principio de dignidad humana, autonomía privada y autodeterminación. El presente estudio tiene el objetivo general de valorar el principio de la dignidad humana como guía del derecho fundamental a la muerte digna. Presenta así la siguiente situación problemática: ¿en qué aspectos ético-filosóficos se basa la vigencia de la eutanasia y el suicidio asistido en Brasil? Esto se debe a, en la primera mitad del siglo XXI, diversas evoluciones en los mecanismos médicos y científicos que permiten prolongar la condición agonizante de un paciente por un tiempo casi ilimitado. Al final, se concluye que es necesario considerar los aspectos legales y legislativos internacionales, a fin de reconocer la vigencia de la eutanasia y el suicidio asistido en el derecho nacional y mundial.

Palabras clave: Eutanasia. Suicidio asistido. Bioética. Dignidad de la persona humana. Autodeterminación.

Considerações iniciais

A problemática da morte digna se intensifica e reacende o debate jurídico-ético-filosófico conforme o avanço científico promove meios de prolongar a vida, ainda que se trate de uma pessoa já biologicamente morta, ultrapassando os limites da proteção à dignidade humana. Assim, é preciso debater os princípios éticos e valores morais que fundamentam as diversas decisões e práticas autorizadas que movimentam o mecanismo terapêutico-médico e farmacológico.

O presente artigo tem como objetivo geral valorizar o princípio da dignidade humana como norteador no direito fundamental à morte digna. Nessa perspectiva, apresenta a seguinte situação-problema: em que aspectos ético-filosóficos se assentam a validade da eutanásia e do suicídio assistido?

O tema é complexo e demanda análise eticamente humana, profunda e aplicada, pois há, no contexto dessa temática, conflitos de princípios e valores fundamentais que se enfrentam na indisponibilidade absolutizada do direito à vida. Para tanto, o debate passa a ser analisado sob a ótica da autonomia, da bioética e da autodeterminação, todos condicionados pela cláusula geral da dignidade humana. Para isto, reconhece-se o fundamento da autonomia pessoal como o princípio norteador de uma sociedade liberal. O debate precisa se estruturar sobre as decisões relativas à morte sob a perspectiva do paciente terminal, além de avaliar a existência de um direito de deliberar e decidir o momento e a forma da morte e, portanto, estabelecer certos requisitos que permitam a proposição de fundamentos necessários para abreviar a vida de uma maneira moral e eticamente válida.

O direito à morte digna surge como movimento dos que necessitam de dignidade não somente durante a vida, mas um direito que reflita no momento da morte – adotando-se a noção de que se trata do estágio último da existência humana. Para tanto, a reflexão ético-filosófica se torna necessária para que as decisões legislativas e estatais não sejam movidas pela ótica dogmática e inflexível de um grupo religioso-moral que queira simplesmente estabelecer uma imposição de viver de qualquer maneira e condição, sem que o direito à vida cumpra seus sentidos e significados.

Emprega-se metodologia qualitativa que se realiza por meio de pesquisa bibliográfica em autores estudiosos do tema, artigos e jornais de grande circulação. Com o objetivo de tornar o estudo didático, o trabalho se encontra dividido em capítulos: logo após a Introdução, o capítulo 2 trata dos conceitos introdutórios os quais elucidarão a respeito das diversas formas que tratam o fim da vida. O capítulo 3 fundamentará o princípio da autonomia e da autodeterminação a partir de uma análise ético-filosófica e social; prosseguindo, assim, para o capítulo 4 o qual tratará da temática moral e ética nos seus aplicativos circunstanciais na sociedade. O capítulo 5 então trará a perspectiva jurídica brasileira e estrangeira; demonstrando, ainda, exemplos reais de casos sobre Eutanásia e Suicídio Assistido. O capítulo 6 finalizará com as conclusões a respeito do resultado da análise proposta no título deste trabalho, evidenciando as medidas e os princípios que deveriam nortear as circunstâncias aplicáveis da Eutanásia e do Suicídio Assistido no Brasil.

Em face da complexidade e profundidade do tema, o presente trabalho se limita a produzir uma análise bibliográfica à luz da ética e da bioética para discutir as implicações decorrentes de uma cultura ainda condicionada por um inconsciente coletivo, este criado por grupos de interesse e relevância influência que transformam qualquer discussão em polos ideológicos moralmente dogmáticos.

Conceitos introdutórios e contextuais

Eutanásia

Preliminarmente, a expressão *Eutanásia* “[...] foi cunhada no séc. XVII pelo filósofo inglês Francis Bacon, quando a prescreveu, na obra ‘Historia vitae et mortis’, como tratamento mais adequado para as doenças incuráveis (SILVA, 2000).

Etimologicamente estão duas palavras gregas: *Eu*, que significa bem ou boa, e *Thanatus*, equivalente à morte. Em sentido literal, a “eutanásia” significa “Boa Morte”, a morte calma, piedosa e humanitária (MORAES, 2012).

A jurista e professora Maria Helena Diniz (2006, p. 323) descreve a eutanásia como sendo: “[...] a deliberação de antecipar a morte de doente irreversível ou terminal, a pedido seu ou de seus familiares, ante o fato da irrecuperabilidade de sua moléstia, da insuportabilidade de seu sofrimento e da inutilidade de seu tratamento”.

A experiência da eutanásia nas civilizações antigas demonstra sua anterioridade. Sua existência anosa, desde os primórdios da sociedade civil, demonstra que sua discussão tem origem longínqua na história humana e que diversos povos primitivos, desde os celtas, gregos, romanos e até os indianos, já deliberavam e provocavam a morte de seus deficientes físicos ou psíquicos, de idosos, de débeis e de seus doentes incuráveis.

Diversos povos, como os celtas, por exemplo, tinham por hábito que os filhos matassem os seus pais quando estes estivessem velhos e doentes. Na Índia os doentes incuráveis eram levados até a beira do rio Ganges, onde tinham as suas narinas e a boca obstruídas com o barro. Uma vez feito isto eram atirados ao rio para morrerem. Na própria Bíblia tem uma situação que evoca a eutanásia, no segundo livro de Samuel (GOLDIM, 2000).

Na Grécia Antiga a prática também tomou sua forma. Acreditava-se que os recém-nascidos que tivessem qualquer anomalia ou deformação deveriam ser desassistidos, como ocorria com as crianças espartanas por exemplo.

De todo modo, é sabido que em Esparta crianças portadoras de deficiências físicas ou mentais eram consideradas sub-humanas, o que legitimava sua eliminação ou abandono, prática perfeitamente coerente com os ideais atléticos e clássicos, além de classistas, que serviam de base à organização sócio-cultural de Esparta e da Magna Grécia (PESSOTTI, 1984, p. 3).

Goldim (2000), entretanto, narra uma outra ótica no contexto filosófico grego:

A discussão acerca dos valores sociais, culturais e religiosos envolvidos na questão da eutanásia vem desde a Grécia antiga. Por exemplo, Platão, Sócrates e Epicuro

defendiam a idéia de que o sofrimento resultante de uma doença dolorosa justificava o suicídio. Em Marselha, neste período, havia um depósito público de cicuta a disposição de todos. Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates, ao contrário, condenavam o suicídio. No juramento de Hipócrates consta: "eu não darei qualquer droga fatal a uma pessoa, se me for solicitado, nem sugerirei o uso de qualquer uma deste tipo". Desta forma a escola hipocrática se já se posicionava contra o que hoje tem a denominação de eutanásia e de suicídio assistido.

Goldim (2000) descreve que na Europa, durante o século XX, a Eutanásia afluiu associada à Eugenia. Com o objetivo de evitar a disseminação de determinadas enfermidades consideradas indesejáveis como a loucura, surdez, cegueira, epilepsia. Assim, ele explica que, nessas circunstâncias, o desígnio da prática era de buscar a perfeição ou aprimoramento de uma raça, uma prática que servia como um instrumento de "higienização social", não tendo qualquer correlação com os princípios de misericórdia, piedade, compaixão ou direito de autonomia para decidir sobre a própria vida.

Já em maio de 1977, a Corte Constitucional da Colômbia estabeleceu uma posição que gerou um grande debate nacional entre as correntes favoráveis e contrárias. Declarou que "*ninguém pode ser responsabilizado criminalmente por tirar a vida de um paciente terminal que tenha dado seu claro consentimento*". Vale destacar que a Colômbia foi o primeiro país sul-americano a constituir um Movimento de Direito à Morte, criado em 1979. E, em outubro de 1997, o estado do Oregon, nos Estados Unidos, legalizou o suicídio assistido, que foi interpretado erroneamente, por muitas pessoas e meios de comunicação, como tendo sido autorizada a prática da eutanásia (GOLDIM, 2000).

A eutanásia, entretanto, revela impasses que conflitam com a bioética e com o biodireito no Brasil, isto posto que o Estado brasileiro na Carta Magna instituiu o princípio fundamental da proteção da vida, qual seja direito personalíssimo do indivíduo; todavia, quando este mesmo indivíduo perpassa pela experiência de uma doença degenerativa ou é acometido por dores insuportáveis advindas de uma doença, e onde não há nenhuma expectativa ou possibilidade de cura, surge então o desejo de pôr fim a todo este

sofrimento como uma expressão da autonomia individual. Assim, abre-se a discussão a respeito de prolongar o sofrimento e permitir uma morte degradante, baseada na Constituição, ou viabilizar uma morte digna e honrosa do paciente.

Santoro (2010) classifica a eutanásia como prática ativa ou passiva, sendo que na modalidade primeira se desdobra na forma direta e indireta. Portanto, a eutanásia é ação ou omissão, partindo desses pressupostos para que se dê a morte do paciente, ainda que não sejam equivalentes como será exposto a seguir. Assim, caso haja uma cessação ou supressão de qualquer mediador médico que seja indispensável para a manutenção da vida do paciente tem-se prática omissa; ao contrário, quando o autor passa a realizar uma conduta de ação provocativa ao óbito tem-se a modalidade ativa.

O processo da eutanásia passiva é a omissão ou suspensão dos procedimentos e/ou cuidados médicos de modo geral, de forma a se suprimir as vias que beneficiariam o paciente, como os procedimentos paliativos ordinários e proporcionais. Já na eutanásia ativa direta, ocorre a abreviação da vida por meio de operações efetivas como injeção de substâncias letais ou medicação em doses excessivas que desencadeiem o óbito de forma rápida. Enquanto na eutanásia ativa indireta, não se procura uma rápida morte, mas mitigar o sofrimento e a dor do paciente, conquanto se utilize meios com efeitos imperativos à abreviação da vida (SANTORO, 2010).

A eutanásia ativa qualifica-se como uma imissão direta capaz de acarretar o óbito do paciente, de modo que seu sofrimento e dor sejam apaziguados e seu desespero angustiante cessado. A morte ocorre como desígnio direto de obstar o prolongamento do sofrimento que indigne o indivíduo ou mesmo para dar fim ao sofrimento demasiado.

A eutanásia passiva pode ser formulada como qualquer ato omissivo que retire as possibilidades de continuidade existencial do indivíduo, isto é, qualquer meio passivo que inviabilize um tratamento ou procedimento que prolongue a vida do paciente. Assim, qualquer intervenção que renegue o prolongamento da vida com o objetivo de evitar as implicações causais do implacável, ainda que se furte de continuar um procedimento já iniciado, se caracteriza como eutanásia passiva. Laura Lecuona (1997, p. 99) assim

também delimita que mesmo que pareça haver uma verossimilhança entre a eutanásia ativa e passiva com ação e omissão é preciso distinguir, pois não se equivalem. Como no caso de um médico que desliga o respirador de um paciente, por exemplo, ele está realizando uma ação e não uma omissão: é a ação de desconectar o dispositivo que permite o paciente continuar vivo biologicamente, fazendo com que o paciente venha a óbito. Essa ação poderia, nesse caso, ser classificada como eutanásia passiva, pois sem o dispositivo de respiração a morte do paciente ocorre naturalmente. Desse modo, ele não mata ativamente o paciente, mas passivamente o permite morrer.

Portanto, a intervenção médica no paciente capaz de causar a cessação de suas funcionalidades vitais também pode ser abalizada no conceito de eutanásia passiva, como se mostra majoritariamente, ainda que haja doutrina que diverja.

