



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**  
**HOMERO IVAN PIERITZ**

**EUTANÁSIA:**  
**O CÓDIGO PENAL VERSUS A PRÁTICA MÉDICA**

**Florianópolis**

**2010**

**HOMERO IVAN PIERITZ**

**EUTANÁSIA:  
O CÓDIGO PENAL VERSUS A PRÁTICA MÉDICA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Direito da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Gustavo Noronha de Ávila, Msc.

Florianópolis – Santa Catarina

2010

**HOMERO IVAN PIERITZ**

**EUTANÁSIA:  
O CÓDIGO PENAL VERSUS A PRÁTICA MÉDICA**

Esta Monografia foi julgada adequada à obtenção do título de Bacharel em Direito e aprovada em sua forma final pelo Curso de Graduação em Direito da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Florianópolis, 30 de junho de 2010.

---

Professor e orientador Prof. Gustavo Noronha de Ávila, Msc.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Prof. Élio de Amorim, Esp.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Prof. Rodrigo I. Vilela Veiga, Esp.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

## **TERMO DE INSENÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

### **EUTANÁSIA: O CÓDIGO PENAL VERSUS A PRÁTICA MÉDICA**

Declaro para os devidos fins de direito e que se fizerem necessários, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico e referencial conferido ao presente trabalho, isentando a Universidade do Sul de Santa Catarina, a Coordenação do Curso de Direito, a Banca Examinadora e o Orientador de todo e qualquer reflexo acerca desta monografia.

Estou ciente de que poderei responder administrativa, civil e criminalmente, em caso de plágio comprovado no trabalho monográfico.

Florianópolis(SC), 30 de junho de 2010

Homero Ivan Pieritz

Para Johnnie Walker, amigo e “irmão”.

Vá em paz.

Nos vemos do outro lado.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu orientador, professor Gustavo, pelo apoio que deu para a realização deste trabalho, mesmo antes de se saber qual seria o tema da monografia. E a minha família pelo suporte que sempre me deram.

[...] Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.

A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. [...] (Juramento de Hipócrates).

## RESUMO

A presente monografia de tem como tema a Eutanásia: o Código Penal versus a Prática Médica. O objetivo geral do trabalho é determinar se os projetos de alteração do Código Penal, em tramitação no Congresso Nacional, estão ou não em conformidade com a prática médica em relação à Eutanásia de doentes terminais. Entre os objetivos específicos estão: conceituar e classificar os principais tipos de Eutanásia, diferenciando-os da Distanásia; apresentar uma análise da Eutanásia no âmbito penal brasileiro; apresentar características da Eutanásia no direito comparado; apresentar princípios norteadores e a discussão sobre a legalização ou não da Eutanásia na sua forma Ortotanásia; apresentar também questões da prática médica sobre o tema, inclusive sobre as propostas de regulamentação por parte do Conselho Federal de Medicina. A classe médica brasileira se tem confrontado diariamente com a escolha em se praticar a Eutanásia ou não em seus pacientes terminais. Prática que mesmo juridicamente proibida recebeu regulamentação pelo Conselho Federal de Medicina. Caso o legislativo não se manifeste favoravelmente a sua regulamentação a classe continuará sendo tratada no mesmo nível do criminoso hediondo. Os médicos não são deuses infalíveis, são humanos. Não é possível que se lhes cobre a indiferença da continuidade do tratamento, sabendo que o mesmo é abusivo, é “tortura” inútil e sem esperança de melhora do paciente. Espera-se que as classes política e jurídica do Brasil descubram isto logo.

Palavras-chave: Eutanásia. Código Penal. Ortotanásia.

## **ABSTRACT**

The present monograph has as its theme Euthanasia - the Criminal Code versus the Medical Practice. The overall objective of the study is to determine if the projects amendments of the Penal Code in the National Congress, are or not in compliance with the medical practice in relation to the Euthanasia of sick terminals. The specific objectives are: to conceptualize and classify the main types of Euthanasia, differentiating them from Dysthanasia; present an analysis of Euthanasia in criminal justice; present characteristics of the Euthanasia in the comparative jurisprudence; present guiding principles and discussion on the legalization or not of the Euthanasia in its Orthothanasia form; also submit questions of medical practice on the subject including on the proposed regulation by the Federal Council of Medicine. The Brazilian medical community is confronted daily with the choice to practice Euthanasia or not in their terminal patients. Practical that is jurisdictionally forbidden it received regulation by the Federal Council of Medicine. Case the legislative does not manifest itself in favor of its regulation favorably the class will continue being treated at the same level of heinous crime. Doctors are not infallible gods, are human. Unable to them covers the indifference of continuity of care, knowing that it is abusive, is "torture" useless and without hope of improvement of the patient. It is hoped that the political and legal classes of Brazil to discover this soon.

Keywords: Euthanasia. Penal Code. Orthothanasia.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – O passo a passo do desligamento do cérebro .....	39
Figura 2 – O Coma e suas possíveis evoluções .....	42

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES .....</b>	<b>17</b>
2.1	CONCEITOS .....	17
2.1.1	Conceito de Eutanásia.....	18
2.1.2	Eutanásia ativa .....	19
2.1.3	Eutanásia passiva .....	19
2.1.4	Distanásia ou Obstinação Terapêutica.....	20
2.1.5	Mistanásia ou Eutanásia Social.....	21
2.1.6	Suicídio assistido.....	23
2.1.7	Ortotanásia .....	24
2.2	PRINCÍPIOS E/OU DIREITOS .....	25
2.2.1	Direitos humanos.....	25
2.2.2	Dignidade da pessoa humana .....	26
2.2.3	Autodeterminação, autonomia ou a capacidade de decidir do paciente.....	28
2.2.4	Direito à saúde .....	29
2.2.5	Direito à morte digna .....	30
2.3	QUANDO MORREMOS?.....	32
2.3.1	Uma breve história sobre a morte .....	32
2.3.2	A definição médica .....	35
2.3.2.1	Quem ou o que é o paciente terminal? .....	35
2.3.2.2	Quando é declarada a morte clínica.....	36
2.3.2.2.1	<i>O longo caminho da morte</i> .....	38
2.3.2.3	O coma.....	39
2.3.2.3.1	<i>Os diferentes estágios do coma</i> .....	43
2.3.3	Eutanásia, uma prática habitual?.....	44
2.3.4	O novo código de ética médica .....	45
<b>3</b>	<b>A EUTANÁSIA NA VISÃO DO DIREITO .....</b>	<b>49</b>
3.1	VISÕES OPOSTAS NA REGULAMENTAÇÃO DA EUTANÁSIA .....	49
3.2	A EUTANÁSIA E A CONSTITUIÇÃO .....	55
3.3	A EUTANÁSIA E O CÓDIGO PENAL .....	57

3.4	O ANTEPROJETO DE ALTERAÇÃO DA PARTE ESPECIAL DO CÓDIGO PENAL	58
3.5	JURISPRUDÊNCIA SOBRE EUTANÁSIA NO BRASIL .....	60
3.6	A EUTANÁSIA EM LEGISLAÇÕES ESTRANGEIRAS .....	63
3.7	PROJETOS DE ALTERAÇÃO DO CÓDIGO PENAL ATUAL .....	65
3.7.1	Efeitos da aprovação das propostas sobre a prática médica.....	67
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	68
	REFERÊNCIAS .....	72
	ANEXOS .....	78
	ANEXO A – RESOLUÇÃO N.º 1.480 - 8 DE AGOSTO DE 1997.....	79
	ANEXO B – RESOLUÇÃO CFM N.º 1.805/2006 .....	82
	ANEXO C – CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA .....	88
	ANEXO D – OUTRAS CLASSIFICAÇÕES POSSÍVEIS PARA A EUTANÁSIA.....	108
	ANEXO E – HISTÓRIA DE BEBÊ COM PARALISIA .....	111
	ANEXO F – PROJETOS QUE TORNAM A EUTANÁSIA CRIME PREVISTO NO CÓDIGO PENAL .....	118
	ANEXO G – PROJETOS QUE DESCRIMINALIZAM TIPOS DE EUTANÁSIA, REGULAMENTANDO-AS NO CÓDIGO PENAL.....	127

## 1 INTRODUÇÃO

A dignidade humana é um princípio que a sociedade moderna, notadamente a brasileira, busca cada vez mais tornar realidade. Infelizmente, apesar de já se estar em pleno século 21, esta mesma sociedade ainda está presa a conceitos dos séculos 18 e 19 na área do direito à vida, misturando também conceitos ainda mais antigos, de base religiosa, ao problema.

A questão da Eutanásia como uma forma humana (ou não) e caridosa (ou não) de tratar de maneira digna o ser humano, na sua fase final da vida, é um tema que ainda será muito debatido pela sociedade.

A realidade, contudo, coloca a Eutanásia como algo presente e comum, notadamente nos países em que sofreu regulamentação. Não se discutindo mais com a mesma intensidade se a Eutanásia fere ou não o direito à vida. Porém, no Brasil, ainda é um assunto sob discussão nas esferas jurídica e legislativa. Nelas se levantam também as questões das suspeitas de tráfico de órgãos e de favorecimento em testamentos e heranças, para aqueles parentes que autorizam tal procedimento.

Outra questão que levanta a necessidade da regulamentação da Eutanásia é o envelhecimento da sociedade brasileira, resultando no aumento das doenças degenerativas, demências, cânceres, etc., mais comuns na terceira idade. Apesar do desenvolvimento constante da medicina, estas doenças ainda afetarão parcelas cada vez maiores da população, gerando sofrimento para as pessoas, seus parentes e custos para a sociedade. Sofrimento e custos que podem ser melhor equacionados se houver uma regulamentação do rito eutanásico.

Mesmo ainda levantando estas questões, a Eutanásia apesar de ilegal, tem reconhecida a existência da sua prática no Brasil pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, que não a “*autoriza ou recomenda*”. O conselho já havia regulamentado o tema através das resoluções 1.480/97<sup>1</sup> e 1.805/06<sup>2</sup>. Estas resoluções tratam de procedimentos que disciplinam a prática “*indireta*” de um dos tipos de Eutanásia, a Ortotanásia<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Sobre o procedimento de verificação de morte cerebral, que dentre outros, também é parte da justificação da aplicação do processo de Eutanásia. Assunto que é discutido no item 2.3. Vide o Anexo A.

<sup>2</sup> Sobre a questão ética de se evitar, limitando ou suspendendo, procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, para os casos terminais. Vide o Anexo B.

<sup>3</sup> Vide o subitem 2.1.7.

A isto se soma agora a entrada em vigor do novo Código de Ética Médica<sup>4</sup>, que reforça a visão da classe no combate a Distanásia<sup>5</sup> e o emprego de técnicas da Ortotanásia para a fase final da vida humana, sob os cuidados da classe médica. Ou seja, o CFM continua não autorizando ou recomendando qualquer forma de Eutanásia. Mas, no caso de ser inevitável o processo que levará ao falecimento do paciente, o mesmo deve receber toda a atenção possível, para que o evento morte seja o menos sofrido para o mesmo e seus parentes.

Posição que é apresentada em reportagem assinada por Juliana Bublitz:

[...]

PACIENTE TERMINAL

O médico deverá respeitar a decisão do paciente terminal que não quiser fazer procedimentos que prolongue a vida. A medida reforça o caráter antiético de manter o paciente vivo artificialmente, com sofrimento ao doente, sem perspectiva de cura ou melhora.

Por que é importante

A medida oficializa algo que, na prática, já vinha ocorrendo. É considerada um avanço entre especialistas, por priorizar a vontade do paciente e o seu bem-estar. Por outro lado, reacende uma polêmica relacionada ao dilema ético de lutar até o fim pela vida humana. Como o Código anterior não tratava do assunto, muitos médicos se viam compelidos a realizar procedimentos que apenas prolongavam a dor do paciente.<sup>6</sup>

Conforme D’Urso “... a Eutanásia, embora sendo crime, é praticada impunemente no Brasil. Relatos de pessoas que aplicaram a Eutanásia em parentes somam-se a relatos de médicos que a praticaram, sempre todos imbuídos do espírito da *piiedade*”.<sup>7</sup>

Este trabalho apresenta alguns dos projetos que alteram o Código Penal, em tramitação no Congresso Nacional, quanto às mudanças que introduzem e os conflitos que os mesmo ainda podem manter com a prática médica da Eutanásia.

Não se pretende neste trabalho uma exploração mais profunda das questões ético/filosóficas, de cunho religioso ou mesmo de hermenêutica jurídica sobre o tema, uma vez que o nível de aprofundamento recomendado (ou exigido) para os trabalhos de monografia de conclusão de curso não o exige ou recomenda. Também não se vai aprofundar nestes temas uma vez que os mesmos foram tratados em outros trabalhos recentes, que serviram de base para a pesquisa bibliográfica. Apresentam-se somente os pontos chave sob a

---

<sup>4</sup> Vide o Anexo C.

<sup>5</sup> Vide o subitem 2.1.4.

<sup>6</sup> BUBLITZ, Juliana. Novo código médico - Paciente mais forte. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 13 abr. 2010. Reportagem Especial, p. 4.

<sup>7</sup> D’URSO, Luiz Flávio Borges. **A Eutanásia no direito brasileiro**. Ordem dos Advogados do Brasil - Secção de São Paulo. Disponível em: <[http://www.oabsp.org.br/palavra\\_presidente/2005/81/](http://www.oabsp.org.br/palavra_presidente/2005/81/)>. Acesso em: 22 mar. 2010.

visão de alguns autores. Buscando montar um “pano de fundo” para a apresentação do tema principal do trabalho “os projetos de alteração do Código Penal, em tramitação no Congresso Nacional, se adéquam ou não a prática médica com relação à Eutanásia de doentes terminais”.

A metodologia de abordagem da pesquisa utilizada para o desenvolvimento do trabalho é a Dedutiva, uma vez que conforme Gomides o método Dedutivo “salienta que todas as premissas são verdadeiras, assim sendo a conclusão deve ser verdadeira”,<sup>8</sup> ou conforme Gil:

O método dedutivo, de acordo com a aceção clássica, é o método que parte do geral e, a seguir, desce ao particular. Parte de princípios reconhecidos como verdadeiros e indiscutíveis e possibilita chegar a conclusões de maneira puramente formal, isto é, em virtude unicamente de sua lógica. É o método proposto pelos racionalistas (Descartes, Spinoza, Leibniz), segundo os quais só a razão é capaz de levar ao conhecimento verdadeiro, que decorre de princípios *a priori* evidentes e irrecusáveis.<sup>9</sup>

As metodologias de procedimento de pesquisa, devido à abordagem adotada, foram respectivamente o método Comparativo e Monográfico, que Gomides também explica como sendo:

- Método Comparativo

Considera o estudo das semelhanças e diferenças entre diversos grupos, sociedades ou povos. Este método, realiza comparações com a finalidade de verificar similitudes e explicar divergências.

- Método Monográfico

Parte do princípio que qualquer caso que se estude em profundidade pode ser considerado representativo de muitos outros, ou até de todos os casos semelhantes. Consiste no estudo de um item em especial visando obter generalizações.<sup>10</sup>

Os métodos de pesquisa utilizados são o da pesquisa Bibliográfica e Documental, que Gil define como:

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. [...]

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica

<sup>8</sup> GOMIDES, José Eduardo. A definição do problema de pesquisa a chave para o sucesso do projeto de pesquisa. **Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão - CESUC**, ano IV, n. 06, 1. semestre, 2002. Disponível em <<http://wwwp.fc.unesp.br/~verinha/ADEFINICAODOPROBLEMA.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2010.

<sup>9</sup> GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999, p.27.

<sup>10</sup> GOMIDES, José Eduardo. A definição do problema de pesquisa a chave para o sucesso do projeto de pesquisa. **Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão - CESUC**, ano IV, n. 06, 1. semestre, 2002. Disponível em <<http://wwwp.fc.unesp.br/~verinha/ADEFINICAODOPROBLEMA.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2010.

se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.<sup>11</sup>

Devido existir, em alguns casos, uma duplicidade de fontes (mais antigas em livros, como em Ribeiro<sup>12</sup> e do mesmo autor na *web*<sup>13</sup>, sendo que as últimas são reedições atualizadas do texto), se optou pela utilização das fontes da internet como base de citação, vide o exemplo do subitem 2.1.6. Também pelo fato de o tema Eutanásia ter forte ligação com a área de bioética o mesmo tem tido uma grande discussão na internet. Onde blogs, artigos de revistas, de jornais, transcrições de seminários e mesmo livros inteiros estão disponíveis, tanto de forma gratuita como paga. Isto indicou uma atenção toda especial na pesquisa, por meio desta ferramenta, já que apesar de se dispor do acesso físico a várias bibliotecas em Florianópolis, mesmo realizando a busca nos sistemas de pesquisa destas instituições por temas alternativos relacionados à Eutanásia, o material disponível sobre o tema de pesquisa é limitado.<sup>14</sup>

Este trabalho está dividido nos seguintes capítulos:

- Introdução: o presente capítulo, onde é apresentado o objetivo deste trabalho, sua organização, metodologias empregadas, limitações, etc.;
- Considerações preliminares: são relacionados de forma breve alguns dos conceitos e princípios chave sobre o tema Eutanásia, além da prática médica;
- A Eutanásia na norma brasileira: no capítulo é apresentada a divergência existente entre os doutrinadores e quem realiza a prática jurídica, é apresentada a análise de diversos autores sobre o conceito da Eutanásia frente à dignidade da pessoa humana, sob a visão da Constituição Federal e do Código Penal atual.

São apresentados também alguns dos projetos de regulamentação ou proibição de sua prática no Brasil, a situação da jurisprudência pátria sobre

---

<sup>11</sup> GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1996, p. 48-51.

<sup>12</sup> RIBEIRO, Diaulas Costa. Viver bem não é viver muito. **Revista Jurídica Consulex**. n. 29, ano III, v.1, maio de 1999. Não utilizada como referência, está aqui somente como um exemplo.

<sup>13</sup> RIBEIRO, Diaulas Costa. **Eutanásia: Viver bem não é viver muito**. Disponível em: <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?id=6625>>. Acesso em: 04 abr.2010.

<sup>14</sup> Os autores dos livros e dos artigos utilizados citam os mesmos livros, que não estão disponíveis nas referidas bibliotecas para o acesso direto, o que resulta na possibilidade de muitos “apuds”.

- o assunto e breve comentário sobre a Eutanásia em outros países;
- Considerações Finais: no capítulo são apresentadas algumas opiniões do autor sobre o tema tratado neste trabalho; e,
  - Anexos: neste tópico foi colocado material sobre alguns dos pontos que o autor considera como chave para facilitar o estabelecimento da opinião do leitor sobre o tema e também justificar as opiniões que o autor apresenta no capítulo de Considerações Finais.

Deve-se lembrar que, devido à dinâmica do processo legislativo sob análise, o material apresentado está limitado até a primeira quinzena do mês de maio de 2010. Qualquer mudança que ocorra após este momento deverá ser tratada em novo trabalho.

## 2 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Toda discussão que envolva o tema morte provoca as paixões humanas, o que acaba nublando o debate sobre o tema Eutanásia. Por isto é necessária uma apresentação dos conceitos, princípios e da prática médica que envolve a discussão antes de se prosseguir no estudo.

Deve-se recordar (como já colocado na Introdução) que os pontos trabalhados neste capítulo são apresentados sem maiores discussões, servindo para situar o leitor quanto ao tema, já que o foco do trabalho não é a análise destas questões. O que pode suscitar no leitor a sensação de que os mesmos são apresentados de forma “seca” ou sem “coerência”, que falta uma coesão no texto, ou que os pontos têm um final abrupto, mas isso resulta da forma de apresentação sem maior aprofundamento, mais como uma revisão da matéria do que como uma iniciação nos diversos temas.<sup>15</sup>

### 2.1 CONCEITOS

Muito se discute acerca da Eutanásia, se a mesma é ou não legítima dentro do ordenamento brasileiro e da moral da sociedade brasileira. Mas afinal o que é Eutanásia? Qual(is) o(s) conceito(s) sobre a mesma? Existem diferenças? Sim, existem, e neste item são apresentados os principais conceitos, ou ao menos, os que são reconhecidos como os que definem de maneira geral os diversos tipos de interferência médica no processo de morte.

Outras classificações foram adicionadas no Anexo D, extraídos do trabalho de conclusão do curso de direito de Rech<sup>16</sup>, para melhor captar quão ampla é a discussão nos meios jurídicos e filosóficos sobre o tema.

---

<sup>15</sup> Deve-se lembrar também que os mesmos estão devidamente aprofundados nas obras referenciadas.

<sup>16</sup> RECH, Mário Antônio. **Eutanásia: uma análise a partir do direito positivo**. 2008. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito)-Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2008. p. 21-24.

### 2.1.1 Conceito de Eutanásia

Conforme Sá o conceito de Eutanásia foi apresentado pela primeira vez no século XVII pelo filósofo Francis Bacon, derivando do grego eu (boa) e thanatos (morte), cuja tradução pode ser “boa morte”, “morte apropriada”, morte piedosa, morte benéfica, fácil, crime caritativo, ou direito de morrer<sup>17</sup>, também conforme a mesma autora:

Nos dias atuais, a nomenclatura *Eutanásia* vem sendo utilizada como **a ação médica [grifo nosso]** que tem por finalidade abreviar a vida das pessoas. É a morte de pessoa - que se encontra em grave sofrimento decorrente de doença, sem perspectiva de melhora – produzida por médico, com o consentimento daquela. [...] É a conduta, através da ação ou omissão do médico, que emprega, ou omite, meio eficiente para produzir a morte em paciente incurável e em estado de grave sofrimento, diferente do curso natural, abreviando-lhe a vida.<sup>18</sup>

Também seguindo esta linha de raciocínio Diniz coloca que “nesta interpretação, Eutanásia converte-se em um ato de cuidado e de respeito a direitos fundamentais, em especial à autonomia, à dignidade e a ao direito de estar livre de tortura”.<sup>19</sup>

Deve-se lembrar que o conceito atual de Eutanásia baseia-se forçosamente na atividade de médico<sup>20</sup>, e não mais como no conceito original que era o da prática por qualquer pessoa. O que gerou a idéia de morte caridosa. Reprimida no artigo 121, parágrafo 1º, do Código Penal: “Se o agente comete o crime impellido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, ou juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço”.<sup>21</sup>

<sup>17</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de morrer: Eutanásia, suicídio assistido**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001. p. 66.

<sup>18</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de morrer: Eutanásia, suicídio assistido**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001. p. 66-67.

<sup>19</sup> DINIZ, Débora. Quando a morte é um ato de cuidado. In: SARMENTO, Daniel; PIOVESAN, Flávia (Coord.). **Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e Eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2007, p. 298.

<sup>20</sup> Conforme já grifado na citação de Sá.

<sup>21</sup> BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm)>. Acesso em: 04 abr. 2010.