Suicídio assistido

O suicídio assistido, para Sá (2001, p. 187), é a “efetivação (auxílio) da morte por profissional da medicina; o requerimento do paciente, livre e desimpedido; a iminência da morte e o motivo piedoso”. Borges (2005) descreve que o suicídio assistido da seguinte forma:

[...] ocorre com a participação material, quando alguém ajuda a vítima a se matar oferecendo-lhe meios idôneos para tanto para tal. Assim, um médico, enfermeiro, amigo ou parente, ou qualquer outra pessoa, ao deixar disponível e ao alcance do paciente certa droga em dose capaz de lhe causar a morte, mesmo com a solicitação deste, incorre nas penas do auxílio ao suicídio. A vítima é quem provoca, por atos seus, sua própria morte. Se o ato que visa à morte é realizado por outrem, este responde por homicídio, não por auxílio ao suicídio. A solicitação ou o consentimento do ofendido não afastam a ilicitude da conduta.

Partindo deste princípio, o Código Penal Brasileiro (1940) enquadra no artigo 122 a prática do suicídio assistido, assim como da eutanásia, como crime. No contexto, o autor diferenciam-se as duas práticas:

A distinção entre as duas figuras reside, essencialmente, no fato de ser a morte, na eutanásia, provocada por terceiro, diretamente, enquanto no suicídio assistido eutanásico (ou auxílio ao suicídio com conotação eutanásica, para o agente que auxilia), a provocação da morte se dá pelo próprio interessado, que é auxiliado por esse terceiro (GUIMARÃES, 2011, p. 176).

Há ainda distinção entre as práticas do suicídio (assistido ou não) e da eutanásia:

O que diferencia a eutanásia do suicídio é quem realiza o ato; no caso da eutanásia, o pedido é feito para que alguém execute a ação que vai levar a morte; no suicídio assistido é o próprio paciente que realiza o ato, embora necessite de ajuda para realizá-lo, e nisto difere do suicídio, em que esta ajuda não é solicitada (KOVÁCS, 2003, p. 149).

Desse modo, a prática ocorre circunstancialmente quando o indivíduo não dispõe da condição autônoma de realizar o ato e então recorre ao terceiro que o auxilia. Isto é, tanto na eutanásia quanto no suicídio assistido, a autonomia de vontade e o desejo de realizar o ato são pressupostos necessários para efetiva prática. A princípio, o ato poderia ser realizado quando o indivíduo não consegue meios para provocar seu próprio óbito, recorre a um terceiro que o auxilie na realização de sua vontade de morrer, de modo que não decorreria do fato desse indivíduo sofrer de qualquer doença incurável e terminal, tampouco de padecer física ou psicologicamente; entretanto, efetivamente na maioria dos casos, a prática depende do pressuposto da enfermidade como se mostrará a seguir.

No contexto histórico, Goldim (2004) leciona: “O suicídio assistido ganhou notoriedade através do Dr. Jack Kevorkian, que nos Estados Unidos, já o praticou várias vezes em diferentes pontos do país, por solicitação de pacientes de diferentes patologias”.

Jack Kevorkian, médico americano, auxiliou ao suicídio pessoas em estado terminal ou com enfermidades incuráveis que tivessem um panorama degradativo. Teixeira (2010) descreve que Kevorkian realizou mais de 130

assistências ao suicídio. Kevorkian foi processado e inocentado em diferentes estados dos EEUU.

Goldim (2004) ainda descreve que em novembro de 1998, o Dr. Kevorkian realizou uma eutanásia ativa, isto é, fez todos os procedimentos necessários para que um paciente viesse a morrer. Gravou toda a sequência de ações e divulgou mundialmente pela televisão. Em 25 de novembro a promotoria do estado de Michigan fez uma acusação formal por homicídio. Segundo Biography.com Editors (2016), o médico praticou a eutanásia ativa, por meio de injeção letal, em Thomas Youk, que sofria da doença de Lou Gehrig e pediu a ajuda de Kevorkian. Sobre o assunto, explica-se:

Kervokian desenvolveu o mercitron, uma máquina que provoca suicídios “piedosos” (merciful), segundo suas palavras. A máquina tem três seringas e uma agulha com um dispositivo para ser acionado; na primeira seringa existe uma solução salina, cuja função é deixar uma veia aberta; na segunda, um poderoso relaxante muscular, que pode ser manipulado pelo paciente, quando este quiser iniciar o processo; e na terceira, cloridato de potássio, que provoca parada cardíaca imediata. Quando o paciente aciona a segunda seringa, imediatamente inicia o processo de sua morte. Este é o exemplo clássico de suicídio assistido porque, de alguma forma, implica na vontade e ação do paciente, configurando o que Kervokian chama de medicídio, a morte planejada (KOVÁSCS, 2003, p. 150).

Comumente, a maior parte dos países que promovem a legalidade da prática colocam como condição a existência de uma doença em fase terminal; e ainda há casos que pedem prognóstico de lapso temporal vital de pelo menos 6 meses, o que gera polêmicas, já que não há ciência exata nessa definição. Entre esses países está a Suíça, que permite o suicídio assistido desde 1942, o que rendeu ao país a fama de estimular o "turismo da morte". E conforme a lei suíça, contrariamente, qualquer pessoa com mente sã e que tenha, durante certo período de tempo, expressado um desejo consistente de encerrar sua vida, pode solicitar a chamada morte voluntária assistida. A *Eternal Spirit*, uma das várias fundações da Suíça que auxiliam e viabilizam o procedimento às pessoas que queiram pôr fim às suas vidas, diz que o indivíduo precisa passar

por algumas visitas médicas com profissionais diferentes. É preciso se certificar, por exemplo, de que o solicitante não tem depressão (APPEL, 2018).

Todavia, na generalidade dos casos, a prática do suicídio assistido exige determinados pressupostos configuradores como a condição que a anteceda seja a de um indivíduo acometido de uma enfermidade grave, incurável e com prognóstico de vida de poucos meses, de modo que seu sofrimento é degradativo e gera progressivamente uma dependência de terceiros para auxílio nas tarefas funcionais básicas. Todavia, o paciente é capaz em termos de consciência e solicita voluntariamente o auxílio médico.

Herrera (2016, p. 11) identifica alguns requisitos que os defensores da prática concebem como condição essencial:

- I – mediante manifestação expressa do paciente, em razão de diagnóstico de grave enfermidade física ou mental, comprovada por três médicos, sendo pelo menos um deles o profissional que efetivamente cuidou do paciente;
- II – quando a morte for iminente;
- III – quando houver a orientação ou auxílio conferido por profissionais da medicina;
- IV – quando houver total ausência de interesse por parte do médico, que deverá agir apenas por piedade.

Assim, é imprescindível que o paciente esteja consciente de todo o procedimento, de modo que tudo ocorra conforme a sua vontade. Isto é, tratando-se de um processo sem volta, o indivíduo precisará estar ciente e com capacidades de, voluntariamente, operar a substância que o levará em instantes ao óbito.

Outros conceitos conexos

Alguns conceitos se tornam de importantes no contexto do estudo da Eutanásia.

Distanásia

De acordo com Santos (2017, p. 13):

O termo *distanásia* foi proposto em 1904 por Morache, que o definiu como “a morte prolongada e acompanhada de sofrimento, associando-se à ideia da manutenção da vida através de processos terapêuticos desproporcionais”, também conhecida como “obstinação terapêutica”.

Assim, a “*dys* = ato defeituoso - *thanatos* = morte” ocorre como postergação viabilizada por procedimentos invasivos em pacientes terminais. A *distanásia* se define como todo ato que prolongue o sofrimento de um paciente doente. Isto é, toda e qualquer medida terapêutica e medicinal que dilate o processo de sofrimento e dor do indivíduo e que não vise a cura como fim. Débora Diniz (2007, p. 1741) faz a seguinte reflexão a respeito:

Não se define obstinação terapêutica em termos absolutos. Um conjunto de medidas terapêuticas pode ser considerado necessário e desejável para uma determinada pessoa e excessivo e agressivo para outra. Esta fronteira entre o necessário e o excesso nem sempre é consensual, pois o que há por trás desta ambiguidade é também diferentes concepções sobre o sentido da existência humana.

Em linhas gerais, contrariamente ao conceito de *Eutanásia*, na *Distanásia* se atua, normalmente, pelas vias artificiais (máquinas, aparelhos, medicamentos etc) como socorro ao paciente terminal, ainda que todo esse aparato venha a trazer sofrimento e dor, prolongando todo o processo vital do paciente. A *distanásia* visa essencialmente a permanência do paciente em condições vitais ainda que biologicamente esteja morto, isto é, enquanto o maquinário que artificializa a vida permanecer ligado, promovendo uma espécie de “esperança”.

Nos limites dos princípios bioéticos, a Recomendação nº 1.418 (1999 – Assembleia Parlamentar do Conselho Europeu) analisa sobre a dignidade dos pacientes terminais: “convida os Estados membros a prever, em seu direito interno, disposições que assegurem aos doentes incuráveis e terminais a proteção jurídica e social necessária contra os perigos e os receios específicos

[...], particularmente contra o risco de: [...] ter a existência prolongada contra a própria vontade” (PESSINI, 1997, p. 535).

Ortotanásia

A Ortotanásia se define como um processo de morte natural, isto é, sem interferência artificial, viabilizando ao paciente morte natural, dentro do processo natural-biológico do ser. Assim, a Ortotanásia possibilita que o médico atue de modo a interromper todo o processo terapêutico até então efetivado a fim de evitar o prolongamento artificial da vida de um paciente que não possui qualquer chance de cura. Portanto, diante desse quadro, fica viabilizado ao paciente interromper seu tratamento ou nem mesmo iniciá-lo.

Sobre a etimologia, Villas-Bôas (2005) explica a palavra ortotanásia como derivada do grego “*orthos*”, que se traduz como correto, reto, e *thanatos*, que significa morte. Nisto explica que o processo da morte ocorre naturalmente, sem qualquer interferência médica para adiá-la ou antecipá-la. Isto dentro do prisma de que o paciente já não encontra mais qualquer possibilidade de retroagir o seu quadro terminal, de modo que não lhe seja dilatado seu tempo de morte natural, ainda sendo-lhe dado os cuidados básicos.

Acerca do tema, Guimarães (2011, p. 130) difere as práticas da Ortotanásia e da Eutanásia:

[...] a ortotanásia, como alhures indicado, a despeito de comumente ser tida como termo sinônimo da expressão eutanásia passiva, com ela não pode confundir-se, já que enquanto esta significa a deliberada suspensão ou omissão de medidas indicadas no caso concreto, antecipando-se a morte, aquela consiste na omissão ou suspensão de medidas cuja indicação, por se mostrarem inúteis na situação, já se mostraram perdidas, não se abreviando o período vital.

Portanto, constata-se que a ortotanásia, diferentemente da eutanásia, não promove a antecipação ou estimula a postergação da morte, antes possibilita ao paciente cuidados básicos que lhe promovam dignidade meio ao

sofrimento, chamados de cuidados paliativos, fazendo com que sua morte ocorra além de forma digna também no tempo natural. Entretanto, ainda que divergindo nos conceitos, ambas as práticas são congruentes em suas motivações, onde são praticadas pelo sentimento de compaixão e desejo de promover dignidade na morte do paciente.

Assim, a ortotanásia passa a ser defendida pelos estudiosos e profissionais da área porque “o médico não-pratica, mesmo solicitado, a morte piedosa. Deixa apenas de prolongar, por meios artificiais, uma vida que, além de sofrida, mostra-se irrecuperável” (SANTOS, 1999, p. 272)

A ortotanásia pode vir deixar a ter sua prática como crime através do projeto de lei 6715/2009 que visa alterar o Código Penal, excluindo a ilicitude da ortotanásia; isto tendo em vista que a morte do paciente já é prevista como um processo natural, sem qualquer intervenção médica para tal.

Cabral (2016) categoriza a prática da Ortotanásia como tutela da dignidade do paciente com doença grave e irreversível, em estado terminal. Explica: “A plenitude está intimamente relacionada com a dignidade humana, com o cumprimento dos anseios da pessoa, com o respeito à sua autodeterminação” (CABRAL, 2016, p. 56). Assim, para a adoção ética da ortotanásia, é fundamental que haja respeito pela família e pelo médico quanto à forma que o paciente decide passar seus dias derradeiros, sendo impossível dissociar dignidade e morte digna, que se tornam conceitos inerentes à “morte no tempo certo”.

Desse modo, a ortotanásia passa a ser uma prática lícita aos médicos, sem que lhes seja punível, a fim de permitir o processo natural da duração de vida do paciente, mediante observação de três pressupostos éticos: “a constatação do estado terminal de doença grave e irreversível, o consentimento da pessoa enferma para a implementação da ortotanásia e a adoção de cuidados paliativos” (CABRAL, 2016, p. 60), sendo importante analisar cada um desses requisitos para não ocorra o “deixar morrer” sem se observar critérios que tornam essa prática humana, confortável e ética (CABRAL, 2016). Concluindo-se: sem estado de terminalidade, seria eutanásia; sem consentimento, arbitrariedade (lesão aos seus direitos de personalidade); sem cuidados paliativos, abandono do doente (mistanásia) (CABRAL, 2016).

Mistanásia

A Mistanásia, também chamada de eutanásia social, é a morte miserável. Difere-se completamente da eutanásia, posto que na mistanásia não há a motivação de misericórdia e a compaixão em relação à dignidade do paciente em meio ao seu sofrimento e dor. As vítimas normalmente são pessoas marginalizadas, aquelas que não possuindo condição social e financeira para custear todo o processo terapêutico-médico se tornam vítimas dessa realidade. São indivíduos que por sua pobreza vivem e morrem sob condições precárias, o que acarreta uma morte indigna e prematura. Assim, refere-se à “[...] fatia da população brasileira que na contemporaneidade de surpreendentes avanços tecnocientíficos continua a nascer sob más condições, a se alimentar precariamente, a (so)breviver sob ameaças e a morrer indignamente” (CABRAL, 2020b, p. 24).

Consoante afirma Lopes (2011, p.11): “Entre as inúmeras vítimas da mistanásia estão os pobres que, por exclusão social e econômica, não têm acesso ao essencial para a sobrevivência, aos cuidados de saúde, levam vida sofrida e morrem prematuramente”.

Assim, a mistanásia pode ocorrer em situações diversas:

A violência se tornou costumeira e até banal: as trágicas mortes que aconteciam na tela da TV extrapolam aquele universo distante e agora se avizinham, trazendo essa realidade para cada vez mais próximo de cada brasileiro. As extensas filas nos atendimentos de saúde, com pessoas morrendo nos corredores dos hospitais dos grandes centros urbanos ou à porta deles sem atendimento começa a se reproduzir de forma mais nítida nas cidades de médio porte (CABRAL, 2020b, p. 24).

“Esses fatos são parte integrante da realidade que se mostra em um contexto maior da Bioética do Cotidiano, contemporânea, reconhecendo que os anseios constitucionais por vida e morte dignas precisam ser estudados, enfrentados e buscados de forma mais séria e efetiva” (CABRAL, 2020b, p. 24). Assim, a Mistanásia vem crescendo na sociedade, avolumando-se e

provocando um verdadeiro holocausto em tempos atuais. Essas pessoas estão diuturnamente expostas a risco (conceito etimológico de vulnerabilidade) e “em suas nuances se refere à fragilidade biológica ou biográfica de uma pessoa ou grupo a que se denomina ‘população de risco’” (AMATRIAIN APUD CABRAL, 2020b, p. 27). Assim, todas as pessoas são vulneráveis em algum momento e em alguma medida.

Em recente obra sobre Mistanásia e Covid, a autora explica que a Covid-19 é uma crise, chegou, vai deixar seus rastros, mas vai passar, enquanto a mistanásia não é uma crise, não tem caráter passageiro, mas uma situação crítica de saúde pública no Brasil, que no cotidiano vem vitimando um número alarmante de pessoas vulneradas em razão da precarização da saúde, da falta de saneamento básico, da violência, da fome e das más condições de vida e de morte do brasileiro (CABRAL, 2020a).

Análise bioética da condição autônoma da pessoa

Bioética

Antes de se adentrar aos fundamentos que se seguirão, cabe ressaltar o significado da Bioética:

Bioética é um neologismo derivado das palavras gregas “bios” (vida) e “ethike” (ética). Pode-se defini-la como o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas morais – das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar (REICH APUD PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 42).

A bioética seria, em um sentido mais amplo, uma resposta do campo ético às novas situações advindas da ciência no âmbito da saúde. Assim, ocupando-se de todos os problemas éticos provocados pelas tecnociências biomédicas e alusivos ao início e fim da vida humana, às pesquisas em seres humanos, às formas de eutanásia, à distanásia, à eugenia, à escolha do tempo para nascer ou morrer, às práticas laboratoriais de manipulação de agentes patogênicos etc., assim como dos decorrentes da degradação do meio ambiente, da destruição do equilíbrio ecológico e do uso de armas químicas (DINIZ, 2006).

Além do mais, é preciso destacar que:

Assim como ocorre com o Direito, as regras da Bioética sofrem influência de diversos fatores, de ordem histórico-cultural, econômico-social e ético-religiosa, além da *“tradição filosófica que molda a mentalidade analítica e crítica da comunidade, da qual a fundamentação bioética se torna uma exigência”*. Assim, por exemplo, a Bioética predominantemente no âmbito anglo-americano encontra-se dominada pelo pragmatismo, decorrente do empirismo de Francis Bacon e do utilitarismo de Jeremy Bentham e de Stuart Mill. Por outro lado, a Bioética mais característica da Europa continental tem intrínseca relação com *“uma filosofia da consciência e do espírito, de inspiração francês”*, predominando, principalmente depois da Segunda Guerra Mundial, *“a preocupação ética,*

que busca uma reproblemática do sujeito” (SANTOS APUD VIEIRA, 2012, p. 100).

Portanto, é possível identificar que a Bioética serve às circunstâncias de saúde e vida humana em que, dada às problematizações advindas de algum desvio ético das estruturas sociais e estatais, a condição de ser do sujeito esteja posta em perigo, assim como quaisquer alterações a níveis ecológicos que desestabilizem ou descaracterizem a vida no planeta.

Autonomia como princípio basilar

Autonomia é o ideal que fundamenta uma sociedade liberal. Charlesworth (1996, p. 11) analisa e fundamenta essa tese a partir das implicações de significado da autonomia como liberdade individual. Assim, para o autor, se a pessoa quer agir eticamente, deve escolher por si mesmo o que fazer ou seguir conselhos de outrem (fontes externas), mas há o momento da verdade em que cada pessoa tem que decidir e escolher por si mesmo, nesse caso, será imputado o ato a essa pessoa, sendo ela responsável por esse ato ser considerado louvável ou reprovável.

Charlesworth argumenta que as ações livres de uma moralidade definida são as de maior valor do que as que são motivadas por uma imposição de consciência e inconsciência coletiva, de modo que essa liberdade de escolha se vincula à faculdade de decisão que independe de um conjunto moral definido como sendo bom ou mau. Entretanto, não de modo a dizer que essa autonomia não possui caráter ético, pelo contrário, a liberdade de escolha como capacidade de autodeterminação alcança toda e qualquer relação humana, independentemente do conteúdo dessa decisão, com alto valor ético-moral.

Visto que a autonomia é fundada no princípio da liberdade individual, o estado ideal é expresso na concepção de como seus membros são capazes de se autodeterminarem em suas escolhas, de forma a decidirem livres de um jugo moral. O filósofo Mill (2011) define esse ideal visando autonomia exercida ao máximo de suas possibilidades, de modo que os homens devem ser soberanos em suas escolhas, dentro do âmbito da liberdade individual,

concomitantemente ao exercício estatal o qual não deve possuir o poder de questionar a moralidade individual ou estabelecer uma moralidade comum. O estado ideal, portanto, corresponde àquele em que seus membros escolhem livre e responsavelmente o que devem fazer. Argumenta o filósofo:

O único propósito com o qual se legitima o exercício do poder sobre algum membro de uma comunidade civilizada contra a sua vontade, é impedir dano a outrem. O próprio bem do indivíduo, seja material seja moral, não constitui justificação suficiente. O indivíduo não pode legitimamente ser compelido a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, porque tal seja melhor para ele, porque tal o faça mais feliz, porque na opinião dos outros tal seja sábio ou reto. Essas são boas razões para o admoestar, para com ele discutir, para o persuadir, para o aconselhar, mas não para o coagir, ou para lhe infligir um mal caso aja de outra forma. Para justificar a coação ou a penalidade, faz-se mister que a conduta de que se quer desviá-lo, tenha em mira causar dano a outrem. A única parte da conduta por que alguém responde perante a sociedade, é a que concerne aos outros. Na parte que diz respeito unicamente a ele próprio, a sua independência é, de direito, absoluta. Sobre si mesmo, sobre o seu próprio corpo e espírito, o indivíduo é soberano (MILL, 2011, p. 33-34)

No mesmo viés, Zuluaga (2001, p. 375) explica autonomia como autogoverno, o direito de exercício de liberdade, privacidade, escolha individual, livre arbítrio, escolha de comportamento e autocontrole. Uma pessoa incapaz de exercer por inteiro a autonomia pode ser controlada por outrem ou se tornar incapaz de pensar e agir em consonância com seus anseios e planos. Conclui-se com Mill (2011, p. 38-39):

Nenhuma sociedade é livre, qualquer que seja a sua forma de governo, se nela não se respeitam, em geral, essas liberdades. E nenhuma sociedade é completamente livre se nela essas liberdades não forem absolutas e sem reservas. A única liberdade que merece o nome, é a de procurar o próprio bem pelo método próprio, enquanto não tentamos desapossar os outros do que é seu, ou impedir seus esforços para obtê-lo. Cada qual é o guardião conveniente da própria saúde, quer corporal, quer mental e espiritual. Os homens tem mais a ganhar

suportando que os outros vivam como bem lhes parece do que os obrigando a viver como bem parece ao resto.

Condições autorizadoras da morte digna

O homem como um ser consciente e capaz de autodeterminação tem o poder de exercer o direito à autonomia nos diversos contextos que determinam sua vida; por conseguinte, os interesses que norteiam a luta contra uma doença terminal também necessitam se enquadrar na perspectiva da autonomia. Entretanto, é constatável que a maioria dos indivíduos mantém suas decisões voltadas para os tratamentos convencionais oferecidos, uma vez que apenas neles parecem encontrar as alternativas que satisfaçam as necessidades de suas condições morredícias.

No entanto, em circunstâncias nas quais a morte se manifesta como iminente e irremediável, em razão de doença irreversível, surge a necessidade de se discutir as possibilidades de autodeterminação e deliberação sob a perspectiva do princípio da autonomia e da dignidade, que parecem desvanecer ou, pelo menos, limitam-se a uma solução única: a de que os mecanismos de assistência médica só possuem a capacidade de reduzir a intensidade dos prejuízos provocados pelas próprias terapias obstinadas convencionais.

No contexto prático e desesperador das práticas de obstinação terapêutica, a realização de cuidados paliativos, ainda que tentem trazer melhores condições de existência e dignidade ao processo de morte dos pacientes, não resolvem o problema da dor e do sofrimento em sua essência. Assim, os cuidados paliativos são unicamente orientados para a tentativa de alívio da dor tópica, mas não da dor crônica e existencial que indignifica o paciente e o coloca sob condições físico-mentais degradantes.

A dor e o sofrimento são experiências diferentes, o “sofrimento é a interpretação traumatizada de uma dor tópica. A dor é concreta, é objetiva. O sofrimento é subjetivo. O sofrimento é a interpretação da dor” (D’ARAÚJO FILHO, 2018, p. 34). Por isso é necessário analisar e discutir as exceções que apresentam a oportunidade de validar a opção do suicídio assistido ou da

eutanásia, revelando a morte como uma solução determinada pelo paciente. Nesta razão, a morte não é considerada o pior cenário possível, pois basta analisar as diversas experiências dos especialistas para mostrar as circunstâncias em que as opiniões dos pacientes provam o contrário. Nesse contexto, Gracia (1998) explica que há momentos em que pacientes incuráveis sofrem de forma intolerável antes de morrer, mesmo que se façam grandes esforços para poupar-lhes esse sofrimento. Alguns desses pacientes preferem morrer a viver nas condições impostas pela enfermidade, e alguns procuram a ajuda do médico.

A problemática encontra solução no princípio da autonomia visto que, numa sociedade liberal, somente esta pode regular as formas de participação do indivíduo quanto às decisões sobre como terminar a sua vida. É por isso que, em primeiro lugar, será necessário expandir os conceitos que determinam a aplicação das práticas e as variantes que fundamentam o contexto, além de esclarecer as dúvidas atuais quanto ao significado e implicação de cada uma das práticas. Para tanto, será analisada a validade ética e moral da morte digna de acordo com o cumprimento de certas condições essenciais.