### 2.1.2 Eutanásia ativa

Já uma definição própria para Eutanásia ativa é a espécie de Eutanásia em que se causa o falecimento do paciente, sem dor, antes do “momento natural” para se evitar o sofrimento do mesmo, decorrente do processo de morte natural ou, como se extrai de Swiderek:

A Eutanásia ativa se caracteriza no ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins misericordiosos. A Eutanásia é a morte praticada por uma pessoa sobre outra, o “enfermo”, com o fito de ver terminado o sofrimento do mesmo.

É uma forma de promover a morte antes do que se espera, por compaixão, ante o sofrimento insuportável e a incurabilidade suposta. Caracteriza-se pela preparação antecipada da morte de uma pessoa para a libertar de sofrimentos considerados inúteis, dado que a sua vida se encontra num ponto terminal e irreversível. É morte que ocorre quando se utilizam meios de intervenção direta, como uma grande dose de medicações, ou a injeção de cloreto de potássio, acarretando uma morte rápida. Equivale ao conceito de *mercy killing* da literatura anglo-saxônica.<sup>22</sup>

Também conforme Silva “consiste no ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins misericordiosos”,<sup>23</sup> ou “onde um agente externo provocaria a morte de uma pessoa em situação crítica” que se extrai de Brazil.<sup>24</sup>

### 2.1.3 Eutanásia passiva

A Eutanásia passiva, em oposição a Eutanásia ativa, se caracteriza pela omissão, e não pela ação, do médico que suspende um tratamento que não vem apresentando um resultado positivo para o paciente. Concentrando-se somente em evitar a dor e/ou sofrimento

---

<sup>22</sup> SWIDEREK, Laura. **Análise jurídico-penal da Eutanásia: em busca da morte digna**. 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Faculdade de Direito, PUCRS. 2007. p. 80.

<sup>23</sup> SILVA, João Ribeiro apud PEREIRA, Sandra Aparecida; PINHEIRO, Ana Claudia Duarte. Eutanásia. **Revista do direito público**. Londrina, v. 3, n. 3, set./dez. 2008. p. 2. Disponível em <[http://www2.uel.br/revistas/direitopub/pdfs/VOLUME\\_3/num\\_3/EUTAN%C1SIA.pdf](http://www2.uel.br/revistas/direitopub/pdfs/VOLUME_3/num_3/EUTAN%C1SIA.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2010.

<sup>24</sup> BRAZIL, Carlos. **Eutanásia em discussão - tema que envolve avaliações éticas, morais, religiosas e legais, a eutanásia entra em debate**. Disponível em <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=6645>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

do mesmo até o seu momento final<sup>25</sup>. Também é Swiderek que apresenta uma definição mais ampla do conceito:

Na Eutanásia passiva a morte do paciente ocorre ou porque não se inicia uma ação médica ou pela interrupção de uma medida extraordinária, com o objetivo de minorar o sofrimento. A Eutanásia passiva caracteriza-se pela interrupção dos cuidados médicos ou farmacológicos ao doente a fim de que a sua vida seja abreviada por si mesmo, sem se tentar por todos os meios mantê-lo vivo. Morte que ocorre devido a uma omissão que pode se dar pela não utilização de aparelhos, como o da respiração artificial ou pela mera omissão do tratamento indispensável à manutenção da vida.<sup>26</sup>

Ou como se extrai de Goldim “a morte do paciente ocorre, dentro de uma situação de terminalidade, ou porque não se inicia uma ação médica ou pela interrupção de uma medida extraordinária, com o objetivo de minorar o sofrimento”.<sup>27</sup>

#### 2.1.4 Distanásia ou Obstinação Terapêutica

Se Eutanásia conceitualmente é a antecipação da morte para evitar o sofrimento do paciente terminal, a Distanásia é o prolongamento da vida mesmo com o sofrimento deste paciente. Conforme Sá “a Distanásia, por sua vez, se dedica a prolongar ao máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte como grande e último inimigo”.<sup>28</sup> Já Pessini comenta que:

Trata-se de um neologismo de origem grega, em que o prefixo *dys* tem o significado de “ato defeituoso”. Portanto, distanásia, etimologicamente, significa prolongamento exagerado da agonia, do sofrimento e da morte de um paciente. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil e inútil, que tem como consequência uma morte medicamente lenta e prolongada, acompanhada de

---

<sup>25</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de morrer: Eutanásia, suicídio assistido**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001. p. 67.

<sup>26</sup> SWIDEREK, Laura. **Análise jurídico-penal da Eutanásia: em busca da morte digna**. 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Faculdade de Direito, PUCRS. 2007. p. 82.

<sup>27</sup> GOLDIM, José Roberto. **Tipos de Eutanásia**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutantip.htm>>. Acesso em: 24 mai.2010.

<sup>28</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de morrer: Eutanásia, suicídio assistido**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001. p. 68.

sofrimento. Com essa conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer.<sup>29</sup>

Sendo que Swiderek assim define a distanásia:

A distanásia deve ser entendida como a manutenção obstinada, precária e inútil de um paciente que vive exclusivamente às custas de meios artificiais, capazes de prolongar o mecanismo da morte e não da vida. Na Europa, é tida como “obstinação terapêutica”, enquanto que, nos Estados Unidos, é vista como “futilidade médica” (*medical futility*).<sup>30</sup>

Diniz trabalha também com o sinônimo de Distanásia, a Obstinação Terapêutica, sendo mais incisiva em sua definição: “[...] uma morte lenta e com intenso sofrimento. [...] A obstinação terapêutica se caracteriza por um excesso de medidas terapêuticas que impõem sofrimento e dor à pessoa doente, cujas ações médicas não são capazes de modificar o quadro mórbido”.<sup>31</sup>

### 2.1.5 Mistanásia ou Eutanásia Social

Mistanásia ou Eutanásia social, conforme a definição que Sá nos apresenta “é a morte miserável, fora e antes da hora”.<sup>32</sup> Criada por Martin<sup>33</sup>, a Mistanásia define a morte antes do tempo causada pela falta de assistência, incapacidade ou imperícia dos serviços públicos.<sup>34</sup>

<sup>29</sup> PESSINI, Léo. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001. p. 30.

<sup>30</sup> SWIDEREK, Laura. **Análise jurídico-penal da Eutanásia: em busca da morte digna.** 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Faculdade de Direito, PUCRS. 2007. p. 85-86.

<sup>31</sup> DINIZ, Débora. Quando a morte é um ato de cuidado. In: SARMENTO, Daniel; PIOVESAN, Flávia (Coord.). **Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e Eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos.** Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris. 2007, p. 295.

<sup>32</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de morrer: Eutanásia, suicídio assistido.** Belo Horizonte: Del Rey, 2001. p. 68.

<sup>33</sup> Conforme pesquisa Martin é considerado o criador do termo, vide GOLDIM, José Roberto. **Eutanásia.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm#mistanasia>>. Acesso em: 03 abr.2010, além de outros textos de filosofia sobre o termo mistanásia na Internet, e de SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de morrer: Eutanásia, suicídio assistido.** Belo Horizonte: Del Rey, 2001. p. 68–69.

<sup>34</sup> MARTIN, Leonard M. **A mistanásia: a “eutanásia social”.** Disponível em <<http://paginasdefilosofia.blogspot.com/2009/07/mistanasia-eutanasia-social.html>>. Acesso em: 03 abr. 2010.

Martin cria uma classificação de três subtipos mistanásicos<sup>35</sup>:

- a) De Infra-Estrutura: em que os pacientes sofrem pela falta de infra-estrutura hospitalar adequada e com leitos suficientes, não se restringindo somente aos pacientes terminais, todos padecendo enquanto vivem de dores e sofrimentos em princípio evitáveis. Caracterizam-se também pela fome, condições de moradia precárias, falta de água limpa, desemprego ou condições de trabalho massacrantes, entre outros fatores, que contribuem para espalhar a falta de saúde, ou seja, sem a devida prevenção aos fatores de risco;
- b) Imperícia ou Erro Médico: aquela em que os doentes conseguem ser admitidos como pacientes, seja em consultórios particulares, em postos de saúde ou em hospitais, para, em seguida, se tornarem vítimas de erro médico. Por deixar de tratar adequadamente a dor do paciente crônico ou terminal devido à falta de conhecimento dos avanços na área de analgesia e cuidado da dor, principalmente quando este conhecimento for de acesso relativamente fácil;
- c) Má Prática: Martin diferencia a Mistanásia por Imperícia da Mistanásia por Má prática já que esta última se caracteriza pela maldade. Segundo Martin “o erro, mesmo culposos por causa da presença dos fatores imperícia, imprudência ou negligência, é fruto da fragilidade e da fraqueza humana e não de uma intenção proposital de prejudicar alguém”. Contudo no caso da má prática esta é fruto da maldade, ocorrendo quando o médico e/ou seus associados usam a medicina para atentar contra os direitos humanos de uma pessoa, a ponto de menosprezar sua dignidade e provocar uma morte dolorosa e/ou precoce.<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> Devido Martin não ter nomeado os tipos os mesmos foram nomeados utilizando a característica principal de cada sub-tipo indicado pelo autor.

<sup>36</sup> MARTIN, Leonard M. **A mistanásia: a “eutanasia social”**. Disponível em <<http://paginasdefilosofia.blogspot.com/2009/07/mistanasia-eutanasia-social.html>>. Acesso em: 03 abr. 2010.

### 2.1.6 Suicídio assistido

Existe uma confusão entre os debatedores da validade da Eutanásia, principalmente entre os que são contrários à legalização da mesma, quanto a qual o enquadramento da Eutanásia no Código Penal atual. Ora ela é encaixada como homicídio piedoso do artigo 121, §1º, ora como suicídio assistido<sup>37</sup>, art. 122.<sup>38</sup> Contudo existem diferenças, principalmente com relação ao suicídio assistido, conforme se extrai de Swiderek:

A Eutanásia ativa diferencia-se do suicídio assistido. Na Eutanásia, o médico age ou omite-se. Dessa ação ou omissão surge diretamente a morte. No suicídio assistido, a morte não depende diretamente da ação de terceiro. Ela é consequência de uma ação do próprio paciente, que pode ter sido orientado, auxiliado ou apenas observado por esse terceiro.<sup>39</sup>

Deve-se lembrar que, apesar de ambas serem diferentes, o paciente é quem tem a vontade, ou no caso da Eutanásia normalmente o consentimento, já que é o médico que pratica a ação ou omissão eutanásica, como também nos lembra Ribeiro:

Bem próximo da eutanásia está o suicídio assistido; mas não se confundem. Nem o suicídio assistido se confunde com a indução, instigação ou auxílio ao suicídio, crime tipificado no artigo 122 do Código Penal. Na eutanásia, o médico age ou omite-se. Dessa ação ou omissão surge diretamente a morte. No suicídio assistido, a morte não depende diretamente da ação de terceiro. Ela é consequência de uma ação do próprio paciente, que pode ter sido orientado, auxiliado ou apenas observado por esse terceiro.<sup>40</sup>

---

<sup>37</sup> Não fica claro, nos diversos autores pesquisados, quando ocorre a opção por um ou por outro tipo penal. Nenhum dos autores pesquisados chega a aprofundar sobre o ponto, situação que pode ser motivada pelo que é discutido no item 3.5. Disto se pode supor que o MP, responsável pelo oferecimento da denúncia, deve se basear na questão do consentimento do paciente terminal, caso ocorra é considerado auxílio ao suicídio, caso o paciente não tenha condições de se manifestar, considerar-se-ia como homicídio piedoso.

<sup>38</sup> BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm)>. Acesso em: 04 abr. 2010.

<sup>39</sup> SWIDEREK, Laura. **Análise jurídico-penal da Eutanásia: em busca da morte digna**. 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Faculdade de Direito, PUCRS. 2007. p. 80.

<sup>40</sup> RIBEIRO, Diaulas Costa. **Eutanásia: Viver bem não é viver muito**. Disponível em: <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?id=6625>>. Acesso em: 04 abr. 2010.

Para dirimir dúvidas, Goldim afirma que o suicídio assistido “ocorre quando uma pessoa, que não consegue concretizar sozinha sua intenção de morrer, e solicita o auxílio de um outro indivíduo”.<sup>41</sup>

### 2.1.7 Ortotanásia

Tentando se estabelecer um meio termo entre os extremos da Eutanásia e da Distanásia, e eliminar o problema da visão de crime que certas correntes de pensamento filosófico e jurídico tem para com a Eutanásia, surgiu o conceito de Ortotanásia, que Pithan define como sendo “morte apropriada, correta, no tempo certo, sem cortes bruscos nem prolongamentos desproporcionais do processo de morrer”.<sup>42</sup> Ou seja, uma vez definido o estado terminal do paciente a medicina procura interferir neste processo o menos possível, já que qualquer interferência pode levar a uma antecipação ou atraso de sua morte, ambos desagradáveis para o paciente.

Vem de Martin a defesa deste processo médico, onde comenta que:

A ortotanásia permite ao doente que já entrou na fase final de sua doença, e àqueles que o cercam, enfrentar seu destino com certa tranqüilidade porque, nesta perspectiva, a morte não é uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida. Uma vez aceito este fato que a cultura ocidental moderna tende a esconder e a negar, abre-se a possibilidade de trabalhar com as pessoas a distinção entre curar e cuidar, entre manter a vida \_ quando isto for o procedimento correto \_ e permitir que a pessoa morra \_ quando sua hora chegou.<sup>43</sup>

O’Rourke também defende a Ortotanásia:

O ato de alimentar e hidratar não tem como fim curar a causa que provocará a morte, mas permitir que o organismo continue realizando sua atividade até que sobrevenha seu termo final. A menos que a demonstração desses recursos seja inútil e penosa para o enfermo ela constitui elemento fundamental para vida. Outros defendem a retirada de alimentação e hidratação, afirmando que este ato não induz a uma nova

<sup>41</sup> GOLDIM, José Roberto. **Suicídio Assistido**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/suicass.htm>>. Acesso em: 24 mai.2010.

<sup>42</sup> PITHAN, Livia Haygert. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressuscitação”**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 47.

<sup>43</sup> MARTIN, Leonard M. **Eutanásia e Distanásia**. Disponível em <[http://www.portalmedico.org.br/biblioteca\\_virtual/bioetica/ParteIIIeutanasia.htm](http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIIeutanasia.htm)>. Acesso em: 04 abr. 2010.

patologia, o que poderia caracterizar a Eutanásia, mas o que ele permite que a doença fatal siga seu curso.<sup>44</sup>

De Swiderek se extrai que “a ortotanásia, diferentemente da distanásia, é sensível ao processo de humanização da morte e alívio das dores, não incorrendo em prolongamentos abusivos com a aplicação de meios desproporcionados que imporiam sofrimentos adicionais”. Tanto que a autora afirma em seu trabalho que “**Ortotanásia é igual à Eutanásia Genuína [grifo nosso]**”.<sup>45</sup>

## 2.2 PRINCÍPIOS E/OU DIREITOS

O debate sobre a Eutanásia ser ou não crime se baseia, principalmente, da parte de quem é contrário à mesma, na questão de que o processo ou atitude eutanásica violaria uma série de princípios ou direitos do ser humano. Devido a isto, apresentam-se algumas definições para os principais princípios e direitos debatidos.

### 2.2.1 Direitos humanos

Segundo Herkenhoff, direitos humanos são "aqueles direitos fundamentais que o homem possui pelo fato de ser homem, por sua natureza humana, pela dignidade que a ela é inerente".<sup>46</sup> Já Borges apresenta o conceito de Aragão segundo o qual "os direitos em função da natureza humana, reconhecidos universalmente pelos quais indivíduos e humanidade, em

---

<sup>44</sup> O'ROURKE, 1986, p. 322 apud SWIDEREK, Laura. **Análise jurídico-penal da Eutanásia: em busca da morte digna**. 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Faculdade de Direito, PUCRS. 2007. p. 87-88.

<sup>45</sup> SWIDEREK, Laura. **Análise jurídico-penal da Eutanásia: em busca da morte digna**. 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Faculdade de Direito, PUCRS. 2007. p. 87.

<sup>46</sup> HERKENHOFF, João Batista. **Curso de Direitos Humanos**. São Paulo: Editora Acadêmica, v. I, 1994. p. 30.

geral, possam sobreviver e alcançar suas próprias realizações".<sup>47</sup> Borges também comenta que:

Os direitos humanos não são neutros, mas tomam partido da pessoa humana e buscam proteger, promover e zelar pela sua dignidade, eis que qualquer desrespeito à pessoa humana (independentemente de sua condição) significa amesquinhar, empobrecer e desrespeitar toda a humanidade, porquanto cada pessoa humana, em sua imagem, reflete toda a humanidade.<sup>48</sup>

Já Bonavides entende que quem fala de direitos humanos, esta se referindo a direitos fundamentais, e vice-versa, sendo inclusive aceitável a utilização de ambas as expressões indistintamente. Contudo enfatiza que para maior clareza e precisão se deve preferir o uso da expressão “direitos humanos”, por motivos históricos, ao se referir aos direitos da pessoa humana antes de sua constitucionalização ou positivação nos ordenamentos nacionais. Sendo que os “direitos fundamentais” designam os direitos humanos quando trasladados para os espaços normativos.<sup>49</sup>

### 2.2.2 Dignidade da pessoa humana

Miranda comenta que “o princípio da dignidade da pessoa humana tem o condão de fazer ver cogente a proteção do bem maior do indivíduo, qual seja, a sua vida; rechaçando qualquer prática que atente contra esta”.<sup>50</sup> Enquanto Costa afirma que “a dignidade humana é o valor supremo que norteia inclusive o nosso Ordenamento Jurídico”,<sup>51</sup> uma vez que o

---

<sup>47</sup> ARAGÃO, 2000, p. 105 apud BORGES, Alci Marcus Ribeiro. Direitos humanos: conceitos e preconceitos. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, n. 1248, 1 dez. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9225>>. Acesso em: 18 abr. 2010.

<sup>48</sup> BORGES, Alci Marcus Ribeiro. Direitos humanos: conceitos e preconceitos. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, n. 1248, 1 dez. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9225>>. Acesso em: 18 abr. 2010.

<sup>49</sup> BONAVIDES, Paulo. Os Direitos Humanos e a Democracia. In: SILVA, Reinaldo Pereira e (Org.). **Direitos Humanos como Educação para a Justiça**. São Paulo: LTr. 1998, p. 16.

<sup>50</sup> MIRANDA, Thiago Alves. **Eutanásia: reflexões à luz do princípio da dignidade da pessoa humana e do biodireito**. Disponível em <<http://www.webartigos.com/articles/35601/1/EUTANASIA-REFLEXOES-A-LUZ-DO-PRINCIPIO-DA-DIGNIDADE-DA-PESSOA-HUMANA-E-DO-BIODIREITO/pagina1.html>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

<sup>51</sup> COSTA, André Marques de Oliveira. Os direitos humanos: realidade ou mito. **Estado de Direito**, Porto Alegre, 2010, n. 24, ano IV, p. 8.

mesmo está declarado no artigo 1º da carta magna:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:  
[...] III - a dignidade da pessoa humana;<sup>52</sup>

Esta posição é compartilhada inclusive pelos tribunais brasileiros, caso de um agravo regimental, parte do REsp 1002335 / RS, relatado pelo ministro Luiz Fux:

STJ - AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL: AgRg no REsp 1002335 RS 2007/0257351-2  
Relator(a): Ministro LUIZ FUX  
Julgamento: 21/08/2008  
Órgão Julgador: T1 - PRIMEIRA TURMA  
Publicação: DJe 22/09/2008  
PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PELO ESTADO. DESCUMPRIMENTO DA DECISÃO JUDICIAL DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. BLOQUEIO DE VERBAS PÚBLICAS. MEDIDA EXECUTIVA. POSSIBILIDADE, IN CASU. PEQUENO VALOR. ART. 461, § 5.º, DO CPC. ROL EXEMPLIFICATIVO DE MEDIDAS. PROTEÇÃO CONSTITUCIONAL À SAÚDE, À VIDA E À DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. PRIMAZIA SOBRE PRINCÍPIOS DE DIREITO FINANCEIRO E ADMINISTRATIVO. NOVEL ENTENDIMENTO DA E. PRIMEIRA TURMA.  
[...] 5. A Constituição não é ornamental, não se resume a um museu de princípios, não é meramente um ideário; reclama efetividade real de suas normas. Destarte, na aplicação das normas constitucionais, a exegese deve partir dos princípios fundamentais, para os princípios setoriais. E, sob esse ângulo, merece destaque o princípio fundante da República que destina especial proteção a dignidade da pessoa humana<sup>53</sup>

Também conforme Miranda “a dignidade da pessoa humana se traduz pela possibilidade do indivíduo dirigir sua vida e construir sua personalidade em consonância com a sua própria consciência, desde que não violados direitos alheios”.<sup>54</sup> Já Pithan expressa sua

<sup>52</sup> BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 26 abr. 2010.

<sup>53</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo regimental no recurso especial: AgRg no REsp 1002335 RS 2007/0257351-2**, da T1 – Primeira Turma, Brasília, DF, 21 de agosto de 2008. Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/810017/agravo-regimental-no-recurso-especial-agrg-no-resp-1002335-rs-2007-0257351-2-stj>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

<sup>54</sup> MIRANDA, Thiago Alves. **Eutanásia: reflexões à luz do princípio da dignidade da pessoa humana e do biodireito**. Disponível em <<http://www.webartigos.com/articles/35601/1/EUTANASIA-REFLEXOES-A-LUZ-DO-PRINCIPIO-DA-DIGNIDADE-DA-PESSOA-HUMANA-E-DO-BIODIREITO/pagina1.html>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

opinião que “a dignidade humana consiste em um princípio ético-jurídico que contempla espaços de liberdade no respeito à solidariedade social”.<sup>55</sup>

### 2.2.3 Autodeterminação, autonomia ou a capacidade de decidir do paciente

O princípio da autonomia, da autodeterminação ou da capacidade de decisão do paciente é um dos pilares do princípio do respeito à pessoa, princípio central da bioética. Goldim apresenta o pensamento de John Stuart Mill (1806-1883), que é “sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano”. Também afirma que “uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação”, sendo que para ter autonomia o indivíduo deve ter:

- a) Liberdade (independência do controle de influências), e
- b) Ação (capacidade de ação intencional)<sup>56</sup>.

Já Clotet define que:

O princípio da autonomia, denominação mais comum pela qual é conhecido o princípio do respeito às pessoas, exige que aceitemos que elas se autogovernem ou sejam autônomas, quer na sua escolha, quer nos seus atos. O princípio da autonomia requer que o médico respeite a vontade do paciente ou do seu representante, assim como seus valores morais e crenças. Reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida e o respeito a sua intimidade. Limita, portanto, a intromissão dos outros indivíduos no mundo da pessoa que esteja em tratamento.<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> PITHAN, Livia Haygert. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressuscitação”**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 67.