O suicídio é condicionado por uma “auto-ação” projetada pela vontade de morrer, isto é, além do desejo de abreviar a própria vida, o ato suicida precisa ser realizado pelo próprio agente. Além disso, a prática do suicídio é regida pela competência da autonomia individual e, cujas consequências e implicações posteriores, são da exclusiva responsabilidade do suicida. Ademais, sua execução não envolve a participação ativa de terceiros. Assim, o suicida, por sua autodeterminação e pelo princípio da beneficência, age conforme o que considera apropriado para si mesmo.

A eutanásia, no entanto, respeita o princípio da não maleficência, pois envolve a participação ativa de uma terceira pessoa, ainda que esta não deva ser responsabilizada pela morte do paciente. Ela se define como um ato deliberado pelo qual uma pessoa termina intencionalmente a vida de outro indivíduo, uma vez que o seu objetivo é aliviar o sofrimento que a aflige. Esse fato revela as circunstâncias éticas e morais da conduta médica, já que é de difícil análise a congruência entre a vontade do paciente e a do médico.

O suicídio assistido se define como o ato de abreviar, voluntariamente, a própria vida com o auxílio de uma terceira pessoa, Gracia (1998, p. 297) observa que "o suicídio assistido consiste em fornecer um método de suicídio (pode ser uma prescrição para barbitúricos) ao paciente que, por outro lado, é fisicamente capaz de realizá-lo e que, portanto, age sob sua própria responsabilidade".

A prática da morte digna precisa ser, então, discutida sob a ênfase da perspectiva do grupo de pessoas que sofrem de doenças progressivas ou em estado de senilidade e não consideram o fim de suas próprias vidas como um mal moral (ENGELHARDT, 1998, p.390), de modo que suas considerações não podem ser contrariadas e tampouco lhes seja negado o direito a um método letal de encontrar alívio para suas dores e sofrimentos, principalmente fundamentados por argumentos que sacralizam a vida de tal modo a absolutizar o direito à vida e a condicioná-los à obstinação terapêutica. Fala-se, portanto, do direito de decidir quando morrer, com base na avaliação médica e no mal estado do doente.

Beauchamp e Childress (2002) discorrem sobre as circunstâncias que a assistência médica para prática da morte digna é adequada e justificada: (a) o pedido do paciente é voluntário; (b) a relação médico-paciente é estável; (c) o paciente e o médico tomam uma decisão informada; (d) o ambiente é adequado para o processo de tomada de decisão do paciente; (e) há uma rejeição, das alternativas propostas, de forma fundamentada; (f) ocorre uma consulta estruturada de outros serviços médicos; (g) há a evidência, clara e objetiva, do desejo do paciente de morrer; (h) o uso de meios, para abreviar a vida, que sejam o mais confortável possível para o paciente.

Ainda, Quill (1996) compartilha algumas realidades que podem ajudar nesse processo de convergência e auxílio mútuo entre médico/paciente: (a) que o médico compartilhe sua experiência profissional ouvindo atentamente a opinião do paciente; (b) as recomendações devem levar em consideração tanto os fatos clínicos quanto a experiência pessoal; (c) é necessário focar primeiro os objetivos gerais e não as opções técnicas; d) desacordos devem desencadear um processo de troca mútua; (e) as decisões finais são tomadas

por pacientes totalmente informados; (f) os médicos devem trabalhar para melhorar e expressar suas próprias vozes.

Entretanto, essas condições propostas apenas facilitam o contexto de aplicação da morte digna, mas não viabilizam uma conceituação plena, objetiva e absoluta da questão. É necessário, além da relação médico/paciente/informação, que sejam analisadas as condições do estado cognitivo e sentimental do paciente, mas sua realidade subjetiva em suas decisões. Em outras palavras, é necessário analisar que circunstâncias subjetivas estão desempenhando papel ativo em sua decisão, quais influências esse paciente está sofrendo para que sua decisão seja absoluta e convicta dentro de suas plenas capacidades cognitivas e emocionais. Para tanto, é possível verificar a que ponto o paciente é competente, no concernente ao momento de suas decisões, e se tais aptidões e funções cognitivas estão em funcionamento normal, isto é, para verificar se sua deliberação é informada e voluntária, deve-se verificar certas condições. Estas podem ser descritas da seguinte maneira: (a) a capacidade de comunicar decisões; esta consiste, basicamente, em poder expressar uma resposta, ainda que simples, de uma maneira compreensível. O problema prático colocado nesses casos é determinar que grau de habilidade em comunicação linguística é necessário em relação às diferentes decisões que o paciente pode enfrentar.; (b) que o paciente entenda as informações oferecidas. Isto refere-se a receber, armazenar e reproduzir adequadamente as informações relevantes, além de entender as relações causais e as possíveis opções apresentadas; (c) que o paciente aprecie a situação e suas conseqüências. Significa entender o que a informação implica para o seu futuro, em relação ao valor que o paciente atribui aos riscos e benefícios envolvidos. A avaliação deve ser baseada em preferências, princípios ou crenças individuais e estar livre de pressões externas.; (d) que o paciente processe informações racionalmente. Isso implica ser capaz de executar um processo de pensamento lógico. Esse é um critério muito complexo e provavelmente pode envolver todos os pontos anteriores.

Compreende-se, assim, que a condição competente para que a prática da morte digna ocorra envolve, entre as variáveis, o discernimento pleno do paciente terminal. E para isso é necessário assistir o paciente na tomada da

decisão, no sentido de permitir que ele tenha à sua volta os dispositivos necessários para decidir, além da dor e do sofrimento. Dessa forma, descartam-se potenciais suicidas que podem ser perturbados por problemas mentais, bem como sujeitos aparentemente competentes, mas mascarados pela falta de sentimentos de generosidade e empatia nas perspectivas de seus ambientes (ENGELHARDT, 1998). Contextos assim não podem ser encarados com a abreviação da morte, mas tratados de acordo com a perspectiva psiquiátrica.

Entretanto, estabelecer as condicionais da prática da morte digna não significa criar um caráter paternalista dentro da bioética, como se fosse contraditório em relação à abordagem que defende a autonomia e autodeterminação do paciente. Pelo contrário, significa trazer convicção, por meio do diálogo, dos interesses do paciente, fazendo com que sua decisão seja amparada por sua plena capacidade de autonomia. Assim, a vontade do paciente se torna plena e absoluta como ato final e essencial para a prática da abreviação. E todo esse contexto se justifica pela abordagem que procura limitar a atuação do médico em apenas fornecer as informações e as possibilidades existentes como terapias viáveis, sem que o paciente sofra influência de terceiros na tomada de sua decisão, mesmo quando sua competência é limitada ou parcial, pois qualquer interferência externa pode prejudicar ou influenciar negativamente os juízos de valor do paciente em sua deliberação.

Assim, este trabalho propõe um modelo de autonomia que ofereça ao paciente condições de conhecer a totalidade da situação que o circunda antes de decidir, além de proporcionar ao médico a possibilidade de exercer toda sua autonomia de conhecimento técnico e profissional para oferecer ao paciente o melhor ambiente contextual de decisão. Afinal, “há uma distinção sutil, mas importante, entre tomar a decisão do paciente de usar o conselho de médicos e outros profissionais da saúde e a tomada de decisão dos médicos de levar em conta os desejos do paciente” (CHARLESWORTH, 1996, p. 64).

A PROPOSITIVA MORAL E ÉTICA

É importante que seja traçada uma contextualização das questões morais e éticas que envolvem o exercício da autonomia para morrer.

Contexto ético

Sempre haverá conflitos morais e políticos. O debate moral na política pode ser uma fonte de divisões sociais, impulsionador de polarizações políticas e moralmente inconclusivos, mas evitá-lo por essas razões é autodestrutivo. Autodestrutivo porque as divisões, o extremismo e a falta de consenso persistirão, ao mesmo tempo em que essa omissão reduzirá a possibilidade de buscar melhores acordos de cooperação social. A necessidade de diálogo e deliberação tem sua origem na própria condição humana, em circunstâncias que nunca parecem desaparecer, isto é, na escassez de recursos, em nossa limitada generosidade, na incompatibilidade de alguns dos nossos valores e em um entendimento imperfeito entre as pessoas (GUTMANN e THOMPSON, 1996).

Na ética e na política, o dilema moral tem sido frequentemente "jogado". Uma ampla maioria que afirma a existência de princípios absolutos e sem exceções reduz a tomada de decisão à deliberação entre dois polos, um positivo e um negativo, um possível e outro não possível, geralmente traduzível por "com ou contra nós", isto é, a polarização de ideias. Mas há outra maneira de proceder: a daqueles que não estão convencidos de que todo problema tem uma solução, e menos ainda que essa solução seja tão redundantemente solução e nada mais, assim tão insistente e firmemente defendida dentro das regras mínimas do jogo democrático.

A reflexão moral é uma atividade intelectual que busca a livre compreensão de preconceitos sobre os termos de uma questão, seus condicionantes e suas consequências, a avaliação de possíveis ações e aquelas que não são, sobre a deliberação e decisão, com suas justificativas, sempre plural, sempre incompleta. Portanto, quando os cidadãos têm diferenças morais ou políticas entre eles ou com seus representantes, eles

devem continuar a raciocinar juntos para chegar a decisões mutuamente aceitáveis, se possível, e se o acordo não for possível, manter o respeito.

A ética, que precisa condicionar o debate moral, conforme o professor de Ética da USP, Clóvis de Barros Filho (2016), tenta viabilizar um meio de a sociedade estar toda unida para além das aspirações particulares. Do contrário, vence o desejo do mais forte. Nesse sentido, Mill (2011, p. 40) aborda a temática global:

À parte os dogmas peculiares e pensadores isolados, existe ainda, no mundo, em geral, uma inclinação crescente a estender indevidamente os poderes sociais sobre o indivíduo, e pela força da opinião e pela força da lei. E, como a tendência de todas as transformações que se estão operando no mundo, é fortalecer a sociedade e diminuir o poder do indivíduo, essa usurpação não é dos perigos que propendem espontaneamente a desaparecer, e sim a crescer formidavelmente cada vez mais. A disposição dos homens, quer governantes, quer concidadãos, para impor as suas próprias opiniões ou inclinações, como regras de conduta, aos outros, é tão energicamente sustentada por alguns dos melhores e também dos piores sentimentos encontrados na natureza humana, que quase nunca se contém a si mesma, a não ser por falta de poder.

Em sociedades eticamente desestruturadas, a tendência a abrir mão dos impulsos individuais em nome do bem comum é menor. Portanto, a análise da ética, conforme se pode basear na obra de Kant (1980), baseia-se em três enunciados – alguns os chamam de princípios, embora sejam reais e sejam, ao mesmo tempo, pontos de chegada final ou resultados de uma reflexão - que servem de base na elaboração dos juízos morais:

a) Crença na dignidade de todo ser humano (seres humanos são meios uns para os outros, mas ao mesmo tempo são um fim, por isso o ser humano tem dignidade e não o preço).

b) A relação existente entre meios e fins (convicção de que os fins não justificam os meios, mas ao contrário, os meios justificam e alcançam bons fins).

c) Por último, a necessidade ética da participação de todas as pessoas abrangidas por uma medida no processo de decisão (a deliberação moral requer um mínimo de processos, não apenas no processo (reciprocidade, transparência e responsabilidade), mas também no resultado (liberdade fundamental e oportunidade e oportunidade justa), que é difícil de alcançar sem uma tomada de decisão compartilhada.

Problemas de valor não podem ser combatidos com dados empíricos, com valores estáticos e incondicionais, pois tal relação sempre resultará em injustiças ou em violações da dignidade humana. Valores são comparados com valores. E parece óbvio que existem problemas nos quais os valores são incompatíveis. E todos, se respeitarem os mínimos que podem ser incluídos em relação ao que caiba dentro da perspectiva da dignidade humana, são respeitáveis e executáveis. Portanto, o debate moral precisa ser circuncidado pelos valores da ética, os quais precisam estar fundamentados nas realidades das condições humanas em suas particularidades.

Contexto moral da morte digna

Para Marilena Chauí (2000, p. 436)

Toda cultura e cada sociedade institui uma moral, isto é, valores concernentes ao bem e ao mal, ao permitido e ao proibido, e à conduta correta, válidos para todos os seus membros. Culturas e sociedades fortemente hierarquizadas e com diferenças muito profundas de castas ou de classes podem até mesmo possuir várias morais, cada uma delas referida aos valores de uma casta ou de uma classe social. No entanto, a simples existência da moral não significa a presença explícita de uma ética, entendida como filosofia moral, isto é, uma reflexão que discuta, problematize e interprete o significado dos valores morais.

Assim, as práticas concernentes ao aspecto da morte digna, como a eutanásia e o suicídio assistido, analisadas a partir das divergentes compreensões quanto às delimitações dos âmbitos de aplicação, e pelo fator emocional despertado, gerando diferentes emoções e reações humanas, estão

atreladas a princípios morais rígidos, isto é, condicionados pelos dogmas. São valores preestabelecidos passados de geração a geração, dispostos por fundamentos de caráter. Portanto, limitadas por uma filosofia moral. “As preferências e aversões da sociedade, ou de alguma poderosa parte dela, constituem, assim, a principal determinante das normas estatuídas para observância geral, sob as penalidades da lei ou da opinião” (MILL, 2011, p. 30)

A proibição tanto do suicídio quanto da eutanásia se fundamenta na percepção dogmática de que o homem apenas detém o direito ao usufruto, mas não à disposição da própria vida. E é de se pensar que qualquer relação de oposição que retire do indivíduo suas prerrogativas quanto à sua autonomia para a autodeterminação essencialmente existencial e que lhe iniba a possibilidade de deliberar de forma livre dilacera os princípios fundamentados na dignidade da pessoa humana, porquanto suprime direitos fundamentais naturais que acabam sendo indeferidos por uma tutela estatal.

Entretanto, a fundamentalidade dos direitos naturais concernem, ainda em primazia, ao relativo social. Isto é, os direitos inerentes quanto à liberdade individual de autodeterminação não podem ultrapassar os limites da fronteira da existência terceira, de modo que o indivíduo tem a liberdade de disposição de tudo quanto não atinja as fronteiras do convívio humano ou das possibilidades de ser do outro.

É preciso analisar o contexto social pós-moderno, o qual se constitui de uma multiculturalidade e, portanto, não se define por uma moral sistematizada e polarizada. Por isso, qualquer tutela estatal que indefira ao indivíduo a livre disposição de seu corpo ou ao uso deste só se fundamenta na dogmatização dos valores que fundamentam a moral e a ética social. Assim, se faz necessária a discussão quanto aos condicionantes dos valores que são postos como sistema moral.

“Os que opõem à possibilidade do querer morrer sustentam, dentre outros argumentos, ser dever do Estado de preservar, a todo custo, a vida humana, entendida esta como bem jurídico supremo” (SÁ; MOUREIRA, 2012, p. 199). E em todo o âmbito jurídico brasileiro, a legislação deu à vida humana um caráter de sacralidade segundo o qual, desde a concepção, a vida precisa ser tutelada, não se permitindo que o indivíduo ou terceiro interrompa

ou atente contra o processo vital natural, isto é, somente a falência natural é viável como interrupção da vida. Por conseguinte, qualquer prática que viole esse princípio, é tipificada como crime. Assim, desde o marco inicial do desenvolvimento humano há uma tutela estatal em um caráter constitucional. Nesse sentido, Santoro (2010) explica a tutela da vida abarcando todo o ciclo vital, isto é, inicia-se com a fecundação (marco inicial do desenvolvimento humano) e continua com a implantação, período embrionário, fase fetal, nascimento, infância, puberdade, idade adulta, senilidade, indo até a morte – observada a proteção constitucional durante todas essas fases.

A partir dessa compreensão, o decorre dessa inviolabilidade ao direito natural à vida como princípio que define os limites da ação ou omissão humana ilegítimando o homem a causar prejuízos ou a limitar a vida humana, seja de que forma for. Para isso, o Código de Ética Médica define a conduta médica pelo dever de respeitar a condição vital do paciente, não lhe sendo permitido abreviar, como ação (ainda que seja a pedido do próprio paciente.), ou deixar-lhe de prestar auxílio médico, como omissão. Entretanto, por mais que o código normatize de forma a limitar a atuação médica, contrariamente dá ao paciente um poder de deliberação quanto aos processos futuros diante de sua doença, desde que consentida e informada sua decisão, a exemplo das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Segundo Matias (2004, p.43): “[...] morrer com dignidade é morrer da maneira e no momento que se considera mais adequado para si, preservando sua personalidade e dando uma correta e coerente continuidade, ou melhor, um coerente término para sua vida, de acordo com o modo como sempre foi conduzida”. Dessa maneira, retirar a liberdade de deliberar do indivíduo, enquanto autônomo em relação à sua vida, é ferir-lhe contra sua dignidade, contra sua existência e sua vontade. Consoante confirma Coelho (2001, p. 6), “negar a Eutanásia a um paciente em fase terminal, é o mesmo que furtar-lhe a liberdade. Não haveria um delito a ser punido, mas sim, um alívio na angústia e no sofrimento”.

Como se pode evidenciar, o veículo normativo foi constituído a partir de uma compreensão moral que colocou a ética médica em um caminho quantitativo e não qualitativo, isto é, o cuidado médico passou a ter uma ênfase

em prolongar a via processual vital do paciente enquanto existirem possibilidades mecânicas de prolongar-lhe a vida (ainda que biologicamente morto). Assim, a importância acabou por recair sobre o tempo máximo em que o paciente permanece com seus batimentos cardíacos e não com a dignidade existencial a que se projete sobre ele. Portanto,

No universo secular, a própria morte e a dor são muitas vezes percebidas como sem sentido e à medida que escapam de seu controle são vistas, pelo médico, como fracasso. A ênfase de tal dicotomia recai na luta para garantir a máxima prolongação da vida, quantidade de vida, mas há pouca preocupação com a qualidade deste prolongamento de vida. Uma de suas consequências é o eclipse da solicitude pela boa morte cultivada e resistência à eutanásia provocada como derrota diante do inimigo morte (PESSINI, 2005, p. 40).

Nessa linha, todavia, Pessini (2005) analisa uma mudança de paradigma no campo médico, cujo cerne passa a não se preocupar em prolongar ao máximo o tempo de vida do indivíduo, ao contrário, o alvo de atenção do profissional médico é a saúde, a dignidade do ser humano e o critério para avaliar e prescrever os procedimentos a serem utilizados é se estes irão beneficiar o paciente ou não. Acrescenta que essa mudança transforma o olhar médico para programas de humanização, incluindo ainda o aumento no interesse de cuidados paliativos aos pacientes terminais. O Capítulo I (princípios fundamentais) do Código de Ética Médica, no item VI, registra: “O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício, mesmo depois da morte” (BRASIL. CFM, CEM, 2018).

Por todo o exposto, resta a convicção de que, fundamentando-se nos princípios éticos que resguardam a autonomia moral do homem dentro de uma concepção antropológica e social, o homem não pode ser privado de sua liberdade de disposição, manutenção e uso de sua vida, assim, garantidos pela fundamental constitucionalidade da garantia de sua dignidade humana, tanto para a vida quanto para a morte, deliberar com plena liberdade e assim agir, sem que seja inibido por uma tutela estatal ou social.

Direito comparado: a perspectiva jurídica

Perspectiva brasileira

“No Brasil, em 2016, a OMS contabilizou 6,1 suicídios a cada 100 mil habitantes” (FIGUEIREDO, 2019). Esses dados resultam de políticas públicas que não debatem nem discutem o tema *suicídio*, não promovem eficientes mecanismos sociais de prevenção e que mostram a necessidade de se colocar o tema em pauta.

Enquanto os índices de suicídio caem em todo o mundo, a taxa entre adolescentes que vivem nas grandes cidades brasileiras aumentou 24% entre 2006 e 2015, informa pesquisa da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo). O estudo, publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria, indica que o suicídio é até três vezes maior entre jovens do sexo masculino. Os sete pesquisadores da Unifesp utilizaram dados do SUS (Sistema Único de Saúde), do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e do Coeficiente Gini (que mede desigualdade) para chegar às conclusões. Eles apontam a popularização da internet, as mudanças sociais no país e a falta de políticas públicas de combate ao suicídio como as principais razões para esse aumento (PREITE SOBRINHO, 2019).

No Brasil há em toda a legislação uma locução que se preocupa em dar à vida um valor absoluto.

“Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal” (BRASIL. CFM. CEM, 2018).

O valor absoluto do direito à vida constituído de forma normativa tem seu fundamento no conceito de vida previsto na Constituição Federal de 1988:

[...] não será considerada apenas no seu sentido biológico de incessante auto-atividade funcional, peculiar à matéria orgânica, mas na sua acepção biográfica mais compreensiva. Sua riqueza significativa é de difícil apreensão porque é algo dinâmico, que se transforma incessantemente sem perder sua própria identidade. É mais um processo (processo vital), que se instaura com a concepção (ou germinação vegetal), transforma-se,

progride, mantendo sua identidade, até que muda de qualidade, deixando, então, de ser vida para ser morte.

Entretanto, a problemática da discussão da absolutização do direito à vida consiste na desconsideração em relação a outros valores constitucionais, tais como a dignidade da pessoa humana:

Segundo o qual a vida humana é um valor relativo, existente e digno de proteção enquanto mantenha um determinado nível de qualidade, representado pela capacidade do indivíduo de relacionar-se com os demais seres humanos e de assumir seus próprios atos. Hodiernamente, busca-se uma aproximação entre ambas tendências, tomando como referência básica a sacralidade da vida humana, com vistas a evitar uma paulatina degradação de sua proteção, mas considerando também que a qualidade de vida pode solucionar situações limites nas quais uma concepção rigorosa de intangibilidade da vida humana mostra-se impotente (CARVALHO, 2001, p. 112).

Nessa perspectiva há de se ponderar os limites dessa absolutização dogmática da proteção à vida face às inovações tecnológicas implementadas no âmbito terapêutico-médico que mais trazem sofrimentos prolongados do que promovem dignidade e saúde. Por isso,

Tem-se que não se pode privilegiar apenas a dimensão biológica da vida humana, negligenciando a qualidade de vida do indivíduo. A obstinação em prolongar o mais possível o funcionamento do organismo de pacientes terminais não deve mais encontrar guarida no Estado de Direito, simplesmente, porque o preço dessa obstinação é uma gama indizível de sofrimentos gratuitos, seja para o enfermo, seja para os familiares deste. O ser humano tem outras dimensões, que não somente a biológica, de forma que aceitar o critério da qualidade de vida significa estar a serviço não só da vida, mas também da pessoa. O prolongamento da vida somente pode ser justificado se oferecer às pessoas algum benefício, e ainda assim, se esse benefício não ferir a dignidade do viver e do morrer (SÁ, 2001, p.70).

Essa percepção abre os precedentes para se discutir o valor da dignidade humana que vise assegurar os direitos mais fundamentais como também viabilizar uma existência que priorize a plenitude do ser e do viver. Assim, o direito à vida, ainda que protegido, pode ser relativizado em face a outros princípios que satisfaçam o fundamento da dignidade. Alguns exemplos de como ocorre essa relativização estão as decisões dos Tribunais Superiores sobre o aborto de nascituros com anencefalia ou em caso de mulher que fora violada sexualmente, circunstâncias que colocam o direito à vida de forma relativa em face da dignidade.

O direito penal brasileiro tutela a vida desde à concepção, como anteriormente visto, prevendo no artigo 121 do Código Penal Brasileiro a conduta “matar alguém” como crime de homicídio. Havendo, todavia, excludentes de ilicitude quando a conduta ocorre em circunstâncias como em legítima defesa, estado de necessidade e o estrito cumprimento do dever legal.

Na legislação brasileira, a eutanásia é categorizada como homicídio, já que não possui uma tipificação na legislação penal. Assim, ela é definida como sendo um homicídio privilegiado, podendo ter sua pena minorada em face de ser cometida “por motivo de relevante valor moral ou social”. São circunstâncias em que a conduta é praticada pela compaixão, por isso chamada de “morte piedosa”. Bitencourt (2011, p. 69) define o relevante valor moral sendo: “Aquele que, em si mesmo, é aprovado pela ordem moral, pela prática, como, por exemplo, a compaixão ou piedade ante o irremediável sofrimento da vítima. Admite-se, por exemplo, como impelido por motivo de relevante valor moral o de- nominado homicídio piedoso”. Explica Queiroz (2016, p. 492-493):

A motivação do crime implicará a atenuação da pena sempre que for importante, digno de consideração, e que importe assim em menor grau de reprovabilidade. Motivo de relevante valor moral diz respeito a interesse particular do agente; motivo de relevante valor social refere-se a interesse público, coletivo. É que, embora possa parecer uma contradição, crimes há que podem ser cometidos por um motivo não reprovável ou até nobre, como registrar, como próprio, filho alheio, para protegê-lo, fato constitutivo de crime (CP, art. 242). Apesar de criminoso o fato, a pena

deve ser atenuada em razão do motivo de relevante valor moral ou social. Eventualmente o motivo de relevante valor moral ou social poderá constituir causa de diminuição de pena, como ocorre no homicídio e lesões corporais (CP, art. 121, § 1º, e art. 129, § 4º), hipótese em que a atenuante ficará prejudicada.