<sup>56</sup> GOLDIM, José Roberto. **Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

<sup>57</sup> CLOTET, J. apud FABRO, Leonardo. **Atos de Disposição do Próprio Corpo - Limitações Jurídicas à Autonomia do Paciente**. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v7/limjuridicas.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

Em atenção a este princípio o novo Código de Ética Médica<sup>58</sup> preconiza em diversos artigos e incisos que é vedado ao médico:

[...]Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

[...]Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

[...] Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.<sup>59</sup>

Já Fabbro lembra que “não se trata de mera adesão do paciente à proposta do médico, mas permissão, licença para realização sobre seu corpo de método auxiliar de diagnóstico, terapêutico ou experimentação”.<sup>60</sup>

#### 2.2.4 Direito à saúde

O direito a saúde também é consagrado na Constituição. Dentro dos direitos sociais, no seu artigo 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”<sup>61</sup> (Redação conforme Emenda Constitucional nº 64, de 2010). E no artigo 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”<sup>62</sup>.

---

<sup>58</sup> Vide o Anexo C.

<sup>59</sup> Os artigos apresentados são exemplos, para a visão total vide o Anexo C.

<sup>60</sup> FABBRO, Leonardo. **Atos de Disposição do Próprio Corpo - Limitações Jurídicas à Autonomia do Paciente**. Disponível em <<http://www.portalmédico.org.br/revista/bio1v7/limjuridicas.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

<sup>61</sup> BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 26 abr. 2010.

<sup>62</sup> BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 26 abr. 2010.

Também é desta opinião o judiciário brasileiro, como se extrai da jurisprudência do STJ<sup>63</sup>:

[...]

4. Os direitos fundamentais à vida e à saúde são direitos subjetivos inalienáveis, constitucionalmente consagrados, cujo primado, em um Estado Democrático de Direito como o nosso, que reserva especial proteção à dignidade da pessoa humana, há de superar quaisquer espécies de restrições legais.<sup>64</sup>

Sarlet aponta que “ao Estado não se impõe apenas o direito de respeitar a vida humana [...] mas também o dever de proteger ativamente a vida humana, já que esta constitui a razão de ser da própria comunidade e do Estado, além de ser o pressuposto para a fruição de qualquer direito fundamental”.<sup>65</sup> Opinião reforçada por Schwartz “[...] a saúde é direito público subjetivo, tornando possível ao cidadão-credor exigir do Estado-devedor a devida prestação sanitária, seja por meio judicial ou administrativo, desde que o Estado não cumpra com o dever a ele imposto”.<sup>66</sup>

### 2.2.5 Direito à morte digna

Conforme já apresentado no subitem 2.2.2, Miranda afirma que “a dignidade da pessoa humana se traduz pela possibilidade do indivíduo dirigir sua vida e construir sua personalidade em consonância com a sua própria consciência, desde que não violados direitos

---

<sup>63</sup> No caso do mesmo REsp 1002335 / RS, já citado no sub-item 2.2.2.

<sup>64</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo regimental no recurso especial: AgRg no REsp 1002335 RS 2007/0257351-2**, da T1 – Primeira Turma, Brasília, DF, 21 de agosto de 2008. Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/810017/agravo-regimental-no-recurso-especial-agrg-no-resp-1002335-rs-2007-0257351-2-stj>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

<sup>65</sup> SARLET, Ingo Wolfgang apud SILVA, André Ricardo Dias da. **Entre a vida e a morte: o direito fundamental à saúde aviltado. As tutelas de urgência como salvaguarda**. Disponível em <<http://www.jurid.com.br/new/jengine.exe/cpag?p=jornaldetalhedoutrina&ID=76787>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

<sup>66</sup> SCHWARTZ, Germano apud SILVA, André Ricardo Dias da. **Entre a vida e a morte: o direito fundamental à saúde aviltado. As tutelas de urgência como salvaguarda**. Disponível em <<http://www.jurid.com.br/new/jengine.exe/cpag?p=jornaldetalhedoutrina&ID=76787>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

alheios”<sup>67</sup> e que:

O fundamento jurídico e ético do direito à morte digna é a dignidade da pessoa humana, princípio constitucional inviolável. Deste modo, deve-se estar atento para que o aferro ao pensamento de que não se pode deixar um paciente terminal ou em estado vegetativo assim permanecer, possibilita a retirada da subjetividade deste indivíduo, podendo, outrossim, atentar contra sua dignidade posto que sujeito de direito.<sup>68</sup>

Já para Swiderek a legalização da Eutanásia é importante também para o paciente, a família e a sociedade, na busca da dignidade humana também na morte, já que afirma não existirem soluções mágicas para enfrentar a morte. Resta a necessidade de se permitir ao paciente falecer com todos os cuidados e ao lado dos que o amam. Afirma também que não existe o suposto antagonismo entre o direito de viver e o direito de morrer, ambos seriam duas dimensões de um mesmo direito. Swiderek afirma que, uma vez que direito brasileiro assegura o direito de viver, e não reconhece formalmente o direito de morrer, a doutrina jurídica passou a afirmar equivocadamente que não há esse direito no Brasil. Contesta isso afirmando que “viver a vida com autonomia é um direito potestativo, que pode ser exercido sem qualquer anuência de terceiros; ninguém precisa de licença de outrem para viver a sua própria vida, principalmente em países sem pena de morte”. Contesta também a idéia de que o direito de viver seja um direito irrenunciável já que “se não fosse renunciável, não seria direito, mas dever de viver”. Segue afirmando que “não respeitar o direito de morrer, o direito à autodeterminação, é constrangimento ilegal, pode ser abuso de poder e até lesão corporal”.<sup>69</sup>

---

<sup>67</sup> MIRANDA, Thiago Alves. **Eutanásia: reflexões à luz do princípio da dignidade da pessoa humana e do biodireito**. Disponível em <<http://www.webartigos.com/articles/35601/1/EUTANASIA-REFLEXOES-A-LUZ-DO-PRINCIPIO-DA-DIGNIDADE-DA-PESSOA-HUMANA-E-DO-BIODIREITO/pagina1.html>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

<sup>68</sup> MIRANDA, Thiago Alves. **Eutanásia: reflexões à luz do princípio da dignidade da pessoa humana e do biodireito**. Disponível em <<http://www.webartigos.com/articles/35601/1/EUTANASIA-REFLEXOES-A-LUZ-DO-PRINCIPIO-DA-DIGNIDADE-DA-PESSOA-HUMANA-E-DO-BIODIREITO/pagina1.html>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

<sup>69</sup> SWIDEREK, Laura. **Análise jurídico-penal da Eutanásia: em busca da morte digna**. 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Faculdade de Direito, PUCRS. 2007. p. 133-134.

## 2.3 QUANDO MORREMOS?

Quando morremos? Ou como morremos? Uma das perguntas que assombram a humanidade desde seus primórdios, ligada ao risco e a insegurança de se viver<sup>70</sup>, que mantinha o homem sempre preocupado em chegar ao final do dia. Conforme Muto e Narloch “ela era a única certeza que tínhamos na vida. Agora, os avanços da ciência estão criando dúvidas que nunca tivemos antes e revolucionando o jeito como encaramos a morte”.<sup>71</sup> Este momento que já foi aceito de diversas formas, mas que para o estudo e análise da Eutanásia como crime ou benemerência é importante seja definido o mais precisamente possível.

Para a apresentação deste item existem poucas fontes que cubram todo o processo médico. As de origem jurídica tendem a somente apresentar definições pontuais, as médicas são excessivamente técnicas, restando o uso das fontes de jornais e revistas (um 3º ponto de vista sobre o assunto) para fornecer informações mais detalhadas, sem um aprofundamento técnico excessivo. Mesmo assim poucos textos jornalísticos apresentam um quadro geral da prática médica, necessária à pesquisa, o que resulta na utilização de poucas fontes.

### 2.3.1 Uma breve história sobre a morte

Nos últimos anos histórias como a de Trisha Marshall<sup>72</sup> ou o de Terri Schiavo<sup>73</sup> acenderam o debate sobre a morte, sobre o seu momento, sobre como a sociedade e a família

---

<sup>70</sup> Considerando a luta constante pela sobrevivência que os nossos ancestrais travavam para protegerem-se das intempéries, da fauna, da flora e de doenças.

<sup>71</sup> MUTO, Eliza; NARLOCH, Leandro. Uma nova morte. **Revista SUPER Interessante**. n. 221, dez. 2005. Disponível em <<http://super.abril.com.br/ciencia/nova-morte-446150.shtml>> Acesso em: 03 abr. 2010.

<sup>72</sup> Em 1993, a assaltante Trisha Marshall, de 28 anos, foi internada num hospital da Califórnia com um tiro na cabeça e grávida de 17 semanas. Na UTI, a falência do seu cérebro foi diagnosticada. Seguindo os padrões médicos e legais, Trisha foi considerada morta. Mas o corpo demoraria a sair do hospital. A pedido da família, os médicos optaram por mantê-lo respirando por aparelhos até que o filho nascesse. E ele nasceu. Foi dado à luz por mulher clinicamente morta havia 3 meses. (Texto extraído de MUTO, Eliza; NARLOCH, Leandro. Uma nova morte. **Revista SUPER Interessante**. n. 221, dez. 2005. Disponível em <<http://super.abril.com.br/ciencia/nova-morte-446150.shtml>> Acesso em: 03 abr. 2010).

<sup>73</sup> Theresa Marie (Terri) Schindler-Schiavo, de 41 anos, [...] teve uma parada cardíaca, em 1990 [...]. 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. [...]

convivem com a realidade da perda de um parente querido. Surgem então perguntas como: um corpo humano, em funcionamento, mesmo que sem um cérebro a guiá-lo, ainda é um ser humano vivo? Quando e exatamente como morremos?

É de Muto e Narloch que se extrai o histórico sobre a evolução do conhecimento médico quanto à definição de morte<sup>74</sup>:

- a) Em 1740, o anatomista francês Jacques-Bénigne Winslow publicou artigo levantando dúvidas sobre como comprovar que alguém estava de fato morto;
- b) Em 1785, o médico britânico William Tossach provou que um homem afogado (e dito morto) poderia ser ressuscitado ao encher seus pulmões de ar;
- c) Em 1846 começaram a ser estabelecidos os critérios para determinar o fim da vida. Naquele ano, o francês Eugene Bouchut ganhou um prêmio da Academia de Ciências de Paris pelo “melhor trabalho sobre os sinais da morte e as formas de prevenir sepultamentos prematuros”.  
Sua proposta: observar durante 10 minutos três sinais da morte – ausência da respiração, dos batimentos cardíacos e da circulação. “Essa ficou conhecida como a tríade de Bouchut e passou a ser adotada pela medicina de um modo geral”, diz Marcos de Almeida, professor de medicina legal e bioética da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Foi assim que o coração ganhou status de órgão principal da vida e sua parada, uma indicação definitiva da morte;
- d) No final do século 19 o legista Paul Brouardel verificou que o coração de pessoas decapitadas continuava a bater por até uma hora. Concluiu, então, que a morte não era uma questão de coração e pulmão, mas de sistema nervoso central. Ou seja, é impossível que um indivíduo sobreviva sem cabeça, ainda que seu coração funcione. A observação de dano ao sistema nervoso central foi somada à tríade: se, sob um forte feixe de luz, a pupila estiver dilatada, quer dizer que as funções neurológicas não existem mais. É sinal de morte;
- e) O batimento cardíaco deixa de servir como critério de vida nos anos 50, com a fabricação dos respiradores artificiais. Em 1964, o Bird Mark 7 fica famoso

---

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. (Texto extraído de GOLDIM, José Roberto. **Caso Terri Schiavo Retirada de Tratamento**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/terri.htm>>. Acesso em: 09 abr. 2010).

<sup>74</sup> Versão adaptada do original.

por ser o primeiro produzido em larga escala. Ele reduziu a mortalidade de recém-nascidos de 70% para 10% e foi o primeiro passo para a criação das Unidades de Terapia Intensiva, as UTIs, concluídas na década de 1970 com equipamentos que reproduzem a função de órgãos. Aparelhos de diálise substituíram os rins, aspiradores deram conta das secreções. As batidas do coração passaram a ser controladas por estímulos elétricos do marcapasso e reanimadas pelo desfibrilador.

“Os médicos se deram conta de que poderiam manter quase indefinidamente os pacientes com os aparelhos”, diz Marcos de Almeida. Sabia-se também que quem tivesse danos irreversíveis no cérebro ficaria para sempre na cama, inconsciente e dependente das máquinas;

- f) Em 1957, um grupo de médicos franceses foi ao Vaticano pedir ajuda. O papa Pio 12 respondeu três dias depois. “A morte não é território da Igreja”, afirmou no texto *O Prolongamento da Vida*. “Cabe aos médicos dar sua definição”;
- g) Em 1968, um comitê foi formado na Universidade de Harvard para estabelecer critérios mínimos de morte. O grupo determinou que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte total. Existe um ponto a partir do qual a destruição das células do tronco cerebral é de tal ordem que o indivíduo não tem mais como se recuperar. Esse momento engloba toda a atividade encefálica, não apenas lesões que deixam uma pessoa em coma ou inconsciente para sempre. Desde então, o padrão de Harvard vem sendo adotado pela maioria dos países, inclusive o Brasil.<sup>75/76/77</sup>

---

<sup>75</sup> Apesar de já existirem trabalhos, como o de Coimbra, que contestam estas conclusões. Referido autor aponta inclusive a possibilidade de recuperação do paciente que tem a “morte cerebral” determinada pelo procedimento prescrito pelo comitê de Harvard (COIMBRA, Cícero Galli. *Morte Encefálica. Departamento de Neurologia e Neurocirurgia - Disciplina de Neurologia Experimental*. Disponível em <<http://www.unifesp.br/dneuro/mortencefalica.php>>. Acesso em: 08 junho. 2010).

<sup>76</sup> Vide o Anexo A.

<sup>77</sup> MUTO, Eliza; NARLOCH, Leandro. Uma nova morte. *Revista SUPER Interessante*. n. 221, dez. 2005. Disponível em <<http://super.abril.com.br/ciencia/nova-morte-446150.shtml>> Acesso em: 03 abr. 2010. Com adaptações.

### 2.3.2 A definição médica

Para se entender o processo de morte, sempre se enfatizando a discussão da Eutanásia, é necessário que se estabeleçam duas definições: quem é ou o que define quando um paciente pode ser declarado “terminal” e quando alguém pode ter declarado a sua morte clínica, ou médica.

#### 2.3.2.1 Quem ou o que é o paciente terminal?

Conforme Gutierrez o paciente terminal passa a ser assim definido “[...] quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O paciente se torna ‘irrecuperável’ e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar”. Gutierrez também afirma que os estudos na literatura que tentam estabelecer índices de prognóstico e de qualidade de vida têm falhas por descrever melhor aspectos populacionais e epidemiológicos, perdendo a especificidade quando aplicados em nível individual. Fica-se com a discussão deste conceito caso a caso sendo que “um paciente é terminal em um contexto particular de possibilidades reais e de posições pessoais, sejam de seu médico, sua família e próprias”.<sup>78</sup>

Contudo Gutierrez afirma também que:

É evidente que alguns critérios podem tornar este momento menos impreciso, entre eles os clínicos (exames laboratoriais, de imagens, funcionais, anatomopatológicos), os dados da experiência que a equipe envolvida tem acerca das possibilidades de evolução de casos semelhantes, os critérios que levam em conta as condições pessoais do paciente (sinais de contacto ou não com o exterior, respostas ao meio, à dor), a intuição dos profissionais (suas vivências e experiências semelhantes).<sup>79</sup>

---

<sup>78</sup> GUTIERREZ, Pilar L. O que é o paciente terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, jun. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 abr. 2010.

<sup>79</sup> GUTIERREZ, Pilar L. O que é o paciente terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, jun. 2001. Disponível em:

Por outro lado Goldim é direto ao afirmar que o paciente terminal “é aquele que vai morrer num período relativamente curto de tempo, de 3 a 6 meses, independentemente das ações médicas que são colocadas em prática”.<sup>80</sup>

### 2.3.2.2 Quando é declarada a morte clínica

Sob o ponto de vista jurídico e médico<sup>81</sup> também é necessário que se defina o momento efetivo da morte, quando não existe mais nada a fazer a não ser providenciar os ritos funerais e talvez, se possível, determinar a viabilidade da doação de órgãos para transplantes<sup>82</sup>. Apresenta-se um roteiro, criado a partir de um exemplo descrito por Muto e Narloch<sup>83</sup>, que melhor explica os passos que a resolução CFM 1.480/97 e a Lei 9.494/97 prescrevem para a definição de quando alguém é declarado “oficialmente morto”. Para cada resposta negativa passa-se para o exame seguinte, até que se declara a morte encefálica do paciente:

- a) O neurocirurgião, único autorizado a emitir o laudo de morte encefálica, começa a buscar algum reflexo cerebral com o primeiro exame que consiste no teste da sensibilidade das pupilas, seguido de uma puxada suave do tubo de respiração do paciente. Em pessoas com o cérebro ativo, essa ação provoca tosse ou vômitos;
- b) Em caso negativo o médico faz o assim chamado teste dos “olhos de boneca”, virando a cabeça para o lado para ver se os olhos acompanham o movimento ou ficam parados, como se fossem de brinquedo;

---

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 abr. 2010.

<sup>80</sup> GOLDIM, José Roberto. **Paciente Terminal**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/pacterm.htm>>. Acesso em: 24 mai. 2010.

<sup>81</sup> Regulado pela resolução CFM 1.480/97, vide o Anexo A.

<sup>82</sup> Cujas previsões legais encontram-se definidas na Lei 9.494 de 1997, vide BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 fevereiro de 1997. Lei dos Transplantes. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9434.htm>>. Acesso em: 27 abr. 2010.

<sup>83</sup> MUTO, Eliza; NARLOCH, Leandro. Uma nova morte. **Revista SUPER Interessante**. n. 221, dez. 2005. Disponível em <<http://super.abril.com.br/ciencia/nova-morte-446150.shtml>> Acesso em: 03 abr. 2010.

- c) O exame seguinte é a colocação de soro gelado em um dos ouvidos do paciente. Se os olhos desviarem para o lado contrário da água, ainda existe algum sinal de vida cerebral;
- d) Continuando passa-se ao teste de apnéia: o médico desconecta o ventilador que mantém a respiração para ver se há tentativa de buscar ar por conta própria. Se a taxa de oxigênio no sangue começa a baixar, os médicos rapidamente reconectam o aparelho. Mas certos de que o tronco encefálico, responsável pelo ato involuntário da respiração, não funciona mais;
- e) Para confirmar o resultado do exame de apnéia são necessários exames toxicológicos: é preciso ter certeza que o sistema nervoso não está em pane pela ingestão de álcool, barbitúricos ou analgésicos;
- f) Também é feita uma angiografia, a radiografia de 4 vasos cerebrais em busca de algum fluxo sanguíneo.<sup>84</sup>

Pela lei brasileira o procedimento deve ser repetido, para adultos, pelo menos 6 horas depois<sup>85</sup>. Em caso de repetição do resultado o paciente tem a morte cerebral declarada e iniciam-se os procedimentos para uma eventual doação de órgãos. No caso da doação não ser autorizada ou após a remoção dos órgãos para doação é que os aparelhos que mantinham o paciente vivo são finalmente desligados.

---

<sup>84</sup> MUTO, Eliza; NARLOCH, Leandro. Uma nova morte. **Revista SUPER Interessante**. n. 221, dez. 2005. Disponível em <<http://super.abril.com.br/ciencia/nova-morte-446150.shtml>> Acesso em: 03 abr. 2010. Com modificações.

<sup>85</sup> No caso para crianças e adolescentes o procedimento é reduzido, vide o Anexo A.

### 2.3.2.2.1 *O longo caminho da morte*

Também de Muto e Narloch se pode obter um resumo das etapas finais, após a declaração de morte do paciente e, no caso, quando não se retiram órgãos para transplante<sup>86</sup>:

1) Morte do cérebro

Se o sangue deixar de fluir no cérebro por mais de 4 minutos, os neurônios do córtex param de funcionar e a pessoa deixa de sentir e pensar. Depois, o tronco cerebral entra em pane. Sem ele, cessam os movimentos involuntários do corpo – principalmente a respiração.

2) O coração pára

Com ajuda de um respirador, o coração pode ser mantido batendo e o sangue circulando. E apesar de clinicamente morto, o paciente pode suar e reagir a cortes. Mas se os aparelhos forem retirados, coração e respiração param.

3) As células estancam

O sangue pára de circular e as células deixam de se reproduzir. Cabelo, barba e unhas interrompem o crescimento.

4) O fim dos órgãos

Com o fim da circulação, o sangue começa a coagular nos órgãos e tecidos, deixando-os inviáveis para transplantes. Algumas exceções: as córneas, que podem ser retiradas até 3 horas, e os ossos, que resistem até 6 horas após o fim da respiração.

5) O cadáver

Cerca de 3 horas após a parada cardíaca, o corpo toma o aspecto conhecido como morte. O fim da circulação deixa a pele pálida. O sangue estaciona, produzindo a rigidez cadavérica, que começa no pescoço e termina nos pés. O calor do corpo cai cerca de 1°C por hora, até ser regulado pela temperatura ambiente.

6) O esqueleto

O corpo começa a se comportar como um objeto físico. A membrana das células não funciona mais e o cadáver começa a perder água. Dezoito horas depois da parada cardíaca, as bactérias começam a decompor o cadáver e iniciam a putrefação. Depois de 8 semanas, resta apenas o esqueleto.<sup>87</sup>

---

<sup>86</sup> Uma vez que o processo completo, a partir da morte do cérebro, é suspenso pelo uso de máquinas, que mantém o corpo funcionando até a retirada dos órgãos “transplantáveis”.

<sup>87</sup> MUTO, Eliza; NARLOCH, Leandro. Uma nova morte. **Revista SUPER Interessante**. n. 221, dez. 2005. Disponível em <<http://super.abril.com.br/ciencia/nova-morte-446150.shtml>> Acesso em: 03 abr. 2010.



Figura 1 – O passo a passo do desligamento do cérebro

Fonte: LOPES, Adriana Dias. **Especial – Coma. O dia em que morri**. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/170310/coma-dia-em-que-morri-p-110.shtml>>. Acesso em: 24 mar. 2010.