Galvão (2017, p. 874-875) contribui ainda com as reflexões:

Hungria leciona que o valor social ou moral não deve ser apreciado segundo a opinião ou o ponto de vista do condenado, mas com critérios objetivos, segundo a consciência ético-social geral ou o senso comum. Com efeito, a circunstância atenuante não diz respeito às peculiares representações do indivíduo. Caberá, portanto, ao juiz interpretar e valorar os motivos alegados, no contexto da situação fática concreta, para constatar a adequação ou não à previsão atenuante. Vale notar que o valor social ou moral também encontra previsão no § 1º do art. 121 do Código Penal e, mesmo não se reconhecendo a causa especial de diminuição de pena no homicídio, é perfeitamente possível o reconhecimento da atenuante prevista na alínea c do inciso III do art. 65. Na verdade, o motivo que especialmente diminui a pena do homicídio é causa imediata de sua prática. A expressão impelido por motivo de relevante valor social ou moral faz que a vinculação aos motivos seja mais estreita do que a previsão que comporta as expressões por motivo de relevante valor social ou moral. Assim, é possível que o sujeito, não tendo sido impelido por relevante valor social ou moral, [...] tenha cometido o crime por motivo de relevante valor social ou moral.

Nesse ponto, consoante afirma Bitencourt (2011, p. 69): “A relevância desse valor, social ou moral, é avaliada de acordo com a sensibilidade média da sociedade e não apenas segundo a sensibilidade maior ou menor do sujeito ativo, embora não se possa esquecer que a relevância do valor social ou moral é subjetiva e não puramente objetiva”.

De outra forma, o suicídio tem sua tipificação no Código Penal Brasileiro, entretanto, apenas para o agente que auxilie, induza ou instigue alguém a suicidar. Conforme disposto em seu artigo 122:

Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça: Pena-reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave. Parágrafo único. A pena é duplicada: I- se o crime é cometido por motivo egoístico; II- se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.

Mirabete (2009, p. 48) alude que:

Haverá auxílio no ministrar instruções sobre o modo de empregar os meios para matar-se, no criar as condições de viabilidade do suicídio, no frustrar a vigilância de outrem, no impedir ou dificultar o imediato socorro. Em todos esses casos, o agente prestou auxílio, ajudou, favoreceu, facilitou a prática do suicídio.

Complementa Cunha (2004, p. 27): “O auxílio pode ocorrer desde a fase da preparação até a fase executória do crime, ou seja, pode ocorrer antes ou durante o suicídio, desde que não haja intervenção nos atos executórios, caso contrário estaremos diante de homicídio”. Cumpre ressaltar que a única conduta tipificada é a atuação de terceiro que auxilie, instigue ou induza o agente suicida. Sendo assim, a conduta do suicida em si é penalmente atípica. Assim, para o direito penal o suicídio não é considerado crime. A esse respeito, explica Damásio E. De Jesus (1979, p. 89):

O suicídio, sob o aspecto formal, constitui um indiferente penal. Isto significa que a legislação não pune o fato como infração. Nem a tentativa de suicídio é apenada. Em face de medida de Política Criminal, entende-se que a tentativa de suicídio não pode ser submetida à imposição de sanção penal, uma vez que a punição exercida pelo Estado constituiria um acoroçoamento à repetição do deslucado ato. A punição ao que tentou suicídio serviria de alento a novas tentativas, até chegar o sujeito à consumação do fato. A conduta, embora não constitua ilícito penal, é ato que contraria o ordenamento jurídico. É ato ilícito. Tanto que não constitui constrangimento ilegal a coação exercida para impedi-lo, nos termos do art. 146, § 3º, II, do CP. Ora, se o legislador diz que não constitui constrangimento ilegal a conduta de impedir o suicídio, significa que é comportamento absolutamente legal o fato de não se permitir a alguém a conduta de tirar a própria vida. O

constrangimento, nesse caso é legal, pelo que se entende que a conduta do suicídio é ilegítima.

No suicídio assistido, portanto, o indivíduo que comete ou vem a tentar cometer o suicídio não é punido. Entretanto, caso venha a sobreviver à tentativa, o agente que o auxiliou, instigou ou induziu responderá. Assim, somente haverá a sanção nas circunstâncias em que o suicídio vier a se consumir ou se da respectiva tentativa decorrer lesão corporal grave. “Se o fato consumou-se, o suicida deixou de existir; por outro lado, se eventualmente, o suicida falhar em sua tentativa, qualquer sanção que lhe pudesse ser imposta serviria somente para lhe reforçar a liberação de morrer” (BITENCOURT, 2011, p. 123).

Surge então uma questão discutível quanto a uma certa figura sui generis de crime. Abre-se a pergunta quanto ao fato de que se a conduta de se matar ou tentar-lhe fazer não são crimes, o auxílio de terceiro deveria ser penalmente punível?

Uma vez que, segundo a teoria da acessoriedade limitada, adotada pelo ordenamento jurídico brasileiro, a punibilidade da participação em sentido estrito, que é uma atividade secundária, exige que a conduta principal seja típica e antijurídica. Apesar dessa correta orientação político-dogmática, as legislações modernas, considerando a importância fundamental da vida humana, passaram a prever uma figura sui generis de crime, quando alguém, de alguma forma, concorrer para realização do suicídio (BITENCOURT, 2011, p. 124).

Nessas propositivas, tanto a eutanásia como o suicídio assistido são postos como crimes que violam o direito à vida e à dignidade. Entretanto, a distanásia, anteriormente analisada, ocorre de forma deliberada na saúde pública condicionando o paciente a condições degradantes de sofrimento e dor. Condições estas as quais, em outras circunstâncias, seriam tipificadas como crime de tortura, mas que no setor médico está resguardada pelo estrito cumprimento do dever legal.

Como se observa, no Brasil não há uma legislação que se volte ao respeito à dignidade da pessoa como princípio absoluto, antes, faz

fundamentalmente aplicável a dogmatização que absolutiza o valor da vida acima de qualquer circunstância que a degrade ou a reduza à situações ínfimas, sem que tais circunstâncias influenciem no debate ético ou moral. Restando apenas o condicionamento da saúde humana aos aparatos tecnológicos e a terapias convencionais que prolongam não a vida, mas a insuportável condição indigna de terminalidade sofrida que pacientes terminais se submetem em face da obstinada moralidade social dogmatizada por valores inflexíveis, sem que se respeite os mínimos direitos de autonomia, autodeterminação e dignidade do paciente.

Perspectivas estrangeiras

A eutanásia ou o suicídio assistido são práticas legais em alguns países, entre eles estão Holanda, Bélgica, Suíça, Luxemburgo, Colômbia, Canadá e em cinco estados norte-americanos. O Canadá foi o último país a legalizar esta prática.

De acordo com Goldim (2000), em 1973, na Holanda, uma médica geral, Dra. Geertruida Postma, foi julgada pela prática da eutanásia em sua mãe, com uma dose letal de morfina. Sua mãe havia lhe feito reiterados pedidos para morrer. Geertruida fora processada e condenada por homicídio, com uma pena de prisão de uma semana (suspensa), e liberdade condicional por um ano. Neste julgamento foram estabelecidos os critérios para ação da médica. Já em 2001, a população holandesa votou a favor da legalização da eutanásia, promovendo a Holanda como o primeiro país do mundo a legalizar a eutanásia.

A Holanda foi o primeiro país europeu a legalizar e regulamentar a prática da eutanásia, em abril de 2002, dando contornos legais a uma prática que já era tolerada. A legislação holandesa - Lei sobre a Cessação da Vida a Pedido e o Suicídio Assistido - determina que comete crime quem matar alguém a pedido do próprio, mas isenta desta condenação o ato cometido por médico que cumpra as exigências legais. São elas o pedido expresso, reiterado e convicto do paciente, que tem de estar consciente, sofrer de doença incurável em estado terminal e em sofrimento considerado insuportável e sem possibilidade de melhoria. O processo implica o acordo de dois médicos. A lei é

restrita a cidadãos holandeses, que através de diretivas antecipadas de vontade podem pôr por escrito o desejo de ser submetidos a eutanásia caso se vejam na impossibilidade de decidir, por exemplo, por demência (tendo de acumular todas as outras exigências legais). A eutanásia pode ser pedida por menores a partir dos 12 anos, com o consentimento dos pais (DN, 2018).

A Bélgica, em 2002, veio a descriminalizar a eutanásia, se tornando o segundo país a realizar isso após a Holanda. Sua normativa estabeleceu que os médicos poderiam auxiliar seus pacientes em sua morte desde que houvesse um contexto de relacionamento de médico x paciente de longo tempo. Assim, ambos os agentes deveriam ser belgas e deveriam possuir residência fixa e permanente no país. Também exigindo que o paciente que viesse a sofrer a eutanásia tivesse manifestado desejo antes de ingressar num estado vegetativo e que o médico deveria estar presente no momento da morte.

À Holanda seguiu-se a Bélgica, a 28 de maio de 2002, em termos não muito diferentes quanto às exigências legais para a prática da eutanásia ou do suicídio assistido. Em 2014, a Bélgica avançou com uma polêmica alteração à lei, que se mantém até agora como um caso único: a permissão da prática de eutanásia a menores de qualquer idade. Neste caso a lei impõe como condições obrigatórias que sejam vítimas de uma doença incurável, que tenham capacidade de discernimento (o que é avaliado pelo médico responsável pelo processo e por um psiquiatra infantil), e que a eutanásia resulte do pedido do paciente e dos seus representantes legais. Estes casos são revistos por uma comissão especial e acompanhados por psicólogos (DN, 2018, on-line).

A Suíça veio a ser conhecida mundialmente como lugar do “turismo da morte”, ocorrendo principalmente na cidade de Zurique por organizações como a Dignitas ou a Exit. Entretanto, a eutanásia é proibida na Suíça sob pena de prisão de até três anos ou multa. O suicídio assistido só é proibido nos casos em que há “motivos egoístas”.

É talvez o país mais conhecido por sua permissão legal ao direito à morte. Isso se deve em parte à famosa clínica Dignitas, que oferece este tipo de serviço e tem sido muito procurada por pacientes terminais que viajam para a Suíça para dar fim a suas vidas. A lei do país permite o suicídio assistido, desde que não seja por "motivos egoístas", como para evitar pagar pelo apoio necessário ao paciente, por exemplo, ou antecipar o recebimento de uma herança. Tal transgressão é prevista como crime pelo Código Penal suíço. Para evitar uma condenação, quem prestou o auxílio deve provar que o paciente sabia o que estava sendo feito e que tenha feito um pedido "sincero" para que fosse dado fim à vida ao longo de um período de tempo. Por sua vez, a eutanásia é considerada um crime (PERASSO, 2015).

Assinala Goldim (2000) que,

[...] em maio de 1997 a Corte Constitucional da Colômbia estabeleceu que "ninguém pode ser responsabilizado criminalmente por tirar a vida de um paciente terminal que tenha dado seu claro consentimento". Esta posição estabeleceu um grande debate nacional entre as correntes favoráveis e contrárias. Vale destacar que a Colômbia foi o primeiro país sul-americano a constituir um Movimento de Direito à Morte, criado em 1979.

“O primeiro caso de suicídio assistido foi autorizado pelo ministério da Saúde em julho. Ovidio González, de 79 anos, sofria de câncer em estágio terminal.” (PERASSO, 2015, on-line) Além disto, por mais que a eutanásia tenha sido aceita pela Constituição Colombiana, não há até hoje lei que a regule.

Em 1991, o Congresso Americano aprovou uma medida que concede ao paciente uma prerrogativa chamada “*The Patient Self-Determination*”, em tradução livre, “Ato de autodeterminação do paciente”. Essa medida, sob a perspectiva da autonomia do paciente, reconhece ao indivíduo adulto e consciente o direito a aceitar ou recusar quaisquer tratamentos médicos ou terapias médicas, tais como os cuidados que receberia em situações extremas sob risco de morte. Já em outubro de 1997, Goldim (2000) descreve que, o estado do Oregon, nos Estados Unidos, legalizou o suicídio assistido, que foi

interpretado erroneamente, por muitas pessoas e meios de comunicação, como tendo sido autorizada a prática da eutanásia.

Nos EUA a eutanásia é criminalizada, sem exceção, mas o suicídio assistido é permitido em cinco estados. No Oregon, o primeiro a fazê-lo, a decisão é anterior à da Holanda - data de 1997 (resultado de um referendo em que 51% dos eleitores aprovaram a Lei a Morte com Dignidade). Os pacientes têm que ser maiores de idade, estar conscientes e apresentar um pedido reiterado, por duas vezes de forma verbal e uma terceira, por escrito, diante de uma testemunha. Têm que ter uma doença incurável e uma previsão de menos de seis meses de vida. Washington (em 2009, através de referendo), Vermont (em 2013, por lei) e Montana (em 2009, depois de um caso concreto permitido pelos tribunais e depois aprovado pela mais alta instância judicial do Estado) avançaram com legislação semelhante ao do Oregon. Em 2015 foi a vez da Califórnia seguir os passos do Oregon (DN, 2018).

O Canadá,

Foi o último país a legalizar a prática da eutanásia para doentes terminais, em junho de 2016. Uma iniciativa legislativa imposta pelo Supremo Tribunal, que em 2015 considerou inconstitucional a proibição do direito ao suicídio assistido, dando então um prazo de um ano para a alteração da lei. Os juízes da mais alta instância judicial do país consideraram então, de forma unânime, que o direito à vida não obriga a uma absoluta proibição da morte assistida, sustentando que isso "criaria um "dever de viver" ao invés de um "direito à vida" (DN, 2018).

Ao fim, a conclusão a que se chega é que muitos países de todo o mundo estão engajados na discussão sobre a eutanásia e o suicídio assistido, levando a questão da morte digna ao centro do debate moral e ético de sua civilização, ainda que por muitas vezes de forma implícita.

Episódios da vida real

Um dos casos mais conhecidos de eutanásia e que gerou muita polêmica foi o de Terri Schiavo. De acordo com Goldim (2005, on-line):

Theresa Marie (Terri) Schindler-Schiavo, de 41 anos, que supostamente estava em processo de separação conjugal com seu marido, Michael Schiavo, teve uma parada cardíaca, em 1990, talvez devido a perda significativa de potássio associada a Bulimia, que é um distúrbio alimentar. Ela permaneceu, pelo menos, cinco minutos sem fluxo sanguíneo cerebral. Desde então, devido a grande lesão cerebral, ficou em estado vegetativo, de acordo com as diferentes equipes médicas que a tem tratado. Os pais de Terri alegaram uma possível agressão do marido, por estrangulamento, que poderia ter sido a causadora da lesão cerebral. Após longa disputa familiar, judicial e política, teve retirada a sonda que a alimentava e hidratava, vindo a falecer em 31 de março de 2005.

O caso teve grandes repercussões pela luta familiar que foi travada no caso de Terri. Goldim (2005) relata que:

O esposo, Michael Schiavo, desejava que a sonda de alimentação fosse retirada, enquanto que os pais da paciente, Mary e Bob Schindler, assim como seus irmãos, lutaram para que a alimentação e hidratação fossem mantidas. Por três vezes o marido ganhou na justiça o direito de retirar a sonda. Nas duas primeiras vezes a autorização foi revertida. Em 19 de março de 2005 a sonda foi retirada pela terceira vez, assim permanecendo assim até a sua morte.

Outro caso conhecido de eutanásia foi o de Vicent Humbert. Goldim (2004) conta que:

Vincent Humbert, um jovem bombeiro voluntário de 20 anos teve um grave acidente automobilístico em uma estrada francesa no dia 24 de setembro de 2000. Ele ficou em coma por nove meses. Posteriormente, foi constatado que ele havia ficado tetraplégico, cego e surdo. O único movimento que ainda mantinha era uma leve pressão com o polegar direito. Através destes movimentos conseguia se comunicar com a sua mãe. A comunicação, ensinada pelos profissionais de saúde do hospital, era feita com uma pessoa soletrando o alfabeto e ele pressionava com o polegar quando queria utilizar esta letra. Desta forma, conseguia soletrar as palavras. Desde que conseguiu se fazer entender, solicitava os médicos praticassem a

eutanásia, como forma de terminar com o sofrimento que estava tendo, pois o mesmo, segundo seu depoimento, era insuportável. Os médicos recusaram-se a realizá-la, pois na França a eutanásia é ilegal.

De acordo com sua mãe, Vincent a implorava pedindo pela eutanásia: ““Meu filho me diz todo dia: 'Mãe, não consigo mais suportar esse sofrimento. Eu imploro a você, ajude-me'. O que você faria? Se tiver de ir para a prisão, irei.” Vincent ainda chegou a escrever um livro de 188 páginas intitulado “Eu peço-vos o direito de morrer”.

Goldim (2004) complementa a história:

Ele fez inúmeras solicitações, inclusive ao próprio presidente francês, através de uma carta, no sentido de dar uma exceção legal para o seu caso. O argumento é de que o presidente francês tem a prerrogativa de indultar prisioneiros, simetricamente poderia isentar de culpa quem o matasse por compaixão. A frase que encaminhou ao presidente Jacques Chirac, em dezembro de 2002, foi a seguinte: "A lei dá-lhe o direito de indultar, eu peço-lhe o direito de morrer". Ele terminou a sua carta com a frase: "O senhor é a minha última chance". A resposta do presidente, após alguns contatos, inclusive com o próprio Vincent, por telefone, foi negativa e acompanhada de uma recomendação de que o jovem deveria "retomar o gosto pela vida". Nesta época foi feita uma pesquisa de opinião na França sobre a questão do suicídio assistido que resultou em 88% de aprovação pela população, mas não da eutanásia. Vale destacar que esta solicitação não teria como ser enquadrada como suicídio assistido, mas sim como eutanásia ativa voluntária.

[...]

A equipe médica detectou a deterioração do quadro de saúde do paciente e interveio, fazendo manobras de reanimação. O paciente ficou em coma profundo, vindo a falecer na manhã do dia 27 de setembro de 2003. A equipe médica do hospital expediu um comunicado, após uma reunião clínica, que havia decidido suspender todas as medidas terapêuticas ativas. O comunicado era o seguinte; " A equipe médica que acompanhou o paciente por três anos tomou esta decisão coletiva e difícil, de forma totalmente independente". Posteriormente o médico chefe da equipe, Dr. Frederic Chaussoy, assumiu publicamente que foi ele quem desligou o respirador do paciente. O

médico afirmou que este procedimento não é incomum, mas que habitualmente não é assumido pelas equipes.

A mãe foi presa por tentativa de assassinato e posteriormente libertada pelo Ministério Público, que se manifestou no sentido de que ela seria processada no momento oportuno. A mãe foi encaminhada para o Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil (CHAM), onde ficou internada por 24 horas. O pai de Vincent, Francis Humbert, aprovou a atitude de sua ex-esposa.

[...]

Em 14 de janeiro de 2004, a mãe de Vincent, Marie Humbert, foi acusada pela justiça francesa de "administração de substâncias tóxicas" e o médico Frédéric Chaussoy foi acusado formalmente por "envenenamento com premeditação", que pode resultar em uma pena de prisão perpétua. Os advogados do médico declararam que esta acusação caracterizaria um "erro de direito", por basear-se no direito penal geral e não na questão médica em particular.

Por fim, David Goodall foi um cientista, ecologista e botânico premiado, australiano nascido em Londres, e que realizou campanhas para que fosse autorizado a realizar o suicídio assistido. "Goodall não sofria de nenhuma doença terminal, mas afirmava que sua qualidade de vida havia piorado muito com o passar do tempo." (G1, 2018, on-line).

Goodall teve de atravessar o mundo para que pudesse realizar o suicídio assistido, sendo realizado pela organização Exit na Suíça.

"Eu não quero continuar a viver", disse ele a repórteres. "Você quer, na minha idade, e até com menos idade, ser livre para escolher morrer quando é o momento certo para a morte." Goodall morreu "em paz" na clínica Life Cycle (Ciclo da Vida), na cidade de Basileia, segundo Philip Nitschke, fundador da Exit International, o grupo defensor da morte assistida que ajudou o cientista em sua luta para poder encerrar a própria vida. Em seus últimos momentos, Goodall ouviu Ode à Alegria, parte da nona sinfonia de Beethoven. Sua última refeição foi o clássico inglês "fish and chips" (peixe e batatas fritas), seu favorito, com um cheesecake de sobremesa. O cientista não quis ser velado nem ter um funeral, mas pediu que seu corpo seja doado à medicina ou que suas cinzas sejam espalhadas na natureza, disse o grupo (PERASSO, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Circunstâncias que estabelecem as relações entre a morte e a vida, a dignidade e o sofrimento fundamentam um debate que precisa transcender os campos inflexíveis das dogmáticas e perpetrar a ética na perspectivas da dimensão plenamente humana. Assim, nas propositivas circunstanciais que gerem conflitos quanto aos direitos fundamentais, como o direito à vida e à dignidade, tanto quanto não se deva absolutizar o direito à vida acima da condição digna do existir como também será necessário adequar o contexto de análise ao caso concreto e individualizado. Para tanto, o indivíduo deve possuir sua condição autônoma e autodeterminada de deliberar e decidir quanto ao momento de sua morte, sendo seu direito à vida uma garantia pela obrigação estatal e não uma imposição pela tutela estatal, para que ninguém jamais seja submetido a um sofrimento imposto.

A Bioética, compreendida como uma ética que se insere na prática existencial da condição humana de ser, tem como propósito buscar justificativas para as ações humanas, verificando a sua adequação ou inadequação. Tanto a eutanásia como o tema do suicídio, assim, estabelecem-se como verdadeiros desafios para a Bioética. Muitos casos podem ilustrar situações dessas práticas ao longo da história, alguns deles conflitantes entre si. As diferenças culturais e históricas também podem gerar problemas para o adequado entendimento do real sentido de todo o problema relacionado ao suicídio e à eutanásia.

Assim, a colaboração médica nas práticas do pelo ideal de alívio da dor, pondo fim ao sofrimento insuportável que aflige os pacientes terminais. Assim, a realização dos procedimentos avaliados do ponto de vista do melhor interesse do paciente não se encontram em contradição com o dever do médico. Portanto, o suicídio assistido por um médico, segundo esta tese, não é um dos atos em que os danos causados pelo especialista devam ser julgados. Pelo contrário, como o trabalho de Quill concorda, obedece ao dever de cuidado do médico e não ao abandono do paciente.

É preciso que seja realizada, nos contextos dos aplicativos circunstanciais, uma análise prática que produza questionamentos quanto à

adequação bioética, por meio do levantamento dos fatos, circunstâncias, alternativas e consequências, comparando-os com o referencial teórico e com os casos a ele relacionáveis. Também, valendo ressaltar o importante papel desempenhado pelo sistema de crenças e pelos desejos de todas as pessoas envolvidas, sejam pacientes, familiares ou profissionais. A compreensão de que toda e qualquer ação humana é multifatorial é fundamental dentro deste contexto. A Bioética deve sempre buscar realizar as suas reflexões utilizando um referencial pluralista, interdisciplinar e contemporâneo para a abordagem das questões surgidas na prática.

Nesse sentido, há de se observar que o debate social sobre essa questão já está aberto. A apresentação de várias propostas legislativas sobre o tema, algumas já discutidas e outras pendentes de deliberação nos órgãos legislativos correspondentes, dá ainda maior urgência ao tema. Para tanto, nesse debate os cidadãos devem assumir papel especialmente ativo e não se limitar ao âmbito interno dos grupos políticos, pois, mesmo que tal prerrogativa já esteja legalizada ou estabilizada em diversos países, o Brasil ainda se mantém em patamar de indiferença, ainda considerando tabu o debate sobre a admissão da antecipação da morte por meio do suicídio assistido ou da eutanásia. A discussão precisa ocorrer como forma de se manter a dignidade humana, e mais, garantir, com a descriminalização das práticas, políticas públicas para a efetividade do princípio da autonomia e da autodeterminação ao final da vida.