### 2.3.2.3 O coma

Extrai-se de Lopes uma definição de coma, derivada da palavra grega *kóme*, coma pode significar “sono profundo”.<sup>88</sup> Conforme o Manual Merck – Biblioteca Médica On-line “o coma é um estado semelhante à anestesia ou ao sono profundo, caracterizado por não se poder despertar a pessoa. Num estado de coma profundo podem estar ausentes inclusive os

<sup>88</sup> LOPES, Adriana Dias. **Especial – Coma. O dia em que morri**. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/170310/coma-dia-em-que-morri-p-110.shtml>>. Acesso em: 24 mar. 2010.

reflexos de esquiva primitivos, como os que se verificam face à dor”.<sup>89</sup> Extrai-se de Lopes que o coma ou estado de coma se caracteriza pela incapacidade do paciente de reagir ao meio ambiente que o cerca, ele não fala, não escuta, não sente cheiros, não reage a estímulos nem expressa emoções da maneira como se espera de um ser humano.<sup>90</sup> Também segundo o Manual Merck “a alteração rápida de um estado de consciência é uma urgência médica que requer atenção e tratamentos imediatos. Para poder instaurar um tratamento eficaz é imprescindível estabelecer o diagnóstico, embora nem sempre possa fazer-se rapidamente”.<sup>91</sup>

Segundo o National Institute of Neurological Disorders and Stroke:

O prognóstico para coma e estado vegetativo persistente depende da causa, gravidade e local do dano neurológico. Indivíduos podem emergir do coma com uma combinação de dificuldades físicas, intelectuais e psicológicas que precisam de atenção especial. A recuperação geralmente ocorre gradualmente. Algumas pessoas nunca progredem acima de respostas bastante básicas, mas podem recuperar a consciência plena. Indivíduos recuperando-se do coma precisam de supervisão médica próxima. O coma raramente dura mais do que 2 a 4 semanas. Alguns pacientes podem recuperar um grau de consciência após o estado vegetativo persistente. Outros podem permanecer no estado vegetativo persistente por anos ou até décadas. A causa mais comum de morte de pessoas em estado vegetativo permanente é infecção, como por exemplo, pneumonia.<sup>92</sup>

Mesmo assim o coma, que para muitos define o início do fim, é para outros somente uma pausa entre duas vidas (a antes e a depois do evento causador do mesmo). Este mesmo estado clínico tem tido fantástica evolução no seu tratamento, possibilitando prognósticos cada vez melhores por parte da medicina, conforme também comenta Lopes:

A criação de aparelhos que flagram o cérebro em plena atividade e os avanços na compreensão do funcionamento cerebral vem revolucionando os conhecimentos sobre o coma. Hoje a maioria das pessoas consegue sair do estado de vazio absoluto e os médicos pensam até na possibilidade de recuperar pacientes em estado vegetativo.<sup>93</sup>

---

<sup>89</sup> Merck & Co., Inc. **MANUAL MERCK – Biblioteca On-line**. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?id=103>>. Acesso em: 28 abr. 2010.

<sup>90</sup> LOPES, Adriana Dias. **Especial – Coma. O dia em que morri**. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/170310/coma-dia-em-que-morri-p-110.shtml>>. Acesso em: 24 mar. 2010.

<sup>91</sup> Merck & Co., Inc. **MANUAL MERCK – Biblioteca On-line**. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?id=103>>. Acesso em: 28 abr. 2010.

<sup>92</sup> National Institute of Neurological Disorders and Stroke. **Coma e Estado Vegetativo Persistente**. Tradução Helio Augusto Ferreira Fontes Disponível em: <<http://www.copacabanarunners.net/coma.html>>. Acesso em: 28 abr. 2010.

<sup>93</sup> LOPES, Adriana Dias. **Especial – Coma. O dia em que morri**. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/170310/coma-dia-em-que-morri-p-110.shtml>>. Acesso em: 24 mar. 2010.

Lopes apresenta também algumas estatísticas e a evolução no tratamento do coma. Informa que a cada hora em média 400 pessoas entram em coma no Brasil, devido aos mais diversos motivos, de acidentes de carro a derrames e infartos, de intoxicação pelo excesso de medicamentos, álcool ou drogas a casos de aneurisma. Destes vinte por cento morrem, dos restantes setenta por cento conseguem se recuperar. Os 10% restantes evoluem para o chamado coma crônico, ou estado vegetativo. Estes pacientes representam um grande desafio para os especialistas envolvidos no tratamento do coma, já que possuem normalmente lesões superiores a 80% do córtex cerebral, a região onde se forma a consciência, eles não apresentam chance de cura. A grande maioria depende de mecanismos artificiais de sustentação da vida, como o respirador e as sondas de alimentação e que atualmente, os cuidados médicos se resumem a tentar garantir o bem-estar do paciente – como evitar a formação de escaras<sup>94</sup>. Quando o assunto é o coma agudo, aquele em que pelo menos 50% do córtex cerebral está comprometido, as conquistas da medicina são espetaculares. Hoje, em 100 pacientes, 21 saem do coma sem nenhuma seqüela – nos anos 80, a proporção não chegava à metade disso.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> Escara. Definição: eskhara -- Crosta, geralmente de cor escura, que resulta da mortificação ou a perda de vitalidade de uma parte viva afetados com gangrena, ou profundamente queimado. Disponível em: <<http://saludbio.com/pt/escara-defini%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 30 jun. 2010.

<sup>95</sup> LOPES, Adriana Dias. **Especial – Coma. O dia em que morri**. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/170310/coma-dia-em-que-morri-p-110.shtml>>. Acesso em: 24 mar. 2010.

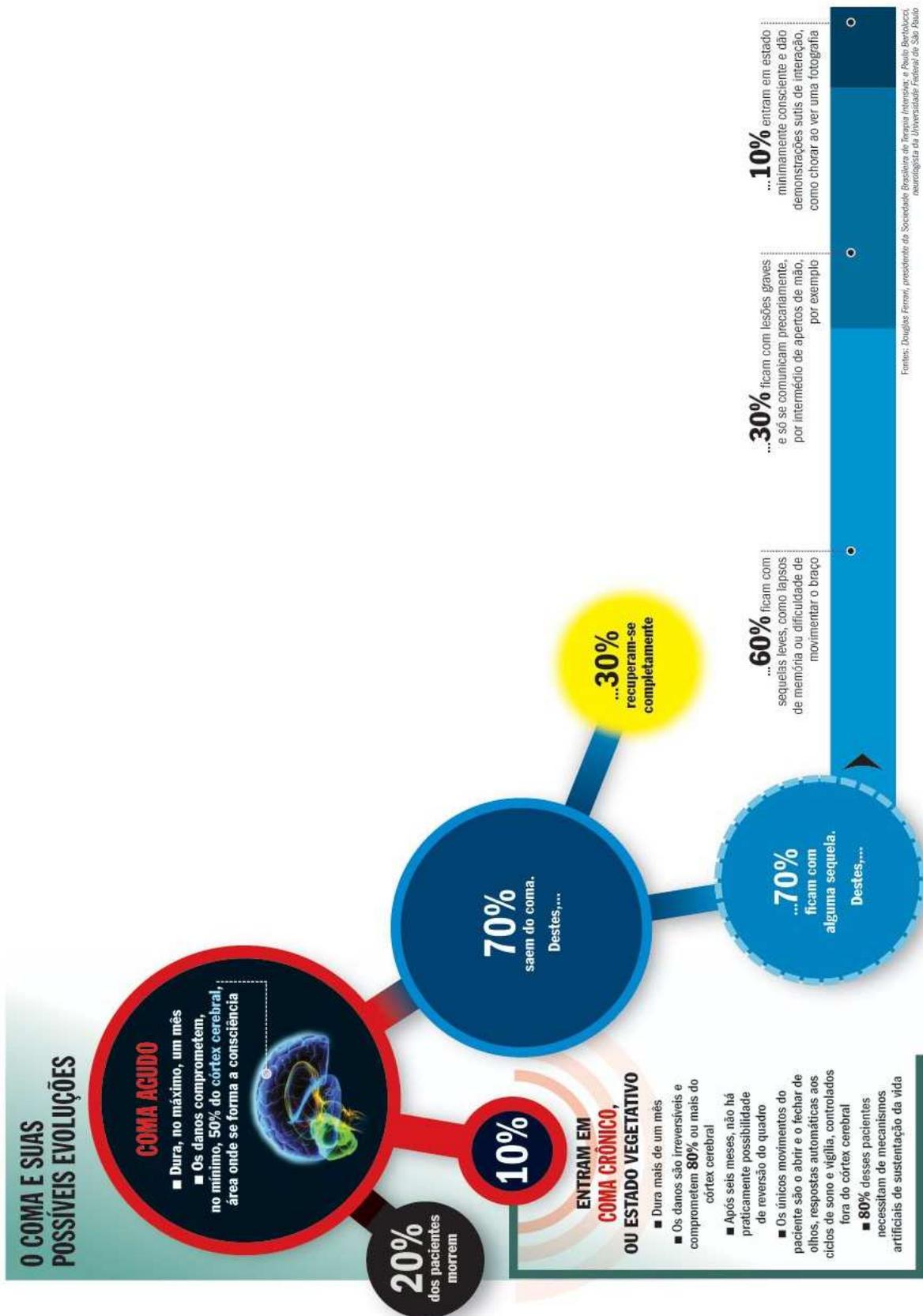


Figura 2 – O Coma e suas possíveis evoluções

Fonte: LOPES, Adriana Dias. **Especial – Coma. O dia em que morri**. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/170310/coma-dia-em-que-morri-p-110.shtml>>. Acesso em: 24 mar. 2010.

Também em Lopes se podem extrair alguns comentários sobre uma experiência recente que supostamente permitiria abrir as portas para um contato com o paciente em estado comatoso, sendo que isto no futuro permitiria trazer para o mesmo a possibilidade de decidir sobre o próprio tratamento (incluindo as variações eutanásicas ou distanásicas). Trata-se de um estudo publicado recentemente na revista científica americana *The New England Journal of Medicine* em que pesquisadores ingleses e belgas testemunharam a reação de um rapaz de 22 anos, em estado vegetativo, a estímulos verbais. A pesquisa trabalhou com outros 22 pacientes em condições semelhantes. A cada um deles, foi pedido ao pé do ouvido que se imaginasse praticando um esporte e andando pelos cômodos de sua casa. Enquanto as situações eram expostas verbalmente a esses doentes em estado vegetativo, uma máquina de ressonância magnética funcional rastreava-lhes a atividade neural. Quatro deles deram sinais de que compreendiam o estímulo. A reação do rapaz de 22 anos pode ter sido uma manifestação isolada – uma experiência única. Além disso, o número de pacientes que responderam ao primeiro estímulo é muito reduzido – quatro, apenas, em 23. Contudo o pesquisador chefe, Owen, declarou a revista VEJA que "confirmada em um grupo maior de doentes, a nossa descoberta poderá despertar o interesse dos médicos em estimular a atividade cerebral desses pacientes, na tentativa de tirá-los do estado vegetativo".<sup>96</sup>

### 2.3.2.3.1 *Os diferentes estágios do coma*

Para a medicina conseguir os avanços atuais no tratamento do coma teve de entender os diferentes estágios que o mesmo pode apresentar. Sendo que quanto mais leve o nível ou estado de coma, maior a possibilidade de sucesso na sua recuperação.

A definição dos diferentes estágios foi extraída de Muto e Narloch.

#### Estado de Coma

A inconsciência é causada por danos na substância reticular ativadora, que regula nosso despertar. São os neurônios dessa substância que nos fazem acordar com toques ou ruídos. Em tipos leves de coma, a pessoa fica agitada, suando, emitindo grunhidos e tem delírios.

---

<sup>96</sup> LOPES, Adriana Dias. **Especial – Coma. O dia em que morri**. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/170310/coma-dia-em-que-morri-p-110.shtml>>. Acesso em: 24 mar. 2010. Texto extraído com modificações.

**Coma profundo**

Nesse estágio, nem mesmo estímulos dolorosos afetam o organismo. Dependendo da lesão, o paciente pode até manter sentidos, como a audição, mas dificilmente entenderá o que ouve.

**Estado vegetativo**

O paciente tem danificado o córtex, a “casca” do cérebro, região responsável pelo raciocínio, movimentos voluntários e sentidos. Não voltará a sentir, ter memória ou consciência de si, mas a atividade automática do corpo continua normal. Os olhos mantêm-se abertos, há respiração e até choro involuntário. A americana Terri Schiavo ficou assim durante 15 anos.

**Coma irreversível**

É causado por lesões encefálicas irrecuperáveis. Danifica movimentos voluntários e o funcionamento automático do corpo, que não recebe mais ordens para fazer funcionar atividades vitais, como a respiração. Nesse caso, a pessoa viverá para sempre sem consciência e com a ajuda de respiradores artificiais. Trata-se do que hoje se conhece como “morte cerebral”.

**Pseudocoma**

Tetraplégico e com paralisia de movimentos da faringe e da face, o paciente consegue apenas abrir as pálpebras e mover os olhos. Mas permanece acordado e em plena consciência, com a substância reticular ativadora intacta. Conhecido também como “síndrome de encarceramento”.<sup>97</sup>

### 2.3.3 Eutanásia, uma prática habitual?

Conforme obtido de uma reportagem publicada na Folha de São Paulo em 22 de fevereiro de 2005<sup>98</sup> se pode avaliar a importância da mudança na lei sobre os crimes que envolvem a Eutanásia, para a atividade médica. A reportagem informa que o procedimento, confirmado por dezesseis médicos ouvidos pelo jornal, é comum, inclusive que consideram a Eutanásia como uma forma de abreviar o sofrimento dos pacientes e dos familiares, apesar de que também é realizado por razões econômicas e de falta de estrutura em UTIs.

Como atesta o novo Código de Ética Médica<sup>99</sup> a Eutanásia, na sua variação Ortotanásia, é aceita pela maioria da classe médica, apesar de que da mesma maneira que a

<sup>97</sup> MUTO, Eliza; NARLOCH, Leandro. Uma nova morte. **Revista SUPER Interessante**. n. 221, dez. 2005. Disponível em <<http://super.abril.com.br/ciencia/nova-morte-446150.shtml>> Acesso em: 03 abr. 2010.

<sup>98</sup> COLLUCCI, Cláudia; LEITE, Fabiane; GOIS, Antônio. **Médicos revelam que Eutanásia é prática habitual em UTIs do país**. FOLHA DE SÃO PAULO, Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u105876.shtml>>. Acesso em: 13 abr. 2010.

<sup>99</sup> Vide o Anexo C.

Resolução CFM 1.805/2006<sup>100</sup> pode enfrentar oposição na justiça (a resolução teve sua vigência suspensa, vide item 3.5).

"Vamos deixá-lo descansar". É a maneira que o médico infectologista Caio Rosenthal, um dos conhecidos defensores da Eutanásia, informa a família quando não há mais recursos de tratamento. Segundo o patologista Marcos de Almeida, é freqüentemente utilizado um coquetel de sedativos batizado de M1. "É feito de monte. O doente está em fase terminal, não se beneficia mais com a analgesia, o médico vai e aumenta a dose de sedação. Isso tem um efeito tóxico e vai levar o paciente à morte". Segundo Marco Segre, professor de ética da Faculdade de Medicina da USP, a tendência é de aceitação da Eutanásia em situações de doenças incuráveis. "A tendência é de não manter a vida a todo custo. Mas não podemos ir contra a lei", afirma Segre.<sup>101</sup>

### 2.3.4 O novo código de ética médica

Em 13 de abril de 2010 entrou em vigor um novo Código de Ética Médica<sup>102</sup> que dentre outros pontos reforça a visão do caráter antiético da Distanásia, entendida como o prolongamento artificial do processo de morte, com sofrimento do doente, sem perspectiva de cura ou melhora. Destaca também o conceito de cuidado paliativo. Os incisos que tratam do assunto Eutanásia/Distanásia e de assuntos correlacionados aos direitos de informação e de escolha de tratamento pelo paciente são os seguintes:

Capítulo I  
PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS  
[...]  
VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

---

<sup>100</sup> Vide o Anexo B.

<sup>101</sup> Extraído de COLLUCCI, Cláudia; LEITE, Fabiane; GOIS, Antônio. **Médicos revelam que Eutanásia é prática habitual em UTIs do país**. FOLHA DE SÃO PAULO, Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u105876.shtml>>. Acesso em: 13 abr. 2010, com modificações.

<sup>102</sup> Vide o Anexo C.

[...]

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

[...]

#### Capítulo IV DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

[...]

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

[...]

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

#### Capítulo V

#### RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

[...]

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

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

[...]

#### Capítulo VI DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

É vedado ao médico:

Art. 43. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

[...]

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.<sup>103</sup>

Já Roberto Luiz d’Avila, presidente do CFM, enfatiza as mudanças que o novo Código de Ética traz para a atividade médica, e no caso, confirma a maneira como os médicos deverão tratar a fase “terminal” de seus pacientes<sup>104</sup>:

Todas as profissões estão submetidas a controle da conduta moral de quem as exerce, com base em código de comportamento ético-profissional e mecanismos de fiscalização. São regras que explicitam direitos e deveres.

[...]

Com isso, o novo Código de Ética Médica se estabelece também como indutor de transformações no campo da política, sem, contudo, negar sua principal contribuição para a sociedade: **o reforço à autonomia do paciente. Ou seja, aquele que recebe atenção e cuidado passa a ter o direito de recusar ou escolher seu tratamento [grifo nosso]**. Tal aperfeiçoamento corrige a falha histórica que deu ao médico um papel paternalista e autoritário nessa relação, fazendo-a progredir rumo à cooperação – abordagem sempre preocupada em assegurar a beneficência das ações profissionais em acordo com o interesse do paciente.

[...]

**Subordinado à Constituição Federal e à legislação brasileira, o novo Código reafirma os direitos dos pacientes, a necessidade de informar e proteger a população assistida [grifo nosso]**. Buscou-se um Código justo, pois a medicina deve equilibrar-se entre estar a serviço do paciente, da saúde pública e do bem-estar da sociedade. **O imperativo é a harmonização entre os princípios das autonomias do médico e do paciente [grifo nosso]**.

[...]

**Entre outros momentos, isso se materializará na tomada de decisões profissionais, quando, de acordo com os ditames de sua consciência e as previsões legais, o médico aceitar as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos propostos. E também na proibição de que deixe de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em iminente risco de morte [grifo nosso]**. As inovações estendem-se ao nível de se recomendar a obtenção do assentimento de menor de idade em qualquer ato médico a ser realizado, pois a criança tem o direito de saber o que será feito com o seu corpo, e à possibilidade de recusa de pacientes terminais a tratamentos considerados excessivos e inúteis.[grifo nosso]<sup>105</sup>

---

<sup>103</sup> Vide o Anexo C.

<sup>104</sup> Não que o CFM já não tivesse se posicionado sobre o tema, vide o Anexo B.

<sup>105</sup> D’AVILA, Roberto Luiz. **Um novo código para um novo tempo**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/artigos/artigo.asp?id=1152>>. Acesso em: 12 abr.2010.

O posicionamento em favor da Ortotanásia<sup>106</sup> vem indicar a mudança na visão da medicina. Se sai da obrigação de resultado (a cura) e se passa a enfatizar o meio, a técnica, o tratamento, ou ao menos os recursos paliativos que mesmo sendo limitados, ao menos permitem a diminuição do sofrimento do paciente e de seus familiares, no caso pela Ortotanásia.

---

<sup>106</sup> Que transparece da leitura do Código de Ética e do artigo do presidente do CFM.

### 3 A EUTANÁSIA NA VISÃO DO DIREITO

A Eutanásia, como já apontado no item 2.2, tem gerado sérios debates quanto a sua aceitação e legalidade, principalmente em virtude do aparente conflito, existente na interpretação que se dá aos direitos “ameaçados”. Existe também a interpretação que se dá à Lei brasileira, notadamente do Código Penal, pelos operadores do direito. Operadores que consideram a Eutanásia crime. Curiosamente sobre a Distanásia, que é considerada pelo Biodireito como tortura, não existe tanto debate, já que ao se vedar a Eutanásia se está praticamente impondo a Distanásia como a única alternativa legal.

Buscando resolver este conflito de interpretação os operadores do direito (sob pressão da realidade médica) tentam se posicionar e definir de uma vez, se afinal a Eutanásia é legalizável ou não (através dos legisladores), alterando o Código Penal atual.

Neste capítulo se apresentam às visões opostas deste conflito, retoma-se uma análise da Eutanásia sob a ótica da Constituição Federal, os projetos de alteração do Código Penal vigente, jurisprudências e legislação internacional comparada sobre o tema.

#### 3.1 VISÕES OPOSTAS NA REGULAMENTAÇÃO DA EUTANÁSIA

A legalização da Eutanásia não é nem poderia ser uma unanimidade. Existem opositores em diversos setores da sociedade, notadamente nos de viés “espiritual”<sup>107</sup> ou espiritualista como, por exemplo, a Igreja Católica<sup>108</sup>. Estes opositores receiam que ocorra a generalização do procedimento por razões as mais variadas e a comercialização de órgãos. Neste item se apresentam estas visões, favoráveis ou não, procurando não pender para nenhum dos lados. Deve-se lembrar também que estas opiniões são de pessoas das mais diversas áreas da sociedade, não necessariamente ligadas a atividade jurídica.

---

<sup>107</sup> Que consideram a vida como algo divino e, portanto, algo em que somente Deus pode interferir.

<sup>108</sup> Mesmo que mesma já tenha aceitado uma das variações da Eutanásia, sem confirmar isto explicitamente, como se mostrará no decorrer deste item.

As posições favoráveis a regulamentação da Eutanásia aparecem praticamente em todo o capítulo anterior, em que autores como Sá<sup>109</sup>, Diniz<sup>110</sup>, Möller<sup>111</sup>, Pithan<sup>112</sup>, Ribeiro<sup>113</sup>, dentre outros citados, defendem em seus textos a sua regulamentação, ora abertamente, ora mais pelo direcionamento que tomaram na apresentação do conteúdo apresentado. Utilizam em sua defesa principalmente a visão do Biodireito, que combate à “tortura”, que seria imposta ao paciente e seus familiares pela continuidade “sem sentido” e com “sofrimento” da vida através da Distanásia médica. Posição favorável também, ao menos pela variedade Ortotanásia, já era assumida pelo CFM quando divulgou a Resolução 1.805/2006<sup>114</sup>, confirmada agora no novo Código de Ética Médica.<sup>115</sup>

Já Bizatto é categórico em sua defesa da Eutanásia, afirmando existir uma incongruência da legislação penal atual, colocando que “pela Lei, o ser humano poder tirar a vida de um outro ser humano que injustamente lhe agredira, mas está proibido de sentir compaixão pelos seus semelhantes”.<sup>116</sup> Zaidhaft lembra que a “Eutanásia é um nome simbolicamente carregado e com uma conotação quase criminosa”, sofrendo de preconceito devido a fatos ocorridos durante a Segunda Guerra Mundial, quando ocorreram o extermínio de judeus, ciganos, homossexuais e deficientes mentais, realizado pelos nazistas. Zaidhaft lembra também que “o nome eutanásia, na verdade, ficou restrito a qualquer procedimento direto ou indireto, ativo ou passivo que propicie um término de vida para alguém que está num processo de morrer, que será levado à morte em um tempo relativamente curto”.<sup>117</sup>

---

<sup>109</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de morrer: Eutanásia, suicídio assistido**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

<sup>110</sup> DINIZ, Débora. Quando a morte é um ato de cuidado. In: SARMENTO, Daniel; PIOVESAN, Flávia (Coord.). **Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e Eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2007, p. 295-307.

<sup>111</sup> MÖLLER, Letícia Ludwig. **Direito à morte com dignidade e autonomia**. Curitiba: Juruá, 2008.

<sup>112</sup> PITHAN, Livia Haygert. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressuscitação”**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

<sup>113</sup> RIBEIRO, Diaulas Costa. **Eutanásia: Viver bem não é viver muito**. Disponível em: <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?id=6625>>. Acesso em: 04 abr.2010.

<sup>114</sup> Com vigência suspensa, vide item 3.5.

<sup>115</sup> Vide o Anexo C.

<sup>116</sup> BIZZATTO apud ROSA, Isaac Peixoto Costa. **A Eutanásia No Direito Brasileiro**. Disponível em <<http://www.webartigos.com/articles/1783/1/A-Eutanasia-No-Direito-Brasileiro/pagina1.html>>. Acesso em: 30 abr. 2010.

<sup>117</sup> ZAIIDHAFT, Sérgio apud BRAZIL, Carlos. **Eutanásia em discussão - tema que envolve avaliações éticas, morais, religiosas e legais, a eutanásia entra em debate**. Disponível em <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=6645>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

O jurista Ives Gandra da Silva Martins considera que desligar os aparelhos que mantém uma pessoa viva não é crime, "o homem não tem o direito de tirar a vida do seu semelhante. Mas desligar aparelhos não é matar. Não há polêmica porque não há choque nenhum com o direito canônico ou o direito natural. O direito à vida é se manter vivo com os próprios meios"<sup>118</sup>, e explica essa afirmação nos seguintes termos:

Quando a pessoa não tem condições de viver pelos meios naturais, quando seus órgãos não conseguem funcionar sem a ajuda de aparelhos, desligar esses aparelhos não é eutanásia, pois está-se mantendo a vida artificialmente. Um médico desligar os aparelhos de uma pessoa que é completamente dependente deles para sobreviver, que está em coma profundo, por exemplo, ou seus órgãos não funcionam mais sozinhos, não está praticando eutanásia, já que a pessoa não tem a condição de auto-sobrevivência.<sup>119</sup>

Brazil tenta explicar os motivos de ainda se debater a Eutanásia nos meios jurídicos brasileiros:

Na realidade, a própria formação de nosso Direito é fruto das profundas divergências geradas nas discussões sobre a eutanásia. Parte da explicação para um aparente conservadorismo no trato do tema estaria na origem e formação de nossa própria sociedade, com seus fundamentos baseados na cultura cristã, que prega o máximo apego à vida e a sua preservação. Mas há também outros fatores que contribuem para a manutenção da atual compreensão oficial e legal da eutanásia, como o temor de que atos injustificáveis sejam praticados por alguns em nome de eventuais benefícios à sociedade ou a individualidades.<sup>120</sup>

Diniz, concordando com a explicação de Brazil, completa este raciocínio ao afirmar que:

A nossa concepção pública de Justiça está contaminada por concepções privadas de bem. Essa é uma fragilidade da nossa concepção de razão pública. Nós precisamos seriamente enfrentar o reconhecimento de que uma razão pública expressa na Constituição e nas nossas leis não pode deliberar sobre concepções de bem. E resquícios como estes de reconhecer que a eutanásia é um atentado contra uma santidade da vida ou contra um princípio de dignidade da vida e não reconhecer como única instância possível uma deliberação individual é um pressuposto de

---

<sup>118</sup> MARTINS, Ives Gandra da Silva apud BRAZIL, Carlos. **Eutanásia em discussão - tema que envolve avaliações éticas, morais, religiosas e legais, a eutanásia entra em debate.** Disponível em <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=6645>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

<sup>119</sup> MARTINS, Ives Gandra da Silva apud BRAZIL, Carlos. **Eutanásia em discussão - tema que envolve avaliações éticas, morais, religiosas e legais, a eutanásia entra em debate.** Disponível em <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=6645>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

<sup>120</sup> BRAZIL, Carlos. **Eutanásia em discussão - tema que envolve avaliações éticas, morais, religiosas e legais, a eutanásia entra em debate.** Disponível em <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=6645>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

heteronomia do nosso processo decisório que está acentado em premissas particulares de concepção de bem que não são compartilhadas por todos nós.<sup>121</sup>

Mas no direito brasileiro também existem vozes contrárias à regulamentação, como D'Urso. Ele afirma que caso seja legalizada a Eutanásia, se estaria admitindo uma forma de burlar o crime de auxílio ao suicídio pela modalidade libertadora, burlar o homicídio pela modalidade piedosa e finalmente burlar o infanticídio e até o aborto criminoso pela modalidade eugênica ou econômica<sup>122</sup>. Afirma também D'Urso que:

A vida é nosso bem maior, dádiva de Deus. Não pode ser suprimida por decisão de um médico ou de um familiar, qualquer que seja a circunstância, pois o que é incurável hoje, amanhã poderá não sê-lo e uma anomalia irreversível poderá ser reversível na próxima semana. Afinal, se a sociedade brasileira não aceita a pena de morte, é óbvio que esta mesma sociedade não aceita que se disponha da vida de um inocente, para poupar o sofrimento ou as despesas de seus parentes. Enquanto for crime a Eutanásia, sua prática deve ser punida exemplarmente.<sup>123</sup>

O professor Dalton Ramos comenta sobre os receios que cercam uma possível regulamentação da Eutanásia:

A gente pode começar a suspeitar de outros interesses (em casos de adoção da eutanásia). Interesses do sistema de saúde, que não é só o público, mas é também o privado, responsável por boa parte da assistência à saúde. Obviamente (este segmento) não tem interesse em um usuário de seus serviços que sabidamente vai a óbito daqui a um ou dois anos, que nesse último período de vida vai estar apenas custando, não gerando recursos.<sup>124</sup>

Quase todos os que defendem a continuidade da visão criminosa dada para a Eutanásia no direito pátrio utilizam de uma forma ou outra a idéia que a visão oficial das religiões<sup>125</sup>, em especial da Igreja Católica, é contrária a qualquer forma de intervenção

<sup>121</sup> DINIZ, Débora apud BRAZIL, Carlos. **Eutanásia em discussão - tema que envolve avaliações éticas, morais, religiosas e legais, a eutanásia entra em debate.** Disponível em <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=6645>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

<sup>122</sup> D'URSO, Luiz Flávio Borges. **A Eutanásia no direito brasileiro.** Ordem dos Advogados do Brasil - Secção de São Paulo. Disponível em: <[http://www.oabsp.org.br/palavra\\_presidente/2005/81/](http://www.oabsp.org.br/palavra_presidente/2005/81/)>. Acesso em: 22 mar.2010.

<sup>123</sup> D'URSO, Luiz Flávio Borges. **A Eutanásia no direito brasileiro.** Ordem dos Advogados do Brasil - Secção de São Paulo. Disponível em: <[http://www.oabsp.org.br/palavra\\_presidente/2005/81/](http://www.oabsp.org.br/palavra_presidente/2005/81/)>. Acesso em: 22 mar.2010.

<sup>124</sup> RAMOS, Dalton apud BRAZIL, Carlos. **Eutanásia em discussão - tema que envolve avaliações éticas, morais, religiosas e legais, a eutanásia entra em debate.** Disponível em <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=6645>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

<sup>125</sup> Neste trabalho não se aprofunda a visão de outras religiões, crenças ou seitas sobre o tema. Concentra-se somente na posição da Igreja Católica, que é a mais citada, pelo dois lados do debate. Autores pesquisados,

eutanásica no processo de morte. Contudo quando se começa a estudar o que pensa realmente a Igreja Católica sobre o assunto, transparece que o problema é mais quanto à classificação do tipo de Eutanásia, e não de toda e qualquer espécie de Eutanásia.

Chega-se a esta conclusão após analisar o que pregam os textos já publicados por ela. Inclusive se pode notar o fato na própria exposição de motivos da resolução do CFM que autoriza a Ortotanásia.<sup>126</sup> Em que é citado um documento da Igreja Católica, datado de maio de 1995, que trata da questão:

Distinta da Eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado excesso terapêutico, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionais aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida.<sup>127</sup>

Ao se ler textos da Igreja Católica se conclui que ela critica a mudança da visão, ou etimologia, que ouve entre a idéia da antiguidade de “[...] uma morte suave sem sofrimentos atrozes”, para uma visão mais moderna em que “[...] pensa-se sobretudo na intervenção da medicina para atenuar as dores da doença ou da agonia, por vezes, mesmo com risco de suprimir a vida prematuramente.”<sup>128</sup> Critica-se também uma possível visão mais particular do termo Eutanásia:

[...] com o significado de “dar a morte por compaixão”, para eliminar radicalmente os sofrimentos extremos, ou evitar às crianças anormais, aos incuráveis ou doentes mentais, o prolongamento de uma vida penosa, talvez por muitos anos, que poderia vir a trazer encargos demasiado pesados para as famílias ou para a sociedade.<sup>129</sup>

A Igreja Católica entende que a Eutanásia é “[...] uma acção ou omissão que, por sua natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar toda a dor. A Eutanásia situa-se, portanto, ao nível das intenções e ao nível dos métodos empregados”. Ela reconhece

---

como Sá (SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de morrer: Eutanásia, suicídio assistido**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001), apresentam suas pesquisas sobre o tema.

<sup>126</sup> Vide o Anexo B.

<sup>127</sup> Vide o Anexo B.

<sup>128</sup> Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé. **DECLARAÇÃO SOBRE A EUTANÁSIA**. Disponível em: <[http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_po.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html)>. Acesso em: 31 mar. 2010.

<sup>129</sup> Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé. **DECLARAÇÃO SOBRE A EUTANÁSIA**. Disponível em: <[http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_po.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html)>. Acesso em: 31 mar. 2010.

contudo que “[...] a morte, muitas vezes precedida ou acompanhada de sofrimentos atrozes e de duração desgastante, será sempre um acontecimento natural angustiante para o coração do homem”.<sup>130</sup>

Com base nesta interpretação<sup>131</sup> a Igreja prega o seguinte:

— **Se não há outros remédios, é lícito [grifo nosso] com o acordo do doente, recorrer aos meios de que dispõe a medicina mais avançada [grifo nosso], mesmo que eles estejam ainda em fase experimental e não seja isenta de alguns riscos a sua aplicação. Aceitando-os, o doente poderá dar também provas de generosidade ao serviço da humanidade.**

**É também permitido interromper a aplicação de tais meios, quando os resultados não correspondem às esperanças neles depositadas. Mas, para uma tal decisão, ter-se-á em conta o justo desejo do doente e da família, como também o parecer de médicos verdadeiramente competentes [grifo nosso];**

— **É sempre lícito contentar-se com os meios normais que a medicina pode proporcionar. Não se pode, portanto, impor a ninguém a obrigação de recorrer a uma técnica que, embora já em uso, ainda não está isenta de perigos ou é demasiado onerosa. Recusá-la não equivale a um suicídio [grifo nosso];** significa, antes, aceitação da condição humana, preocupação de evitar pôr em acção um dispositivo médico desproporcionado com os resultados que se podem esperar, enfim, vontade de não impor obrigações demasiado pesadas à família ou à colectividade.

— **Na iminência de uma morte inevitável, apesar dos meios usados, é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes [grifo nosso].** Por isso, o médico não tem motivos para se angustiar, como se não tivesse prestado assistência a uma pessoa em perigo.<sup>132</sup>

Maria e Silva quando critica, em texto disponível na internet<sup>133</sup>, a resolução do CFM que autorizava a Eutanásia<sup>134</sup> já admitia que a época:

Outro efeito colateral negativo da resolução do Conselho Federal de Medicina é a interpretação que a imprensa irá fazer dela. A rigor, a ortotanásia é uma rendição da ciência. Ao adotá-la, **o Conselho Federal de Medicina reconhece que, em última instância, quem mata é Deus e que a ciência médica não é infalível [grifo nosso].** Tanto que **a Igreja Católica sempre foi favorável à ortotanásia, porque ela não**

<sup>130</sup> Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé. **DECLARAÇÃO SOBRE A EUTANÁSIA.** Disponível em: <[http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_po.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html)>. Acesso em: 31 mar. 2010.

<sup>131</sup> Que pelo material apresentado neste trabalho indicaria uma aceitação do conceito de Ortotanásia pela Igreja Católica.

<sup>132</sup> Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé. **DECLARAÇÃO SOBRE A EUTANÁSIA.** Disponível em: <[http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_po.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html)>. Acesso em: 31 mar. 2010.

<sup>133</sup> BRAZIL, Carlos. **Eutanásia em discussão - tema que envolve avaliações éticas, morais, religiosas e legais, a eutanásia entra em debate.** Disponível em <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=6645>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

<sup>134</sup> Vide o Anexo B.

**é, nada mais, nada menos, do que a opção de evitar o abuso dos métodos artificiais de prolongamento da vida, dando à natureza a chance de operar a morte esperada ou a cura milagrosa [grifo nosso].<sup>135</sup>**

Mesmo com todas as opiniões aqui apresentadas não se espera que a discussão termine. Somente que se dirija a bom termo, sem extremismos. De Brazil se extrai uma frase definindo o ponto aqui tratado “é essencial que as pessoas entendam que uma discussão equilibrada sobre um tema tão complexo é essencial para que as pessoas e suas opiniões sejam tratadas justamente”.<sup>136</sup>

### 3.2 A EUTANÁSIA E A CONSTITUIÇÃO

Como se apresenta no capítulo e item anteriores, a questão de fundo que norteia o debate sobre a possível legalização da Eutanásia é se a mesma pode ferir de alguma forma o que preceitua a Constituição. Principalmente, quanto a algum de seus princípios e/ou direitos protegidos por cláusula pétrea. No primeiro caso, dos princípios, a questão é a forma que se passará a interpretá-los caso se legalize qualquer forma de Eutanásia. No segundo caso, se é possível alguma alteração, sem que se possa argumentar “impedimento por violação do artigo 60 - A Constituição poderá ser emendada mediante proposta: [...] parágrafo 4º- Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: [...] inciso IV - os direitos e garantias individuais”.<sup>137</sup> O que deixa a questão em aberto, pendente da forma como o judiciário interpretará o tema.

Como bem lembra Miranda deve-se observar ou se espera que o judiciário utilize o princípio da dignidade humana como o norte na interpretação constitucional neste tema. Sempre lembrando que para esta interpretação a questão do dever de garantir a vida e a saúde dos cidadãos como obrigações do Estado também deve ser considerada. Já que, também

---

<sup>135</sup> MARIA E SILVA, José. **A moral devoluta**. Disponível em: <<http://www.jornalopcao.com.br/index.asp?secao=Reportagens&idjornal=212&idrep=2102>>. Acesso em: 03 abr.2010.

<sup>136</sup> BRAZIL, Carlos. **Eutanásia em discussão - tema que envolve avaliações éticas, morais, religiosas e legais, a eutanásia entra em debate**. Disponível em <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=6645>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

<sup>137</sup> BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 26 abr. 2010.

conforme Miranda, “vê-se o Estado como aquele que tem o dever de preservar a vida humana (bem jurídico supremo); isto é, o poder público está compelido a promover o bem-estar dos cidadãos e impedir que sejam mortos ou postos em situação de risco”.<sup>138</sup>

Volta-se desta forma ao debate do item anterior, agora sob o prisma constitucional, em que visões opostas se digladiam, uns contra como é o caso do próprio Miranda, que afirma:

Deflui disto exposto, para alguns, que a ação da eutanásia seria ilícita, ante o ordenamento jurídico pátrio, visto que por sua natureza, provoca, direta ou intencionalmente, a morte de alguém enfermo. - Por conseguinte, jamais se consubstanciará lícito ceifar a vida de um paciente, nem sequer para não vê-lo sofrer ou não fazê-lo sofrer, ainda que ele o peça expressamente. Nem o paciente, nem os médicos, nem os familiares tem competência para decidir ou provocar a morte de uma pessoa.<sup>139</sup>

Outros a favor da legalização, como Oliveira e Japaulo:

Na nossa legislação Brasileira temos assegurado o direito à vida, afirmação essa que é consagrada dentro do nosso ordenamento jurídico, por ser o fundamental alicerce de qualquer prerrogativa jurídica da pessoa, razão pela qual o Estado resguarda a vida humana, desde a vida intra-útero até a morte. O artigo 5º, caput, da Constituição Brasileira, vem assinalar que a principal característica do direito à vida vem a ser considerado um dom divino e tem que ser preservada de qualquer forma, no entanto, o próprio Estado em determinadas circunstâncias permite que o cidadão, legitimamente, pratique condutas que venham a retirar a vida de outrem, como no estado de necessidade, legítima defesa e aborto legal.<sup>140</sup>

O que só confirma que o maior problema, caso ocorra à aprovação da prática da Eutanásia (sob qualquer dos tipos apresentados), será a partir daí se a legalização será ou não aceita pelo judiciário brasileiro, principalmente pelo Supremo Tribunal Federal<sup>141</sup>.

<sup>138</sup> MIRANDA, Thiago Alves. **Eutanásia: reflexões à luz do princípio da dignidade da pessoa humana e do biodireito**. Disponível em <<http://www.webartigos.com/articles/35601/1/EUTANASIA-REFLEXOES-A-LUZ-DO-PRINCIPIO-DA-DIGNIDADE-DA-PESSOA-HUMANA-E-DO-BIODIREITO/pagina1.html>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

<sup>139</sup> MIRANDA, Thiago Alves. **Eutanásia: reflexões à luz do princípio da dignidade da pessoa humana e do biodireito**. Disponível em <<http://www.webartigos.com/articles/35601/1/EUTANASIA-REFLEXOES-A-LUZ-DO-PRINCIPIO-DA-DIGNIDADE-DA-PESSOA-HUMANA-E-DO-BIODIREITO/pagina1.html>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

<sup>140</sup> OLIVEIRA, Lilian Carla de e JAPAULO, Maria Paula. **Morrer ou matar – Eutanásia e direito a vida: limites e possibilidades**. Consultor Jurídico. Disponível em: <<http://conjur.estadao.com.br/static/text/38164,1>>. Acesso em: 22 mar.2010.

<sup>141</sup> Que poderá, em análise de ADI, ADC ou de recurso extraordinário de processo, julgar a lei inconstitucional sob a visão dos seus ministros.

### 3.3 A EUTANÁSIA E O CÓDIGO PENAL

A Eutanásia não encontra previsão explícita no Código Penal, como lembra o jurista Ives Gandra da Silva Martins, afirmação que é confirmada por Guerra Filho<sup>142</sup>. O que existe é a interpretação jurisprudencial, em que a mesma é ora qualificada como assassinato, ora como auxílio ao suicídio. Contudo Gandra Martins também lembra que "A legislação brasileira não permite a eutanásia", citando o artigo 5º, caput, da Constituição Federal e o artigo 4º da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, mais conhecido como Pacto de São José<sup>143</sup>, do qual o Brasil é signatário. Enfatiza o jurista que a interpretação contrária a Eutanásia reside em que "a legislação brasileira estabelece que deve-se preservar a vida e para isso todos os esforços devem ser adotados".<sup>144</sup>

Alguns autores como Pereira e Pinheiro comentam, complementando a afirmação de Gandra Martins, que mesmo que a resolução CFM 1805/06<sup>145</sup> estivesse vigente, o médico ainda assim, pela interpretação do Código Penal (CP), estaria sujeito a penalidades legais tanto pelos possíveis erros decorrentes do estado emocional do agente, ao aplicar a resolução, como pela combinação da interpretação do artigo 135 do CP atual que "consiste no fato do médico, ou qualquer profissional da saúde, deixar de prestar assistência, sempre que possível sem risco pessoal, a paciente que dele precise" com o artigo 122 que "prevê a punição do médico que procura auxiliar, de qualquer forma, o paciente a suicidar-se". Lembram estes

<sup>142</sup> GUERRA FILHO apud ROSA, Isaac Peixoto Costa. **A Eutanásia No Direito Brasileiro**. Disponível em <<http://www.webartigos.com/articles/1783/1/A-Eutanasia-No-Direito-Brasileiro/pagina1.html>>. Acesso em: 30 abr. 2010.

<sup>143</sup> [...]

Capítulo II - DIREITOS CIVIS E POLÍTICOS

[...]

Artigo 4º - Direito à vida

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.

(SÃO PAULO, Procuradoria Geral do Estado de São Paulo. **Convenção americana de direitos humanos (1969) (Pacto de San José da Costa Rica)**. Disponível em <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>>. Acesso em: 31 mai. 2010.

<sup>144</sup> MARTINS, Ives Gandra da Silva apud BRAZIL, Carlos. **Eutanásia em discussão - tema que envolve avaliações éticas, morais, religiosas e legais, a eutanásia entra em debate**. Disponível em <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=6645>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

<sup>145</sup> Que foi bloqueada por liminar do MP, conforme já discutido no texto, e agora substituída pelo novo Código de Ética Médica. Vide Anexo B.

autores que o artigo 121, § 3º, do CP “tipifica como homicídio culposo o fato de o médico, mesmo que não queira a morte do paciente, assumir o risco de produzir este resultado com a suspensão ou interrupção do tratamento”. Pereira e Pinheiro, bem como Pedroso<sup>146</sup> também lembram que mesmo o Ministério Público não pode se furtar de ao menos abrir investigação, sob pena de cometimento de crime de prevaricação. Também o juiz, ao julgar o caso, deverá aplicar a lei considerando os fatos e os fatores que levaram ao evento morte, como espírito de compaixão do médico, ausência de vontade livre e consciente de praticar o fato definido na lei como crime, autorização do paciente ou de seus familiares, etc. Tudo considerado como eventuais circunstâncias atenuantes, que podem diminuir a pena a ser aplicada.<sup>147</sup>

### 3.4 O ANTEPROJETO DE ALTERAÇÃO DA PARTE ESPECIAL DO CÓDIGO PENAL

O Poder Executivo Brasileiro, através do Ministério da Justiça, elaborou durante o período que compreendeu o final do primeiro e o início do segundo governos de Fernando Henrique Cardoso uma proposta de anteprojeto que alteraria a parte especial do Código Penal. O projeto contou com nomes como Luiz Vicente Cernicchiaro, Ney Moura Teles, Evandro Lins e Silva e Damásio Evangelista de Jesus. Esta comissão entregou em 24 de março de 1998 o seu trabalho, que dentre outros pontos introduzia a previsão explícita da criminalização da Eutanásia em geral<sup>148</sup> e a descriminalização da Ortotanásia e dependendo da interpretação que

---

<sup>146</sup> PEDROSO apud ROSA, Isaac Peixoto Costa. **A Eutanásia No Direito Brasileiro**. Disponível em <<http://www.webartigos.com/articles/1783/1/A-Eutanasia-No-Direito-Brasileiro/pagina1.html>>. Acesso em: 30 abr. 2010.

<sup>147</sup> PEREIRA, Sandra Aparecida; PINHEIRO, Ana Cláudia Duarte. Eutanásia. **Revista do direito público**. Londrina, v. 3, n. 3, set./dez. 2008. Disponível em <[http://www2.uel.br/revistas/direitopub/pdfs/VOLUME\\_3/num\\_3/EUTAN%C1SIA.pdf](http://www2.uel.br/revistas/direitopub/pdfs/VOLUME_3/num_3/EUTAN%C1SIA.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2010. p. 4-5.