Contudo, restam os invólucros dogmáticos da religião, que dissolvem o foco da discussão e a mantêm refém de uma moralidade inflexível e insensível, voltada apenas a atender os anseios de crenças desumanizadas. Ao que resta salientar como tais grupos dissolvem a laicidade estatal que deveria ainda se fundamentar na pluralidade cultural e moral.

Neste sentido, o direito à vida não mais comporta absolutização, significa dizer que a vida não mais será mantida e prolongada a qualquer custo, principalmente a custo da dignidade. Para tanto o direito deve servir como garantia e não uma imposição para que se viva de qualquer maneira ou sob qualquer condição. Os direitos fundamentais não podem servir como base para a degradação humana, como um direito imposto que põe o jugo da dor e do

sofrimento sob a justificativa de moral insensível e dogmática. E toda essa carga do tabu que silencia, ao tratar a questão da abreviação da morte, movimenta-se com os passos da dramaticidade religiosa e de uma ciência que corrobora com a terapia do sofrimento que garante lucro ao sistema médico e farmacêutico.

Este trabalho teve por pretensão firmar a ótica de análise que visa estabelecer prerrogativas de discussão, debate e aplicação existencial mais sensivelmente humanas e adequadas aos interesses do indivíduo no que concerne aos seus direitos. Também diagnosticar o mecanismo que atropela com medidas governamentais as necessidades que decorrem da fragilidade humana e das muitas condições degradantes impostas pelo descaso público quanto à saúde pública. Assim, demonstrando a visão paternalista da legislação brasileira que mais atende ao *status* torturador do que de cuidador, impondo silêncio às vozes que se erguem quanto à necessidade de aliviar suas dores e pôr fim a seus sofrimentos. São os limites da autonomia humana e de sua autodeterminação, é o exercício arbitrário de um Estado que tutela não o direito à vida, mas a obrigação de viver ainda que sob o jugo da dor e do sofrimento.

Por fim, atenta-se ao significado que se atribui ao homem mesmo quando este tem a perda de sua consciência, significado, em sua vulnerabilidade, a fragilidade, o mantém como ser digno de amor e respeito. E é justamente essa ética que, sobrepondo as percepções inflexíveis da moral coletiva imposta pela dogmatização dos valores, deve fundamentar os princípios dessa discussão.

Referências:

ADONI, André Luiz. **Bioética e Biodireito: Aspectos Gerais Sobre A Eutanásia e o Direito a Morte Digna.** Revista dos Tribunais. São Paulo ano 9, v.818, p 394-421, 2003.

APPEL, Camila. **Aos 104, cientista se prepara para cometer suicídio assistido na Suíça:** Legislação local permite que indivíduo provoque a própria morte; prática é proibida no Brasil. Folha de S.Paulo, São Paulo, p. 1, 9 maio 2018. Disponível em:

<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/05/aos-104-cientista-se-prepara-para-suicidio-assistido-na-suica.shtml>. Acesso em: 19 abr. 2020.

BARROS FILHO, Clóvis de. “Ser ético exercita o espírito”, diz Clóvis de Barros Filho. Entrevista concedida a Raphaela de Campos Mello. [S. l.], 21 dez. 2016. Disponível em: <https://casa.abril.com.br/bem-estar/ser-etico-exercita-o-espírito-diz-clovis-de-barros-filho/>. Acesso em: 9 dez. 2019.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BIOGRAPHY.COM EDITORS. **Jack Kevorkian Biography**. A&E Television Networks, 2016. Disponível em: <https://www.biography.com/scientist/jack-kevorkian>. Acesso em 02 Jun 2019.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**: Dos crimes contra a pessoa. Parte 2. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2011

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia**: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. Migalhas, Brasil, p. 1, 4 abr. 2005. Disponível em: Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. Acesso em: 19 abr. 2020.

BRASIL. CFM. CEM, **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2XNUzqP>>. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. CÓDIGO PENAL BRASILEIRO. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat. **Mistanásia em tempos de Covid-19**. Campos dos Goytacazes: Encontrografia, 2020a.

_____. Mistanásia no Brasil: o silencioso holocausto do século XXI. *In* CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat; ROCHA-PONTES, Dulce Helena; PINHO, Leandro Garcia (Orgs). **Ensaios interdisciplinares em tempos líquidos**: homenagem a Zygmunt Bauman. Campos dos Goytacazes, RJ: Encontrografia, 2020b.

_____. Ortotanásia: Permitir Morrer Não Significa Simploriamente Deixar Morrer. **Revista Brasileira de Direitos Humanos**. Porto Alegre, Magister, Nº 18 – Jul-Set/2016.

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

CHARLESWORTH, Martin. **La bioética en una sociedad liberal**. Cambridge University Press, 1996.

COELHO, Milton Schmitt. **Eutanásia**: uma análise a partir de princípios éticos e constitucionais. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 6, n. 51, 1 out. 2001. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/2412>. Acesso em: 19 abr. 2020.

CUNHA, Rogério Sanches. **Dos crimes dolosos contra a vida**. Salvador: JusPODIVM, 2004.

D'ARAÚJO FILHO, Caio Fábio. **O que o sofrimento ensina**: lições oferecidas por dores inevitáveis. São Paulo: Planeta, 2018.

DINIZ, Débora. **Quando a morte é um ato de cuidado**. In: Nos limites da vida: aborto, clonagem e eutanásia sob a perspectiva dos Direitos Humanos. Coordenadores: Daniel Sarmento e Flávia Piovesan. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2007.

DINIZ, Debora. **Quando a morte é um ato de cuidado**: obstinação terapêutica em crianças. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1741-1748, Aug. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800023>.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 3º ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

DN, Diário de Notícias. **Os países que permitem a morte assistida**. Diário de Notícias, Portugal, 29 maio 2018. Notícias, p. 1. Disponível em: <https://www.dn.pt/portugal/os-paises-que-permitem-a-morte-assistida-9386887.html>. Acesso em: 19 abr. 2020.

ENGELHARDT, Hugo Tristram. **Los fundamentos de la bioética**. Barcelona, Paidós, 1995.

FIGUEIREDO, Patrícia. **Na contramão da tendência mundial, taxa de suicídio aumenta 7% no Brasil em seis anos**. G1, [S. l.], 10 set. 2019. Ciência e Saúde, p. 1. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/09/10/na-contramao-da-tendencia-mundial-taxa-de-suicidio-aumenta-7percent-no-brasil-em-seis-anos.ghtml>. Acesso em: 19 abr. 2020.

G1, Globo. **Cientista David Goodall, de 104 anos, morre na Suíça após suicídio assistido**. Brasil: Globo, 10 maio 2018. Disponível em:

<https://g1.globo.com/bemestar/noticia/cientista-david-goodall-de-104-anos-morre-na-suica-apos-suicidio-assistido.ghml>. Acesso em: 19 abr. 2020.

GALVÃO, Fernando. **Direito Penal**: Parte Geral. 8. ed. Belo Horizonte: D'Plácido, 2017.

GOLDIM, José Roberto. **Breve histórico da eutanásia**, 2000. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/eutanasi.htm>. Acesso em: 01 jun 2019.

GOLDIM, José Roberto. **Definição de Distanásia**. Revista Bioética, UFRGS, 1998. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/distanas.htm>> Acesso em: 6 jun. 2019.

GOLDIM, José Roberto. **Suicídio Assistido**. Revista Bioética, UFRGS, 2004. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/suicass.htm>>. Acesso em: 01 jul 2019.

GRACIA, D. **Ética de los confines de la vida**. El Búho, Bogotá, 1998.

GUIMARÃES, Marcello Ovidio Lopes. **Eutanásia**: Novas Considerações Penais. São Paulo Leme: J. H. Mizuno, 2011.

GUTMANN, Amy; THOMPSON, Dennis F.; **Democracy and moral disagreement**. Cambridge, Mass: The Belknap Press of Harvard University Press; 1996.

HERRERA, Alemão. **Suicídio Assistido no Direito Brasileiro**, 2016. Disponível em:<<http://herreraalemao.jusbrasil.com.br/artigos/185634010/suicidio-assistido-no-direito-brasileiro>>. Acesso em: 01 de nov. 2019.

JESUS, Damásio E. De. **Direito Penal**: Parte Especial. São Paulo: Saraiva, 1979. V. 2.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Abril Cultural, 1980

KOVÁCS, M. J. (2003). **Bioética nas questões da vida e da morte**. Psicologia USP, 14(2), 115-167.

LECUONA, Laura. **Eutanásia**: Algunas Distinciones. In PLATTS, Mark (comp.), Dilemas Éticos. México: Fondo de Cultura, 1997.

LOPES, Cecília Regina Alves. **Eutanásia**: a última viagem. Revista da Faculdade de Direito da UERJ, v.1, n. 19, jun./dez 2011.

MATIAS, Adeline Garcia. **A Eutanásia e o Direito à morte digna à luz da Constituição**. Monografia. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004.

MILL, John Stuart. **Sobre a liberdade**. São Paulo: Hedra, 2011.

MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato N. **Manual de Direito Penal II**. Parte especial. São Paulo: Atlas, 2009

MORAES, Henrique Viana Bandeira. **Da eutanásia no direito comparado e na legislação brasileira**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 17, n. 3463, 24 dez. 2012. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/23299>. Acesso em: 12 jun. 2019.

PERASSO, Valeria. **Suicídio assistido**: que países permitem ajuda para morrer?. BBC NEWS, Brasil, 12 set. 2015. Notícias, p. 1. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150911_suicidio_assistido_r b. Acesso em: 19 abr. 2020.

PESSINI, Léo. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? Coleção Bioética em perspectiva. São Paulo-SP: Editora do Centro Universitário São Camilo Loyola, 2005.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo: Loyola, 2014.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo: Loyola, 1997.

PESSOTTI, Isaias. **Deficiência Mental**: da superstição à ciência. São Paulo: T. A. Queiroz: Editora da Universidade de São Paulo, 1984.

QUEIROZ, Paulo. **Direito Penal**: Parte Geral. 12. ed. Salvador: Juspodivm, 2016.

QUILL, Timothy E.; BRODY, Howard. **Physician Recommendations and Patient Autonomy**: Finding a Balance between Physician Power and Patient Choice. Annals of International Medicine, v. 125 n. 9, 1996.

SÁ, Maria de Fátima Freire. **Direito de morrer**: eutanásia, suicídio assistido. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

SÁ, Maria de Fátima Freire; MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer**: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte Digna**: O direito do Paciente Terminal. Curitiba: Jurúa, 2010.

SANTOS, André Filipe Junqueira dos. **Cuidados Paliativos e dignidade no fim de vida**. Mais60 – Estudos sobre Envelhecimento , Brasil, v. 28, n. 68, p. 8-27, 19 abr. 2017. Disponível em:

<https://www.sescsp.org.br/files/artigo/55eb0112/aca0/4ff0/99ef/b4e4c89ae1ab.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

SANTOS, M. C. C. L. DOS. **Contornos atuais da eutanásia e da ortotanásia:** bioética e biodireito. A necessidade do controle social das técnicas médicas. Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, v. 94, p. 265-278, 1 jan. 1999.

SILVA, Sônia Maria Teixeira da. **Eutanásia**. JUS.com.br, Brasil, p. 1-3, 19 abr. 2020. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/1863/eutanasia>. Acesso em: 19 abr. 2020.

PREITE SOBRINHO, Wanderley. **Suicídio cai no mundo, mas cresce até 24% entre adolescentes no Brasil**. UOL, [S. l.], 27 abr. 2019. Saúde, p. 1. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2019/04/27/suicidio-cai-no-mundo-mas-cresce-ate-24-entre-adolescentes-no-brasil.htm>. Acesso em: 19 abr. 2020.

TEIXEIRA, Rafael. **A redenção do Dr. Morte**. ISTOÉ, Brasil, 29 set. 2010. Comportamento, p. 1. Disponível em: https://istoe.com.br/102441_A+REDENCAO+DO+DR+MORTE/. Acesso em: 19 abr. 2020.

VIEIRA, Mônica Silveira. **Eutanásia: humanizando a visão jurídica**. Curitiba: Juruá, 2012.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da Eutanásia ao prolongamento Artificial**. Aspectos Polêmicos na Disciplina Jurídico-penal do Final de Vida. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2005.

ZULUAGA, Alvaro Franco. **ÉTICA Y CONDUCTAS SUICIDAS**. Rev. colomb. psiquiatria, Bogota, v. 30, n. 4, p. 369-382, Dec. 2001. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502001000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Abr. 2020.