<sup>148</sup> Curiosamente o grupo utilizou o conceito ou visão original da Eutanásia, que não se restringia somente a Eutanásia praticada por médicos, como modernamente se interpreta, mas o conceito que Francis Bacon propusera (vide 2.1.1) e que está por detrás da morte caridosa ou caritativa, que continuaria sendo vedada.

se dê, a Eutanásia Indireta, num novo artigo 121 com a seguinte redação:

#### Homicídio

Art. 121. Matar alguém:

Pena - Reclusão, de seis a vinte anos.

Forma qualificada

§ 1º Se o crime é cometido:

I - mediante paga, promessa de recompensa, ou por outro motivo torpe;

II - por motivo fútil;

III - por preconceito de raça, cor, etnia, sexo, condição física ou social, religião ou origem;

IV - com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel, ou de que possa resultar perigo comum;

V - à traição, de emboscada, ou mediante dissimulação ou outro recurso que dificulte ou torne impossível a defesa do ofendido;

VI - para assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou vantagem de outro crime;

VII - por grupo de extermínio:

Pena - Reclusão, de doze a trinta anos.

Diminuição de pena

§ 2º A pena é diminuída de um sexto a um terço, se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violência emocional, logo em seguida a injusta provocação da vítima.

#### Eutanásia

**§ 3º Se o autor do crime agiu por compaixão, a pedido da vítima, imputável e maior, para abreviar - lhe sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave:**

**Pena - Reclusão, de três a seis anos.**

**Exclusão de ilicitude**

**§ 4º Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos, a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente, ou na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão. [grifo nosso]**

Modalidade culposa

§ 5º Se o homicídio é culposo:

Pena - Detenção, de um a três anos.

Aumento de pena

§ 6º A pena prevista no parágrafo anterior é aumentada até metade se o agente:

I - deixa de prestar socorro à vítima, quando possível, e sem risco pessoal;

II - comete o crime em estado de embriaguez, pelo álcool ou substância de efeitos análogos;

III - não procura diminuir as conseqüências do crime;

IV - viola regras sobre a prevenção de acidente do trabalho.

Isenção de pena

§ 7º O juiz, no homicídio culposo, deixará de aplicar a pena, se a vítima for ascendente, descendente, cônjuge, companheiro, irmão ou pessoa a quem o agente esteja ligado por estreitos laços de afeição e o próprio agente tenha sido atingido, física ou psiquicamente, pelas conseqüências da infração, de forma grave.<sup>149</sup>

O anteprojeto que foi muito analisado em livros, revistas, jornais e artigos na Internet não foi encaminhado para o Congresso Nacional. Após pesquisa aos sites da

<sup>149</sup> BRASIL, Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. **Reforma do Código Penal (relatório e anteprojeto de lei)**. Disponível em <[http://www.mpdf.gov.br/portal/pdf/idades/procuradoria\\_geral/nicceap/legis\\_armas/Legislacao\\_completa/Anteprojeto\\_Codigo\\_Penal.pdf](http://www.mpdf.gov.br/portal/pdf/idades/procuradoria_geral/nicceap/legis_armas/Legislacao_completa/Anteprojeto_Codigo_Penal.pdf)>. Acesso em: 22 mai. 2010.

Presidência da República, do Ministério da Justiça e do Congresso Nacional (Câmara e Senado), não se encontrou referência de um possível envio da proposta. Isto se comprova especialmente por não haver no site do Ministério da Justiça, na área dos links para as **comissões de elaboração legislativa**<sup>150</sup> (que acompanham os processos remetidos pelo executivo para o legislativo) um link para o acompanhamento da proposta, como existe, por exemplo, para a proposta de alteração da parte geral do código penal.<sup>151</sup> Atrasando o processo de modernização por que passa todo o ordenamento jurídico brasileiro, e que iniciou pelo Novo Código Civil, promulgado em 2002.

### 3.5 JURISPRUDÊNCIA SOBRE EUTANÁSIA NO BRASIL

Durante o processo de pesquisa para este item do trabalho foi flagrante uma situação que intrigou muito o autor desta pesquisa. Embora todos os textos pesquisados<sup>152</sup>, afirmem que a jurisprudência é majoritária, quanto à interpretação de que a Eutanásia deva ser processada ora como homicídio piedoso ora como suicídio assistido, não foi possível obter a “ampla jurisprudência” brasileira sobre o assunto. Notadamente jurisprudência recente.

Alguns autores, como Simões, comentam que é possível obter Mandados de Segurança referentes a não ressuscitação, “ordens médicas DNR (‘do nor resuscitate’) utilizando-se a terminologia anglo-saxônica para pacientes fora de possibilidades terapêuticas (FPT)”.<sup>153</sup> Lembra a mesma autora que:

Na jurisprudência, cita-se, apenas, alguns acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo, reconhecendo a não-existência de crime quando a vítima não morre ou tenta se matar, sendo portanto inadmissível a tentativa de participação em suicídio no caso do artigo 122 do CP (TJSP, RT 531/326). Também, o caráter comissivo do tipo é ressaltado, excluindo-se portanto o crime omissivo (TJSP, RT 491/285). A doutrina reconhece o chamado “dolo específico”, seja direto ou eventual, e estabelece que só resulta crime quando ocorre o resultado final morte ou lesão corporal grave. Para a

<sup>150</sup> BRASIL, Ministério da Justiça. **Elaboração Legislativa**. Disponível em <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJ5C2A38D7PTBRIE.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2010.

<sup>151</sup> BRASIL, Ministério da Justiça. **Elaboração Legislativa** » Comissões » Código Penal. Disponível em <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJ0EADEB70ITEMID2E0FB3D624BC4235AA701838E52FB1CAPTBRIE.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2010.

<sup>152</sup> Quer em livros, revistas, sites de internet, etc.

<sup>153</sup> SIMÕES, Andiará Diniz. **Eutanásia - A visão de quem está do outro lado**. Disponível em <<http://www.apaps.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid=19>>. Acesso em: 17 mai. 2010.

classificação do crime, exige o exame de corpo de delito previsto no artigo 158 do CPP. É relevante observar que o parágrafo único (inciso II) do artigo 122 do CP dobra a pena cominada no "caput" do mesmo artigo, quando a vítima tem a resistência diminuída por qualquer causa, como é usual no caso de pacientes terminais ou idosos.<sup>154</sup>

Já Souza, além de afirmar que a maioria das jurisprudências sobre o assunto na verdade é de origem norte-americana, apresenta em sua monografia dois casos oriundos do estado de São Paulo. O primeiro, MS nº 376.036-3/3-00, é relativo ao pedido de uma mãe objetivando autorização judicial para realização de aborto eugênico, alegando ser o seu feto portador de anencefalia. O pedido foi indeferido e a mesma impetrou com Mandado de Segurança que também foi negado. A segunda jurisprudência, AI Nº 3118/99, refere-se a uma ação ordinária com pedido de tutela antecipada, ajuizada por uma mãe contra um estabelecimento hospitalar. No qual a autora pede que o hospital-réu não desligue os aparelhos que mantém vivo o seu filho sem sua autorização, e ainda forneça diariamente cópia dos prontuários médicos relativos ao estado de seu filho. Ficou decidido que o desligamento dos aparelhos não podia ser feito sem a autorização de quem quer que seja sob as penas da lei.<sup>155</sup>

É apresentado no Anexo E texto extraído de Diniz, em que se apresenta um caso semelhante aos DNR ('do not resuscitate') comentados por Simões. Trata-se de ordem para não ligação de respirador artificial a um bebê que sofria de Amiotrofia Espinhal Progressiva Tipo I, buscada pelos seus pais.<sup>156</sup>

Lendo autores como Rech<sup>157</sup> e Swiderek<sup>158</sup> se confirma que a maioria das jurisprudências é de origem estrangeira ou não trata diretamente de Eutanásia, como se vê na ADPF 54 QO / DF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental<sup>159</sup>, que trata de

<sup>154</sup> SIMÕES, Andiará Diniz. **Eutanásia - A visão de quem está do outro lado**. Disponível em <<http://www.apaps.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid=19>>. Acesso em: 17 mai. 2010.

<sup>155</sup> SOUZA, Everton Gomes. **Eutanásia e responsabilidade médica**. Disponível em <<http://br.monografias.com/trabalhos2/eutanasia/eutanasia.shtml>>. Acesso em: 17 mai. 2010.

<sup>156</sup> DINIZ, Débora. Quando a morte é um ato de cuidado. In: SARMENTO, Daniel; PIOVESAN, Flávia (Coord.). **Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e Eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2007, p. 300-307.

<sup>157</sup> RECH, Mário Antônio. **Eutanásia: uma análise a partir do direito positivo**. 2008. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito)-Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2008. p. 33.

<sup>158</sup> SWIDEREK, Laura. **Análise jurídico-penal da Eutanásia: em busca da morte digna**. 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Faculdade de Direito, PUCRS. 2007. p. 132.

<sup>159</sup> Esta jurisprudência inclusive é base da decisão que suspendeu a vigência da resolução CFM 1.805/2006, anexo B, que regula o procedimento de Ortotanásia quando tiver de ser praticado pelos médicos.

autorização ou não de aborto de anencéfalo:

ADPF 54 QO / DF - DISTRITO FEDERAL  
 QUESTÃO DE ORDEM NA ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE  
 PRECEITO FUNDAMENTAL

Relator(a): Min. MARCO AURÉLIO

Julgamento: 27/04/2005 Órgão Julgador: Tribunal Pleno

Publicação

DJe-092 DIVULG 30-08-2007 PUBLIC 31-08-2007

DJ 31-08-2007 PP-00029

EMENT VOL-02287-01 PP-00021Parte(s)

ARGTE.(S) : CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES  
 NA SAÚDE - CNTS

ADV.(A/S) : LUÍS ROBERTO BARROSO E OUTRO(A/S)Ementa

ADPF - ADEQUAÇÃO - INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ - FETO ANENCÉFALO - POLÍTICA JUDICIÁRIA - MACROPROCESSO. Tanto quanto possível, há de ser dada seqüência a processo objetivo, chegando-se, de imediato, a pronunciamento do Supremo Tribunal Federal. Em jogo valores consagrados na Lei Fundamental - como o são os da dignidade da pessoa humana, da saúde, da liberdade e autonomia da manifestação da vontade e da legalidade -, considerados a interrupção da gravidez de feto anencéfalo e os enfoques diversificados sobre a configuração do crime de aborto, adequada surge a argüição de descumprimento de preceito fundamental. ADPF - LIMINAR - ANENCEFALIA - INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ - GLOSA PENAL - PROCESSOS EM CURSO - SUSPENSÃO. Pendente de julgamento a argüição de descumprimento de preceito fundamental, processos criminais em curso, em face da interrupção da gravidez no caso de anencefalia, devem ficar suspensos até o crivo final do Supremo Tribunal Federal. ADPF - LIMINAR - ANENCEFALIA - INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ - GLOSA PENAL - AFASTAMENTO - MITIGAÇÃO. Na dicção da ilustrada maioria, entendimento em relação ao qual guardo reserva, não prevalece, em argüição de descumprimento de preceito fundamental, liminar no sentido de afastar a glosa penal relativamente àqueles que venham a participar da interrupção da gravidez no caso de anencefalia.<sup>160</sup>

A única jurisprudência encontrada, ou seja, que trata diretamente do tema Eutanásia, diferente dos casos citados, é a que discute a questão da legalização ou não da Eutanásia através de uma via indireta, por algo que não seja a lei penal propriamente dita, como foi o caso da Resolução CFM nº 1.805/2006.<sup>161</sup> A resolução teve sua vigência suspensa pela decisão do processo do TRF1 (Tribunal Regional Federal. Seção Judiciária do Distrito Federal) 2007.34.00.014809-3.<sup>162</sup>

<sup>160</sup> BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Questão de ordem na argüição de descumprimento de preceito fundamental: ADPF 54 QO / DF - DISTRITO FEDERAL**, Brasília, DF, 27 de abril de 2005. Disponível em <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=ADPF-QO.SCLA.%20E%2054.NUME.&base=baseAcordaos>>. Acesso em: 17 mai. 2010.

<sup>161</sup> Que está superada, já que entrou em vigor o novo Código de Ética Médica, Vide Anexos B e C.

<sup>162</sup> BRASIL. Tribunal Regional Federal. Seção Judiciária do Distrito Federal. **PROCESSO Nº: 2007.34.00.014809-3**, Brasília, DF, 23 de outubro de 2007. Disponível em

### 3.6 A EUTANÁSIA EM LEGISLAÇÕES ESTRANGEIRAS

Neste item se apresenta a visão da Eutanásia em outros países. Já que para se avaliar o grau de “justiça” da liberação desta prática, caso seja autorizada a Eutanásia no Código Penal, deve-se analisar também o que já se legislou em outros países sobre o assunto, sobre as formas utilizadas para liberar ou regulamentar a sua prática. Neste ponto Brazil afirma que somente na Holanda, Bélgica e Suíça a Eutanásia ativa é permitida para o médico, que a pedido do paciente depois de avaliado por uma junta médica, confirme que realmente não há mais retorno na situação de saúde ou de qualidade de vida.<sup>163</sup>

Também encontramos em Rech uma visão de como a Eutanásia é tratada ao redor do mundo. Por exemplo, nos Estados Unidos da América o assunto, como tudo o mais é ‘tratado dentro do direito anglo-saxão, gira em torno das jurisprudências<sup>164</sup> estabelecidas, sobre os diversos tipos e situações que envolvem a Eutanásia e o suicídio assistido. Sendo que um dos temas abordados para a concessão ou não é a questão de que as pessoas poderiam decidir sobre suas próprias mortes em três situações: de consciência e competência, de inconsciência e por fim de consciência, mas incompetência. Em cada estado norte-americano já se reconhece alguma forma de avanço em relação a este tópico. Trata-se de dois tipos de acordo previamente firmados. Um “testamento em vida”, em que o signatário estipula determinados procedimentos médicos para que não seja mantido vivo em determinadas circunstâncias. No outro, uma procuração chamada de “procuração de auxílio saúde”, um documento que aponta alguém que seja capaz de decidir sobre a vida ou morte do signatário quando o mesmo estiver com seu estado de saúde debilitado. Rech apresenta também material de Dworkin, citado por Sá, que trata das tentativas de regulação legislativa sobre o tema.<sup>165</sup>

---

<[http://www.df.trf1.gov.br/inteiro\\_teor/doc\\_inteiro\\_teor/14vara/2007.34.00.014809-3\\_decisao\\_23-10-2007.doc](http://www.df.trf1.gov.br/inteiro_teor/doc_inteiro_teor/14vara/2007.34.00.014809-3_decisao_23-10-2007.doc)>. Acesso em: 17 mai. 2010.

<sup>163</sup> BRAZIL, Carlos. **Eutanásia em discussão - tema que envolve avaliações éticas, morais, religiosas e legais, a eutanásia entra em debate**. Disponível em <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=6645>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

<sup>164</sup> Já que conforme Goldim, nos Estados Unidos à lei não permite formalmente a prática da Eutanásia (GOLDIM, José Roberto. **Eutanásia - Estados Unidos**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutancal.htm>>. Acesso em: 17 mai. 2010).

<sup>165</sup> RECH, Mário Antônio. **Eutanásia: uma análise a partir do direito positivo**. 2008. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito)-Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2008. p. 30-31.

Já a situação da Espanha, apresentada por Rech, continuaria sendo a de estudos de como implantar a Eutanásia, impulsionados agora pelo debate que se avoluma principalmente nos meios de comunicação. Uma vez que o tema tem sofrido debate desde antes da subida do ditador Franco. Comenta Rech que a partir da Constituição espanhola de 1978 surgiram novas orientações em relação à doutrina penal, quanto ao tratamento da Eutanásia. Rech também afirma que os casos jurisprudenciais são escassos, devido a grande parte dos casos levados a juízo não se ligarem diretamente à Eutanásia ou ao suicídio assistido, mas aos supostos suicidas.<sup>166</sup>

Goldim afirma que na Austrália se tentou autorizar a Eutanásia em 1996, mas a “Lei dos Direitos dos Pacientes Terminais” foi derrubada, mesmo com pesquisas realizadas apontando que a maioria dos australianos era a favor a lei.<sup>167</sup>

Já Dworkin afirma que o Uruguai foi o primeiro país do mundo a legislar sobre a possibilidade de ser realizada eutanásia no mundo. Em 1º de agosto de 1934, data de entrada em vigor do atual Código Penal uruguaio, caracterizou-se o “homicídio piedoso”, no artigo 37 do capítulo III, que aborda a questão das causas de impunidade. De acordo com a legislação do Uruguai, é facultada ao juiz a exoneração do castigo a quem realizou este tipo de procedimento, desde que preencha três condições básicas:

- a) Ter antecedentes honráveis;
- b) Ser realizado por motivo piedoso, e;
- c) E a vítima ter feito reiteradas súplicas.<sup>168</sup>

Goldim afirma também que na Colômbia a autorização para a prática da Eutanásia está limitada à interpretação jurisprudencial, baseado em uma sentença de 1997, e que o Congresso Colombiano ainda não conseguiu terminar de regulamentar a impunidade para quem praticar o assim chamado homicídio misericordioso.<sup>169</sup>

---

<sup>166</sup> RECH, Mário Antônio. **Eutanásia: uma análise a partir do direito positivo**. 2008. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito)-Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2008. p. 32-33.

<sup>167</sup> GOLDIM, José Roberto. **Eutanásia - Austrália**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanaus.htm>>. Acesso em: 17 mai. 2010.

<sup>168</sup> DWORKIN, Ronald apud PEREIRA, Sandra Aparecida; PINHEIRO, Ana Claudia Duarte. Eutanásia. **Revista do direito público**. Londrina, v. 3, n. 3, set./dez. 2008. Disponível em <[http://www2.uel.br/revistas/direitopub/pdfs/VOLUME\\_3/num\\_3/EUTAN%C1SIA.pdf](http://www2.uel.br/revistas/direitopub/pdfs/VOLUME_3/num_3/EUTAN%C1SIA.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2010. p. 8.

<sup>169</sup> GOLDIM, José Roberto. **Eutanásia - Colômbia**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutacol.htm>>. Acesso em: 17 mai. 2010.

### 3.7 PROJETOS DE ALTERAÇÃO DO CÓDIGO PENAL ATUAL

Finalizando o capítulo, e tentando responder<sup>170</sup> a pergunta/objetivo do trabalho (vide o capítulo 1), se comenta sobre os projetos que tramitam no Congresso Nacional para alterar o Código Penal que, ora tipificam a Eutanásia como crime, muitas vezes hediondo, ora descriminalizam e regulamentam alguma forma, principalmente a Ortotanásia.

Exemplos de projetos que criminalizam a Eutanásia são os do Dr. Talmir e do Senhor Osmânio Pereira, que são apresentados no anexo F. Exemplos de projetos que descriminalizam, como do Sr. Hugo Leal e do Sr. Otavio Leite ou do Sr. Gerson Camata estão no anexo G. O estágio de tramitação de cada projeto está colocado também nos respectivos anexos.

A análise apresentada neste trabalho, em relação a estes projetos, não tem origem em material bibliográfico. Uma vez que por se tratarem de projetos menores<sup>171</sup>, não se encontrou na pesquisa tanto em Biblioteca quanto na Internet nenhum texto comentando os mesmos. A atenção dos juristas sobre o tema é endereçada principalmente para o anteprojeto do novo Código Penal, que não chegou sequer a ser enviado para o Congresso. Por esta razão os comentários são originados da opinião do autor do trabalho.

Sobre os projetos que criminalizam a Eutanásia, ao se ler e analisá-los, principalmente ao se atentar para o projeto do Senhor Pereira<sup>172</sup>, que criminaliza além da Eutanásia todas as formas de Aborto. Vedando inclusive qualquer forma de campanha sobre Educação Sexual, e conseqüentemente prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, bancada com recursos de qualquer origem, pública ou privada, interna ou externa. Nota-se um flagrante preconceito e desconhecimento dos temas que são tratados na proposta de Lei e do que ocorre no Brasil. Nota-se também que as razões para a justificação da criminalização da Eutanásia, utilizada em ambos as propostas (do Dr. Talmir e do Senhor Osmânio Pereira) é a mesma, a do Dr. Talmir é uma versão reduzida da proposta do Senhor Pereira, praticamente

---

<sup>170</sup> Já que por se tratar de análise a respeito de projetos que pretendem reformar o Código Penal, não se pode assegurar qual será aprovado. Do que resulta serem as análises apresentadas meras expectativas, sem garantias de que venham a se confirmar.

<sup>171</sup> Mesmo que relevantes para o tema deste trabalho.

<sup>172</sup> Já arquivado pelas razões que se comentam no texto.

cópia uma da outra. Talvez por estas razões a proposta do Senhor Pereira já tenha sido arquivada, sendo que a do Dr. Talmir ainda tramita na Câmara dos Deputados<sup>173</sup>.

No caso do projeto do Senhor Pereira aparece também uma justificativa “interessante” na proposta. Utilizada como justificativa para a negação tanto do Aborto como da Eutanásia. A idéia de que ambos os movimentos de liberação, Aborto e Eutanásia, estariam sendo patrocinados por “interesses estrangeiros” de dominação do Brasil.<sup>174</sup>

De maneira oposta aos projetos que criminalizam. Quando se analisa os projetos que autorizam ou legalizam a Eutanásia<sup>175</sup> vê-se, ao menos se supõem isto da leitura da justificativa do projeto PL-3002/2008<sup>176</sup>, que alguns deles têm ou tiveram a preocupação com a questão de se conhecer os tipos, as alternativas, as legislações estrangeiras, a prática médica brasileira<sup>177</sup>, etc. Com o objetivo de se evitar a banalização e as ressalvas que normalmente são apresentadas para a prática da Eutanásia, tratadas no item 3.1.

Mais interessante é o fato de que já existe projeto aprovado no Senado o PL-6715/2009, que recebeu substitutivo originado principalmente do PL-3002/2008. Passando a detalhar o procedimento e disciplinando a Ortotanásia nos hospitais, inclusive com a ouvida do MP, e caso necessário do Judiciário. Como este projeto recebeu parecer favorável do relator Deputado José Linhares, na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) em 14/4/2010, é atualíssimo para o tema deste trabalho.

Acredita-se que o mesmo gere ao menos reflexo positivo quando da análise de um possível Mandado de Segurança contra a vigência o Novo Código de Ética Médica<sup>178</sup>, já que uma negativa de vigência também ocorreu quando da divulgação da Resolução CFM nº 1.805/2006<sup>179</sup>. Ocorre que a época do processo ainda não havia um projeto de lei em fase tão adiantada em tramitação no Congresso.<sup>180</sup>

---

<sup>173</sup> Vide o Anexo F, sobre as datas do levantamento.

<sup>174</sup> Vide o Anexo F.

<sup>175</sup> Existe divergência sobre a Ortotanásia ser ou não um tipo de Eutanásia, nos projetos apresentados ela é uma classe diversa tanto da Eutanásia como da Distanásia.

<sup>176</sup> Que regulamenta a Ortotanásia, sem contudo alterar o Código Penal. É mais um caso de legislação esparsa.

<sup>177</sup> Ainda fazendo referência a resolução do CFM que tratava da Ortotanásia e foi suspensa pelo Judiciário.

<sup>178</sup> Vide o Anexo C.

<sup>179</sup> Vide o Anexo B.

<sup>180</sup> BRASIL. Tribunal Regional Federal. Seção Judiciária do Distrito Federal. **PROCESSO Nº: 2007.34.00.014809-3**, Brasília, DF, 23 de outubro de 2007. Disponível em <[http://www.df.trf1.gov.br/inteiro\\_teor/doc\\_inteiro\\_teor/14vara/2007.34.00.014809-3\\_decisao\\_23-10-2007.doc](http://www.df.trf1.gov.br/inteiro_teor/doc_inteiro_teor/14vara/2007.34.00.014809-3_decisao_23-10-2007.doc)>. Acesso em: 17 mai. 2010.

### 3.7.1 Efeitos da aprovação das propostas sobre a prática médica

Analisando os projetos já citados, sob o ponto de vista do objetivo deste trabalho, que é de responder a pergunta se “os projetos de alteração do Código Penal, em tramitação no Congresso Nacional, se adéquam ou não a prática médica com relação à Eutanásia de doentes terminais?”

Pode-se afirmar que caso o PL-6715/2009 seja aprovado, com ou sem as modificações do substitutivo apresentado na Câmara dos Deputados, muito do apresentado no subitem 2.3.3 deixará de ser feito de maneira clandestina. Já que atualmente nenhum médico se arrisca a confessar a prática de Ortotanásia sob pena de ser processado criminalmente, apesar de que como lembra Simões<sup>181</sup>, a punição pela autoria do “crime” é difícil.

A aprovação permitirá que o Brasil finalmente possa estabelecer um controle sobre quantas e de qual forma a Eutanásia é praticada no Brasil. Permitindo inclusive, se o PL-6715/2009 for aprovado na forma do seu substitutivo, que o MP e o Judiciário brasileiro possam atuar, de forma mais efetiva, no controle e pressão para que o Executivo forneça mais e melhor infra-estrutura para o tratamento dos casos que requerem internamento em UTI.

Contudo, caso ocorra uma reviravolta, em que sejam aprovados projetos como o apresentado pelo Dr. Talmir nada mudaria na prática médica, somente o Novo Código de Ética Médica<sup>182</sup> estaria sob o grave risco de ver sua vigência suspensa.

Deve-se lembrar que, mesmo que um projeto como o PL-6715/2009 seja aprovado, possivelmente ainda restaria como colocado no item 3.2, um período de disputa judicial para se decidir se a Eutanásia, sob a sua variação Ortotanásia, viola a Constituição ou não. Muito provavelmente com o processo subindo e sendo finalmente julgado no STF. Uma vez que existe um grande interesse e divergências suscitados na opinião pública, apontadas no item 3.1, como foi o caso de Terri Schiavo, vide subitem 2.3.1.

---

<sup>181</sup> Vide a discussão no item 3.5.

<sup>182</sup> Vide o Anexo C.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho apresenta, limitado as possibilidades de uma monografia de final de curso, o que está ocorrendo para a regulamentação ou de modo contrário a completa proibição da Eutanásia no Código Penal Brasileiro, e dos seus efeitos na legalidade ou não da prática médica.

Introduzem-se no capítulo 2 deste trabalho alguns conceitos chave para esclarecer o leitor sobre os principais tipos de Eutanásia e de seu contraponto a Distanásia, além de se aclarar alguns dos princípios, sendo inclusive constitucionais. Que são continuamente utilizados por ambos os lados do debate contra e a favor da regulamentação da Eutanásia. Finaliza apresentando a prática médica sobre o tema, que independentemente de ser ou não legal, é executada no Brasil, tanto que o CFM, já pela segunda vez (considerando-se a resolução CFM 1.805/2006 como a primeira tentativa, vide o Anexo B), tenta regular a matéria. Agora dentro do próprio Código de Ética da categoria, vide o Anexo C. Todo o material apresentado tem o objetivo de permitir que leitor tome conhecimento de pontos chave do debate sobre a Eutanásia.

No capítulo 3 se entra na discussão do tema, colocando os argumentos utilizados tanto nos meios acadêmico, jurídico e da sociedade em geral (inclusive da Igreja Católica) sobre a questão. Apresenta-se também a interpretação que pode ser dada com base na Constituição, a favor ou contra o tema. Coloca-se a visão dada na aplicação do Código Penal vigente, inclusive com o que se propunha no anteprojeto de mudança do Código Penal, que não chegou a ser encaminhado ao Congresso Nacional. Trabalha-se a jurisprudência e a legislação comparada, finalizando o capítulo com o estado da discussão de possíveis alterações regulamentando ou não a Eutanásia, que tramitam no Congresso Nacional, e seus efeitos sobre a realidade médica, tema desta monografia.

Nos anexos estão colocados materiais para consulta. Tanto sobre as resoluções e Novo Código de Ética Médica (anexos A até C). Uma lista de outras classificações sobre tipos de Eutanásia (anexo D). A história sobre como pode ser penosa a decisão para a prática da Eutanásia, no anexo E, que quebra o mito de que ela possa ser somente uma forma da família ou a sociedade se “livrar” de alguém que a incomoda. E alguns dos projetos contra e a favor da regulamentação da Eutanásia, em tramitação no Congresso Nacional.

A classe médica brasileira, como apresentado no subitem 2.3.3, tem-se confrontado diariamente, nas UTIs Brasil à fora, com a escolha em se praticar a Eutanásia ou

não em seus pacientes terminais. Prática que apesar de jurisdicionalmente proibida, como trabalhado no item 3.5, recebeu novamente regulamentação pelo Conselho Federal de Medicina, vide o Anexo C. E que, caso o legislativo não se manifeste favoravelmente, seja através da aprovação da PL-6515/2009 ou projeto semelhante, continuará tratando o profissional médico, de alta especialização, no mesmo nível do criminoso hediondo (traficante, seqüestrador, torturador, etc.). Como querem alguns legisladores a exemplo do Dr. Talmir com seus projetos, item 3.7.

Causou-nos desapontamento a constatação de que o projeto, realizado por comissão de notáveis, para a reforma do Código Penal em sua parte especial, convocado pelo Ministério da Justiça, não teve seguimento. Já que é notório no meio jurídico que o Código Penal também necessita de uma reforma geral. Como a que sofreu recentemente o Código Civil, e está passando agora tanto o Código de Processo Civil quanto o Penal. A oxigenação do debate que a unificação da legislação esparsa sobre temas como a Eutanásia, Aborto, Drogas, Contrabando, etc., é importante para a classe jurídica, e para o Brasil. Já que a influência que nosso Código Penal ainda espalha pelo tecido da sociedade (em pleno século XXI com a “maioridade” da Constituição Cidadã) é a da visão da ditadura Vargasista vigente em plena 2ª Grande Guerra Mundial. Uma visão que tem reiteradamente colidido com nossa Constituição, alicerce do nosso ordenamento jurídico.

Analisando o tema, através do levantamento bibliográfico em livros, revistas, jornais e internet, e após a compilação deste trabalho, julgamos interessante também indicar alguns temas que podem ser aprofundados em futuras pesquisas, como:

- a) Pesquisa sobre a Mistanásia, subitem 2.1.5, no Brasil;
- b) Pesquisa com a classe médica sobre os efeitos que a liberação, caso ocorra a aprovação do PL-6515/2009, traz sobre a sua prática, inclusive com questionamentos sobre como era o seu sentimento/prática antes desta liberação;
- c) Pesquisa sobre a prática dos outros subtipos de Eutanásia, inclusive os relacionados no Anexo D, e os efeitos que a regulamentação da Eutanásia trará.

No caso como alguns subtipos tratam também de temas como Aborto e Eugênia, são estudos na área dos Direitos Humanos realmente interessantes para a academia;

- d) Aprofundamento das pesquisas sobre temas como a autodeterminação, direito à saúde, direito à morte digna X suicídio, Eutanásia X Homicídio Piedoso, etc.;
- e) Estudos sobre quando a prática da Eutanásia X Avanços da Medicina entram em choque, principalmente quando a questão passa pela falta de reciclagem dos profissionais da saúde e investimento em tecnologia pelo estado brasileiro.

Algumas sugestões que podem ser encaminhadas ao Congresso Nacional, em relação à proposta PL-6515/2009, já considerando o seu substitutivo, é a da re-análise pelos legisladores pátrios das regulações aplicadas na Holanda, Austrália e até mesmo no Uruguai, item 3.6, quanto aos documentos, tamanho e isenção dos comitês médicos envolvidos. Outra sugestão é a obrigatoriedade do MP, uma vez acionado, solicitar perícia externa especializada (ao hospital envolvido), para verificação de novas técnicas e/ou pesquisas existentes no mundo, e da possibilidade de aplicação destas no caso sob análise, com parte do seu parecer.

Voltando à afirmação de Maria e Silva<sup>183</sup>:

Outro efeito colateral negativo da resolução do Conselho Federal de Medicina é a interpretação que a imprensa irá fazer dela. A rigor, a ortotanásia é uma rendição da ciência. Ao adotá-la, **o Conselho Federal de Medicina reconhece que, em última instância, quem mata é Deus e que a ciência médica não é infalível [grifo nosso]**. Tanto que **a Igreja Católica sempre foi favorável à ortotanásia, porque ela não é, nada mais, nada menos, do que a opção de evitar o abuso dos métodos artificiais de prolongamento da vida, dando à natureza a chance de operar a morte esperada ou a cura milagrosa [grifo nosso]**.<sup>184</sup>

Causa estranheza que alguém ainda tenha dúvidas sobre algo que é transparente aos próprios médicos. Eles não infalíveis, não são deuses, são humanos. Não é possível que se cobre a indiferença dos mesmos, principalmente ao conviverem com o sofrimento do próximo. Ainda mais sabendo que tal sofrimento é abusivo, ou como pregam os defensores do Biodireito, é “tortura” inútil e sem esperança na melhora do paciente.

Aparentemente os defensores da criminalização da Eutanásia consideram que uma “vida digna” se baseia mais na quantidade de vida (dias) que se vive e não na qualidade da vida que o ser humano possa levar. Não acreditam que uma vida digna, segundo a interpretação que se dá hoje, envolve a possibilidade do convívio com os seus semelhantes e

---

<sup>183</sup> Vide item 3.1.

<sup>184</sup> MARIA E SILVA, José. **A moral devoluta**. Disponível em: <<http://www.jornalopcao.com.br/index.asp?secao=Reportagens&idjornal=212&idrep=2102>>. Acesso em: 03 abr.2010.

também o gozo dos direitos inscritos no artigo 6º da Constituição Federal. Destacamos dentre eles, para o caso da realização pessoal das pessoas, o trabalho e o lazer (dentro das limitações que a doença do paciente possa impor).

Algo que para um paciente terminal não costuma mais ser possível. Já que o paciente ou está em coma, ou não apresenta mais condições de mobilidade e comunicação (tetraplegias e paralisias por degenerações neurais), o que via de regra obriga que o mesmo permaneça sob tratamento intensivo em Hospitais e Clínicas especializadas. Isolado e se sentindo um inútil. Isto quando ainda é possível para ele ter alguma consciência de seu estado, e de que este estado não é mais reversível, ao menos para a técnica médica atual e de um futuro próximo (dentro do horizonte dos anos que se estima que o paciente ainda viveria normalmente, se não estivesse doente).

Quem é contrário à Eutanásia também parece esquecer que, via de regra, os defensores da Eutanásia pregam que a mesma seja praticada de forma consentida, de preferência pelo próprio paciente (quando isto não mais for possível pelos seus parentes). E que para a efetivação do procedimento sempre se ouçam vários especialistas, além das autoridades do MP e Judiciário. De maneira que não restem dúvidas quanto a não ser uma forma de homicídio ou de auxílio ao suicídio. Mas principalmente, que além de tudo esta seja a última alternativa, quando restar somente à alternativa da “tortura” distanásica de manter o paciente “vivo”.

Resta-nos esperar que as classes política e jurídica do Brasil descubram isto logo, e decidam sobre o assunto, acabando com as incertezas e riscos que afligem os profissionais da área médica sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

BONAVIDES, Paulo. Os Direitos Humanos e a Democracia. In: SILVA, Reinaldo Pereira e (Org.). **Direitos Humanos como Educação para a Justiça**. São Paulo: LTr. 1998, p. 09-23.

BORGES, Alci Marcus Ribeiro. Direitos humanos: conceitos e preconceitos. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, n. 1248, 1 dez. 2006. Disponível em:  
<<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9225>>. Acesso em: 18 abr. 2010.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **PROJETO DE LEI Nº , DE 2005**. Disponível em:  
<<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/295399.pdf>>. Acesso em: 31 mar.2010.

\_\_\_\_\_. **PL-3002/2008**. Disponível em:  
<<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/544137.pdf>>. Acesso em: 03 abr.2010.

\_\_\_\_\_. **PL-6715/2009**. Disponível em:  
<<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/728243.pdf>>. Acesso em: 03 abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei e Outras Proposições - Proposição: PL-2283/2007**. Disponível em:  
<[http://www.camara.gov.br/sileg/Prop\\_Detalhe.asp?id=373924](http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=373924)>. Acesso em: 13 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. **PL-2283/2007**. Disponível em:  
<<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/517031.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei e Outras Proposições - Proposição: PL-5058/2005**. Disponível em:  
<[http://www.camara.gov.br/sileg/Prop\\_Detalhe.asp?id=281681](http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=281681)>. Acesso em: 14 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei e Outras Proposições - Proposição: PL-3002/2008**. Disponível em:  
<[http://www.camara.gov.br/sileg/Prop\\_Detalhe.asp?id=386610](http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=386610)>. Acesso em: 14 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei e Outras Proposições - Proposição: PL-6715/2009**. Disponível em:  
<[http://www.camara.gov.br/sileg/Prop\\_Detalhe.asp?id=465323](http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=465323)>. Acesso em: 14 mai. 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Critérios para a caracterização de morte encefálica**. Disponível em:  
<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm)>. Acesso em: 25 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1**. Disponível em:  
<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/111\\_2007.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/111_2007.htm)>. Acesso em: 25 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1931/2009**. Disponível em:  
<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm)>. Acesso em: 12 abr. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 26 abr. 2010.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm)>. Acesso em: 04 abr. 2010.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 fevereiro de 1997. Lei dos Transplantes. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9434.htm>>. Acesso em: 27 abr. 2010.

BRASIL, Ministério da Justiça. **Elaboração Legislativa**. Disponível em <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJ5C2A38D7PTBRIE.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. **Elaboração Legislativa** » Comissões » Código Penal. Disponível em <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJ0EADEB70ITEMID2E0FB3D624BC4235AA701838E52FB1CAPTBRIE.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2010.

BRASIL, Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. **Reforma do Código Penal (relatório e anteprojeto de lei)**. Disponível em <[http://www.mpdf.gov.br/portal/pdf/unidades/procuradoria\\_geral/nicceap/legis\\_armas/Legislacao\\_completa/Anteprojeto\\_Codigo\\_Penal.pdf](http://www.mpdf.gov.br/portal/pdf/unidades/procuradoria_geral/nicceap/legis_armas/Legislacao_completa/Anteprojeto_Codigo_Penal.pdf)>. Acesso em: 22 mai. 2010.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo regimental no recurso especial: AgRg no REsp 1002335 RS 2007/0257351-2**, da T1 – Primeira Turma, Brasília, DF, 21 de agosto de 2008. Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/810017/agravo-regimental-no-recurso-especial-agrg-no-resp-1002335-rs-2007-0257351-2-stj>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Questão de ordem na arguição de descumprimento de preceito fundamental: ADPF 54 QO / DF - DISTRITO FEDERAL**, Brasília, DF, 27 de abril de 2005. Disponível em <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=ADPF-QO.SCLA.%20E%2054.NUME.&base=baseAcordaos>>. Acesso em: 17 mai. 2010.

BRASIL. Tribunal Regional Federal. Seção Judiciária do Distrito Federal. **PROCESSO Nº: 2007.34.00.014809-3**, Brasília, DF, 23 de outubro de 2007. Disponível em <[http://www.df.trf1.gov.br/inteiro\\_teor/doc\\_inteiro\\_teor/14vara/2007.34.00.014809-3\\_decisao\\_23-10-2007.doc](http://www.df.trf1.gov.br/inteiro_teor/doc_inteiro_teor/14vara/2007.34.00.014809-3_decisao_23-10-2007.doc)>. Acesso em: 17 mai. 2010.

BRAZIL, Carlos. **Eutanásia em discussão - tema que envolve avaliações éticas, morais, religiosas e legais, a eutanásia entra em debate**. Disponível em <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=6645>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

BUBLITZ, Juliana. Novo código médico - Paciente mais forte. **Diário Catarinense**, Florianópolis, 13 abr. 2010. Reportagem Especial, p. 4.

COIMBRA, Cícero Galli. Morte Encefálica. **Departamento de Neurologia e Neurocirurgia - Disciplina de Neurologia Experimental**. Disponível em <<http://www.unifesp.br/dneuro/mortencefalica.php>>. Acesso em: 08 junho. 2010.

COLLUCCI, Cláudia; LEITE, Fabiane; GOIS, Antônio. **Médicos revelam que Eutanásia é prática habitual em UTIs do país**. FOLHA DE SÃO PAULO, Disponível em

<<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u105876.shtml>>. Acesso em: 13 abr. 2010.

COSTA, André Marques de Oliveira. Os direitos humanos: realidade ou mito. **Estado de Direito**, Porto Alegre, 2010, n. 24, ano IV.

D'AVILA, Roberto Luiz. **Um novo código para um novo tempo**, Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/artigos/artigo.asp?id=1152>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

DINIZ, Débora. Quando a morte é um ato de cuidado. In: SARMENTO, Daniel; PIOVESAN, Flávia (Coord.). **Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e Eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2007, p. 295-307.

D'URSO, Luiz Flávio Borges. **A Eutanásia no direito brasileiro**. Ordem dos Advogados do Brasil - Seção de São Paulo. Disponível em: <[http://www.oabsp.org.br/palavra\\_presidente/2005/81/](http://www.oabsp.org.br/palavra_presidente/2005/81/)>. Acesso em: 22 mar.2010.

FABBRO, Leonardo. **Atos de Disposição do Próprio Corpo - Limitações Jurídicas à Autonomia do Paciente**. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v7/limjuridicas.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Médicos revelam que Eutanásia é prática habitual em UTIs do país**. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u105876.shtml>>. Acesso em: 22 abr. 2008.

GIL, Antonio Carlos. Métodos das ciências sociais. In: \_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999. cap. 2, p. 26-41.

GIL, Antonio Carlos. 4. Como classificar as pesquisas. In: \_\_\_\_\_. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996. p. 45-62.

GOLDIM, José Roberto. **Eutanásia**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm#mistanásia>>. Acesso em: 03 abr.2010.

\_\_\_\_\_. **Caso Terri Schiavo Retirada de Tratamento**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/terri.htm>>. Acesso em: 09 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. **Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. **Eutanásia - Estados Unidos**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutancal.htm>>. Acesso em: 17 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. **Eutanásia - Austrália**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanaus.htm>>. Acesso em: 17 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. **Eutanásia - Colômbia**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutacol.htm>>. Acesso em: 17 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. **Tipos de Eutanásia**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutantip.htm>>. Acesso em: 24 mai.2010.

\_\_\_\_\_. **Suicídio Assistido**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/suicass.htm>>. Acesso em: 24 mai.2010.

\_\_\_\_\_. **Paciente Terminal**. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/pacterm.htm>>. Acesso em: 24 mai. 2010.

GOMIDES, José Eduardo. A definição do problema de pesquisa a chave para o sucesso do projeto de pesquisa. **Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão - CESUC**, ano IV, n. 06, 1. semestre, 2002. Disponível em <<http://wwwp.fc.unesp.br/~verinha/ADEFINICAODOPROBLEMA.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2010.

GUTIERREZ, Pilar L. O que é o paciente terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, jun. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 abr. 2010.

HERKENHOFF, João Batista. Conceito de direitos humanos. genealogia da idéia. tábua dos grandes valores ético-jurídicos que inspiram a declaração. In: \_\_\_\_\_. **Curso de Direitos Humanos**. São Paulo: Editora Acadêmica, v. I, 1994 . cap. 3, p. 30-32.

LOPES, Adriana Dias. **Especial – Coma. O dia em que morri**. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/170310/coma-dia-em-que-morri-p-110.shtml>>. Acesso em: 24 mar. 2010.

MARIA E SILVA, José. **A moral devoluta**. Disponível em: <<http://www.jornalopcao.com.br/index.asp?secao=Reportagens&idjornal=212&idrep=2102/>> . Acesso em: 03 abr.2010.

MARTIN, Leonard M. **A mistanásia: a “eutanasia social”**. Disponível em <<http://paginasdefilosofia.blogspot.com/2009/07/mistanasia-eutanasia-social.html>>. Acesso em: 03 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. **Eutanásia e distanásia**. Disponível em <[http://www.portalmedico.org.br/biblioteca\\_virtual/bioetica/ParteIIIeutanasia.htm](http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIIeutanasia.htm)>. Acesso em: 04 abr. 2010.

Merck & Co., Inc. **MANUAL MERCK – Biblioteca On-line**. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?id=103>>. Acesso em: 28 abr. 2010.

MIRANDA, Thiago Alves. **Eutanásia: reflexões à luz do princípio da dignidade da pessoa humana e do biodireito**. Disponível em <<http://www.webartigos.com/articles/35601/1/EUTANASIA-REFLEXOES-A-LUZ-DO-PRINCIPIO-DA-DIGNIDADE-DA-PESSOA-HUMANA-E-DO-BIODIREITO/pagina1.html>>. Acesso em: 17 abr. 2010

MÖLLER, Letícia Ludwig. **Direito à morte com dignidade e autonomia**. Curitiba: Juruá, 2008.

MUTO, Eliza; NARLOCH, Leandro. Uma nova morte. **Revista SUPER Interessante**. n. 221, dez. 2005. Disponível em <<http://super.abril.com.br/ciencia/nova-morte-446150.shtml>> Acesso em: 03 abr. 2010.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. **Coma e Estado Vegetativo Persistente**. Tradução Helio Augusto Ferreira Fontes Disponível em: <<http://www.copacabanarunners.net/coma.html>>. Acesso em: 28 abr. 2010.

OLIVEIRA, Lilian Carla de e JAPAULO, Maria Paula. **Morrer ou matar – Eutanásia e direito a vida: limites e possibilidades**. Consultor Jurídico. Disponível em: <<http://conjur.estadao.com.br/static/text/38164,1>>. Acesso em: 22 mar.2010.

PEREIRA, Sandra Aparecida; PINHEIRO, Ana Claudia Duarte. Eutanásia. **Revista do direito público**. Londrina, v. 3, n. 3, set./dez. 2008. Disponível em <[http://www2.uel.br/revistas/direitopub/pdfs/VOLUME\\_3/num\\_3/EUTAN%C1SIA.pdf](http://www2.uel.br/revistas/direitopub/pdfs/VOLUME_3/num_3/EUTAN%C1SIA.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2010.

PESSINI, Léo. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001 Introdução. p. 29-44.

PITHAN, Livia Haygert. Delimitação temática: aspectos da conduta médica diante dos pacientes irreversíveis. In: \_\_\_\_\_. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressuscitação”**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. cap. 1, p. 21-56.

RECH, Mário Antônio. **Eutanásia: uma análise a partir do direito positivo**. 2008. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito)-Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2008.

RIBEIRO, Diaulas Costa. **Eutanásia: Viver bem não é viver muito**. Disponível em: <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?id=6625>>. Acesso em: 04 abr.2010.

ROSA, Isaac Peixoto Costa. **A Eutanásia No Direito Brasileiro**. Disponível em <<http://www.webartigos.com/articles/1783/1/A-Eutanasia-No-Direito-Brasileiro/pagina1.html>>. Acesso em: 30 abr. 2010.

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

Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé. **DECLARAÇÃO SOBRE A EUTANÁSIA**. Disponível em: <[http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_po.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html)>. Acesso em: 31 mar. 2010.

SÃO PAULO, Procuradoria Geral do Estado de São Paulo. **Convenção americana de direitos humanos (1969) (Pacto de San José da Costa Rica)**. Disponível em <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>>. Acesso em: 31 mai. 2010.

SILVA, André Ricardo Dias da. **Entre a vida e a morte: o direito fundamental à saúde aviltado. As tutelas de urgência como salvaguarda**. Disponível em <<http://www.jurid.com.br/new/jengine.exe/cpag?p=jornaldetalhedoutrina&ID=76787>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

SIMÕES, Andiara Diniz. **Eutanásia - A visão de quem está do outro lado**. Disponível em <<http://www.apaps.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid=19>>. Acesso em: 17 mai. 2010.

SOUZA, Everton Gomes. **Eutanásia e responsabilidade médica**. Disponível em <<http://br.monografias.com/trabalhos2/eutanasia/eutanasia.shtml>>. Acesso em: 17 mai. 2010.

SWIDEREK, Laura. **Análise jurídico-penal da Eutanásia: em busca da morte digna**. 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Faculdade de Direito, PUCRS. 2007.

**ANEXOS**

**ANEXO A – RESOLUÇÃO N.º 1.480 - 8 DE AGOSTO DE 1997<sup>185</sup>.**

Conselho Federal de Medicina: Critérios para a Caracterização de Morte Encefálica. RESOLUÇÃO N.º 1.480 8 DE AGOSTO DE 1997.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

**CONSIDERANDO** que a Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, determina em seu artigo 3º que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica;

**CONSIDERANDO** que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial;

**CONSIDERANDO** o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para o suporte de funções vegetativas em pacientes com parada total e irreversível da atividade encefálica;

**CONSIDERANDO** a necessidade de judiciosa indicação para interrupção do emprego desses recursos;

**CONSIDERANDO** a necessidade da adoção de critérios para constatar, de modo indiscutível, a ocorrência de morte;

**CONSIDERANDO** que ainda não há consenso sobre a aplicabilidade desses critérios em crianças menores de 7 dias e prematuros,

**RESOLVE:**

**Art. 1º.** A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

---

<sup>185</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Critérios para a caracterização de morte encefálica**. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm)>. Acesso em: 25 mar. 2010.

**Art. 2º.** Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no termo de declaração de morte encefálica anexo a esta Resolução. Parágrafo único. As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada à supressão de qualquer de seus itens.

**Art. 3º.** A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.

**Art. 4º.** Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.

**Art. 5º.** Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

a) de 7 dias a 2 meses incompletos - 48 horas; b) de 2 meses a 1 ano incompleto - 24 horas; c) de 1 ano a 2 anos incompletos - 12 horas; d) acima de 2 anos - 6 horas.

**Art. 6º.** Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca: a) ausência de atividade elétrica cerebral ou, b) ausência de atividade metabólica cerebral ou, c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.

**Art. 7º.** Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado: a) acima de 2 anos - um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c"; b) de 1 a 2 anos incompletos: um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c". Quando optar-se por eletroencefalograma, serão necessários 2 exames com intervalo de 12 horas entre um e outro; c) de 2 meses a 1 anos incompleto - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro; d) de 7 dias a 2 meses incompletos - 2 eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

**Art. 8º.** O termo de Declaração de Morte Encefálica, devidamente preenchido e assinado, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente.

**Art. 9º.** Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor-Clínico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado.

**Art. 10.** Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga a resolução CFM n.º. 1.346/91.

Brasília-DF, 08 de agosto de 1997.

WALDIR PAIVA MESQUITA

Presidente

ANTÔNIO HENRIQUE PEDROSA NETO

Secretário-Geral

Publicada no D.O.U. de 21.08.97 Página 18.227

**ANEXO B – RESOLUÇÃO CFM N.º 1.805/2006<sup>186</sup>**

(Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169)

(Resolução suspensa por decisão liminar do M. Juiz Dr. Roberto Luis Luchi Demo, nos autos da Ação Civil Pública n. 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal, movida pelo Ministério Público Federal)

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

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

**CONSIDERANDO** que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

**CONSIDERANDO** o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

**CONSIDERANDO** o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”;

**CONSIDERANDO** que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes;

**CONSIDERANDO** que o art. 1º da Resolução CFM nº 1.493, de 20.5.98, determina ao diretor clínico adotar as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;

**CONSIDERANDO** que incumbe ao médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal;

---

<sup>186</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1**. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/111\\_2007.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/111_2007.htm)>. Acesso em: 25 mar. 2010.

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em reunião plenária de 9/11/2006,

**RESOLVE:**

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

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

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

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

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

**Art. 3º** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 9 de novembro de 2006

**EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE**

Presidente

**LÍVIA BARROS GARÇÃO**

Secretária-Geral

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A medicina atual vive um momento de busca de sensato equilíbrio na relação médico-enfermo. A ética médica tradicional, concebida no modelo hipocrático, tem forte acento paternalista. Ao enfermo cabe, simplesmente, obediência às decisões médicas, tal qual uma criança deve cumprir sem questionar as ordens paternas. Assim, até a primeira metade do século XX, qualquer ato médico era julgado levando-se em conta apenas a moralidade do agente, desconsiderando-se os valores e crenças dos enfermos. Somente a partir da década de 60 os códigos de ética profissional passaram a reconhecer o doente como agente autônomo.

À mesma época, a medicina passou a incorporar, com muita rapidez, um impressionante avanço tecnológico. Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e novas metodologias criadas para aferir e controlar as variáveis vitais ofereceram aos profissionais a possibilidade de adiar o momento da morte. Se no início do século XX o tempo estimado para o desenlace após a instalação de enfermidade grave era de cinco dias, ao seu final era dez vezes maior. Tamanho é o arsenal tecnológico hoje disponível que não é descabido dizer que se torna quase impossível morrer sem a anuência do médico.

Bernard Lown, em seu livro *A arte perdida de curar*, afirma: “As escolas de medicina e o estágio nos hospitais os preparam (os futuros médicos) para tornarem-se oficiais-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com a morte. A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer.”

O poder de intervenção do médico cresceu enormemente, sem que, simultaneamente, ocorresse uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos. Seria ocioso comentar os benefícios auferidos com as novas metodologias diagnósticas e terapêuticas. Incontáveis são as vidas salvas em situações críticas, como, por exemplo, os enfermos recuperados após infarto agudo do miocárdio e/ou enfermidades com graves distúrbios hemodinâmicos que foram resgatados plenamente saudáveis por meio de engenhosos procedimentos terapêuticos.

Ocorre que nossas UTIs passaram a receber, também, enfermos portadores de doenças crônico-degenerativas incuráveis, com intercorrências clínicas as mais diversas e que são contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para os últimos, com frequência, pode-se alcançar plena recuperação, para os crônicos pouco se oferece além de um sobreviver precário e, às vezes, não mais que vegetativo. É importante

ressaltar que muitos enfermos, vítimas de doenças agudas, podem evoluir com irreversibilidade do quadro. Somos expostos à dúvida sobre o real significado da vida e da morte. Até quando avançar nos procedimentos de suporte vital? Em que momento parar e, sobretudo, guiados por que modelos de moralidade?

Aprendemos muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado ético da vida e da morte. Um trabalho publicado em 1995, no *Archives of Internal Medicine*, mostrou que apenas cinco de cento e vinte e seis escolas de medicina norte-americanas ofereciam ensinamentos sobre a terminalidade humana. Apenas vinte e seis dos sete mil e quarenta e oito programas de residência médica tratavam do tema em reuniões científicas.

Despreparados para a questão, passamos a praticar uma medicina que subestima o conforto do enfermo com doença incurável em fase terminal, impondo-lhe longa e sofrida agonia. Adiamos a morte às custas de insensato e prolongado sofrimento para o doente e sua família. A terminalidade da vida é uma condição diagnosticada pelo médico diante de um enfermo com doença grave e incurável; portanto, entende-se que existe uma doença em fase terminal, e não um doente terminal. Nesse caso, a prioridade passa a ser a pessoa doente e não mais o tratamento da doença.

As evidências parecem demonstrar que esquecemos o ensinamento clássico que reconhece como função do médico “*curar às vezes, aliviar muito freqüentemente e confortar sempre*”. Deixamos de cuidar da pessoa doente e nos empenhamos em tratar a doença da pessoa, desconhecendo que nossa missão primacial deve ser a busca do bem-estar físico e emocional do enfermo, já que todo ser humano sempre será uma complexa realidade biopsicossocial e espiritual.

A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduz à obstinação diagnóstica e terapêutica. Alguns, alegando ser a vida um bem sagrado, por nada se afastam da determinação de tudo fazer enquanto restar um débil “sopro de vida”. Um documento da Igreja Católica, datado de maio de 1995, assim considera a questão: “*Distinta da Eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado excesso terapêutico, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionais aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida*”.

Inevitavelmente, cada vida humana chega ao seu final. Assegurar que essa passagem ocorra de forma digna, com cuidados e buscando-se o menor sofrimento possível, é missão daqueles que assistem aos enfermos portadores de doenças em fase terminal. Um

grave dilema ético hoje apresentado aos profissionais de saúde se refere a quando **não** utilizar toda a tecnologia disponível. Jean Robert Debray, em seu livro *L'acharnement thérapeutique*, assim conceitua a obstinação terapêutica: “*Comportamento médico que consiste em utilizar procedimentos terapêuticos cujos efeitos são mais nocivos do que o próprio mal a ser curado. Inúteis, pois a cura é impossível e os benefícios esperados são menores que os inconvenientes provocados*”. Essa batalha fútil, travada em nome do caráter sagrado da vida, parece negar a própria vida humana naquilo que ela tem de mais essencial: a dignidade.

No Brasil, há muito o que fazer com relação à terminalidade da vida. Devem ser incentivados debates, com a sociedade e com os profissionais da área da saúde, sobre a finitude do ser humano. É importante que se ensine aos estudantes e aos médicos, tanto na graduação quanto na pós-graduação e nos cursos de aperfeiçoamento e de atualização, as limitações dos sistemas prognósticos; como utilizá-los; como encaminhar as decisões sobre a mudança da modalidade de tratamento curativo para a de cuidados paliativos; como reconhecer e tratar a dor; como reconhecer e tratar os outros sintomas que causam desconforto e sofrimento aos enfermos; o respeito às preferências individuais e às diferenças culturais e religiosas dos enfermos e seus familiares e o estímulo à participação dos familiares nas decisões sobre a terminalidade da vida. Ressalte-se que as escolas médicas moldam profissionais com esmerada preparação técnica e nenhuma ênfase humanística.

O médico é aquele que detém a maior responsabilidade da “cura” e, portanto, o que tem o maior sentimento de fracasso perante a morte do enfermo sob os seus cuidados. Contudo, nós, médicos, devemos ter em mente que o entusiasmo por uma possibilidade técnica não nos pode impedir de aceitar a morte de um doente. E devemos ter maturidade suficiente para pesar qual modalidade de tratamento será a mais adequada. Deveremos, ainda, considerar a eficácia do tratamento pretendido, seus riscos em potencial e as preferências do enfermo e/ou de seu representante legal.

Diante dessas afirmações, torna-se importante que a sociedade tome conhecimento de que certas decisões terapêuticas poderão apenas prolongar o sofrimento do ser humano até o momento de sua morte, sendo imprescindível que médicos, enfermos e familiares, que possuem diferentes interpretações e percepções morais de uma mesma situação, venham a debater sobre a terminalidade humana e sobre o processo do morrer.

Torna-se vital que o médico reconheça a importância da necessidade da mudança do enfoque terapêutico diante de um enfermo portador de doença em fase terminal, para o qual a Organização Mundial da Saúde preconiza que sejam adotados os cuidados paliativos, ou seja, uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus

familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida. A atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual.

## ANEXO C – Código de Ética Médica

RESOLUÇÃO CFM Nº 1931/2009<sup>187</sup>

(Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90)

(Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173)

Aprova o Código de Ética Médica.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, modificado pelo Decreto n.º 6.821, de 14 de abril de 2009 e pela Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e, consubstanciado nas Leis n.º 6.828, de 29 de outubro de 1980 e Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999; e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO que as normas do Código de Ética Médica devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade;

CONSIDERANDO as propostas formuladas ao longo dos anos de 2008 e 2009 e pelos Conselhos Regionais de Medicina, pelas Entidades Médicas, pelos médicos e por instituições científicas e universitárias para a revisão do atual Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO as decisões da IV Conferência Nacional de Ética Médica que elaborou, com participação de Delegados Médicos de todo o Brasil, um novo Código de Ética Médica revisado.

CONSIDERANDO o decidido pelo Conselho Pleno Nacional reunido em 29 de agosto de 2009;

---

<sup>187</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1931/2009**. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm)>. Acesso em: 12 abr. 2010.

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 17 de setembro de 2009.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Código de Ética Médica, anexo a esta Resolução, após sua revisão e atualização.

Art. 2º O Conselho Federal de Medicina, sempre que necessário, expedirá Resoluções que complementem este Código de Ética Médica e facilitem sua aplicação.

Art. 3º O Código anexo a esta Resolução entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação e, a partir daí, revoga-se o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM n.º 1.246, publicada no Diário Oficial da União, no dia 26 de janeiro de 1988, Seção I, páginas 1574-1579, bem como as demais disposições em contrário.

Brasília, 17 de setembro de 2009.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO

Secretária-Geral

## CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

### PREÂMBULO

I – O presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina.

II - As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

III - Para o exercício da Medicina impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.

IV - A fim de garantir o acatamento e a cabal execução deste Código, o médico comunicará ao Conselho Regional de Medicina, com discrição e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infração do presente Código e das demais normas que regulam o exercício da Medicina.

V - A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das comissões de ética e dos médicos em geral.

VI - Este Código de Ética Médica é composto de 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e quatro disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei.

### Capítulo I

#### PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

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

III - Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

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

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

IX - A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

XI - O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

XII - O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.

XIII - O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.

XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

XV - O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

VII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XVIII - O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

XIX - O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

XX - A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

XXIII - Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade.

XXIV - Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.

XXV - Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

## Capítulo II

### DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito do médico:

I - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

VI - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

VII - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

VIII - Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

X - Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

### Capítulo III

#### RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 6º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10. Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua

jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 12. Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Parágrafo único. Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 16. Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

#### Capítulo IV

#### DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

## Capítulo V

### RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 39 Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

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

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

Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

## Capítulo VI

### DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

É vedado ao médico:

Art. 43. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 44. Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.

Art. 45. Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

Art. 46. Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

## Capítulo VII

### RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 47. Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro, que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção, sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local.

Art. 48. Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 49. Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.

Art. 50. Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 51. Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 52. Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 53. Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.

Art. 54. Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.

Art. 55. Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho.

Art. 56. Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Art. 57. Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

## Capítulo VIII

### REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 58. O exercício mercantilista da Medicina.

Art. 59. Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados.

Art. 60. Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico para efeito de cobrança de honorários.

Art. 61. Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos.

Art. 62. Subordinar os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 63. Explorar o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos.

Art. 64. Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 65. Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 66. Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.

Parágrafo único. A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.

Art. 67. Deixar de manter a integralidade do pagamento e permitir descontos ou retenção de honorários, salvo os previstos em lei, quando em função de direção ou de chefia.

Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Art. 69. Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Art. 70. Deixar de apresentar separadamente seus honorários quando outros profissionais participarem do atendimento ao paciente.

Art. 71. Oferecer seus serviços profissionais como prêmio, qualquer que seja sua natureza.

Art. 72. Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos.

## Capítulo IX

### SIGILO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exhibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expreso consentimento do seu representante legal.

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

## Capítulo X

### DOCUMENTOS MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81. Atestar como forma de obter vantagens.

Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 91. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

## Capítulo XI

### AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95. Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96. Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97. Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

Parágrafo único. O médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame pericial.

## Capítulo XII

### ENSINO E PESQUISA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 99. Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Art. 100. Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Art. 102. Deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

Art. 103. Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104. Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105. Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106. Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que usem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

Art. 107. Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem como omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.

Art. 108. Utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicados, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109. Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial.

Art. 110. Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

### Capítulo XIII

#### PUBLICIDADE MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 111. Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 112. Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 113. Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente.

Art. 114. Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 115. Anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 116. Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 117. Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 118. Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Nos anúncios de estabelecimentos de saúde devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

### Capítulo XIV

#### DISPOSIÇÕES GERAIS

I - O médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

II - Os médicos que cometerem faltas graves previstas neste Código e cuja continuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à

sociedade poderão ter o exercício profissional suspenso mediante procedimento administrativo específico.

III - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e atualização do presente Código quando necessárias.

IV - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

## ANEXO D – Outras classificações possíveis para a Eutanásia

Deve-se lembrar que o material a seguir é uma cópia do trabalho de Rech<sup>188</sup>, extraída do seu item 3.1-Tipos de Eutanásia, já que o mesmo apresentou diversas classificações diferentes das trabalhadas na pesquisa. As classificações a seguir nada mais são do que mostras das diferentes interpretações que o tema Eutanásia tem tido através do tempo.<sup>189</sup>

Na concepção de Santos (1992), a eutanásia pode ser classificada das seguintes formas:

- a) eutanásia Terapêutica – está relacionada com o emprego ou omissão de meios terapêuticos a fim de obter a morte do paciente, distinguindo-se em:
  - eutanásia Ativa – consiste no ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins misericordiosos;
  - eutanásia Passiva ou Indireta – dá-se quando a morte do paciente ocorre, dentro de uma situação de terminalidade, ou porque não se inicia uma ação médica ou pela interrupção de uma medida extraordinária (p. ex.: não colocar ou retirar o paciente de um respirador); pode também ser chamada eutanásia por omissão, ortotanásia ou paraeutanásia;
  - eutanásia Voluntária – ocorre quando a morte é provocada atendendo a uma vontade do paciente;
  - eutanásia Involuntária – dá-se quando a morte é provocada contra a vontade do paciente;
  - eutanásia Não Voluntária – é caracterizada pela inexistência de manifestação da posição do paciente em relação a ela;
  - eutanásia de Duplo Efeito – ocorre quando a morte é acelerada como uma consequência indireta das ações médicas, que são executadas visando o alívio do sofrimento de um paciente terminal;

---

<sup>188</sup> RECH, Mário Antônio. **Eutanásia: uma análise a partir do direito positivo**. 2008. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito)-Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2008. p. 21-24.

<sup>189</sup> As referências aos autores citados por Rech não foram copiadas para este trabalho, sugere-se a leitura do original.

- b) eutanásia Eugênica – é a eliminação indolor dos doentes indesejáveis, dos inválidos e velhos, no escopo de aliviar a sociedade do peso de pessoas economicamente inúteis;
- c) eutanásia Criminal – é a eliminação indolor de pessoas socialmente perigosas;
- d) eutanásia Experimental – é a ocisão indolor de determinados indivíduos, com o fim experimental para o progresso da ciência;
- e) eutanásia Solidarística – é a ocisão indolor de seres humanos no escopo de salvar a vida de outrem;
- f) eutanásia Teológica – ou morte em estado de graça;
- g) eutanásia Legal – é aquela regulamentada ou consentida pela leis;
- h) eutanásia – Suicídio Assistido – é o auxílio ao suicídio de quem já não consegue realizar sozinho a sua intenção de morrer;
- i) eutanásia Homicídio – resulta da distinção entre aquela praticada por médico e aquela praticada por parente ou amigo;
- j) eutanásia Libertadora – é aquela realizada por solicitação de um paciente portador de doença incurável, submetido a um grande sofrimento;
- k) eutanásia Eliminadora – é a realizada em pessoas, que mesmo não estando em condições próximas da morte, são portadoras de distúrbios mentais. Justificada pela “carga pesada que são para suas famílias e para a sociedade”;
- l) eutanásia Econômica – seria aquela realizada em pessoas que, por motivos de doença, ficam inconscientes e que poderiam ao recobrar os sentimentos sofrerem em função da doença.

Asúa (1992) sustentou existirem apenas três tipos de eutanásia:

- a) Libertadora – sua realização acontece por solicitação do paciente portador de doença incurável que esteja sofrendo por um longo período.
- b) Eliminadora – realizada em pessoas, que mesmo não estando em estado terminal, são portadoras de distúrbios mentais.
- c) Econômica – realizada em pessoas que, por motivo de doença, ficam inconscientes e que poderiam, ao recobrar os sentidos sofrerem em função da sua doença.

No Brasil, Santos (1928), propôs que a eutanásia fosse classificada em dois tipos, de acordo com quem executa a ação:

- a) eutanásia-homicídio: quando alguém realiza um procedimento para terminar com a vida de um paciente.
  - eutanásia-homicídio realizada por médico;
  - eutanásia-homicídio realizada por familiar;
- b) eutanásia-suicídio: quando o próprio paciente é o executante. Esta talvez seja a idéia precursora do Suicídio Assistido.

Destaca-se que Villanova (1928) propôs a seguinte classificação:

- a) Eutanásia súbita: morte repentina;
- b) Eutanásia natural: morte natural, resultante do processo progressivo do envelhecimento;
- c) Eutanásia teológica: morte em estado de graça;
- d) Eutanásia estóica: morte obtida com a exaltação do estoicismo;
- e) Eutanásia terapêutica: faculdade dada aos médicos para propiciar uma morte suave aos enfermos incuráveis e com dor;
- f) Eutanásia eugênica e econômica: supressão das pessoas consideradas inúteis;
- g) Eutanásia legal: aqueles procedimentos regulamentados ou consentidos pela lei.

## ANEXO E – História de Bebê com Paralisia

O texto apresentado neste anexo foi extraído de Diniz<sup>190</sup>, trata-se de eutanásia praticada em um bebê que sofria de Amiotrofia Espinhal Progressiva Tipo I, caso em que a justiça autorizou a suspensão dos procedimentos de prolongamento de vida do bebê, no caso a ventilação mecânica ou pulmão artificial. Foram retiradas todas as notas de rodapé, já que não são de interesse para a apresentação do caso. A autora não dá maiores informações quanto a qual seria o número do processo, vara em correu o feito, etc.

O caso que chegou à Justiça brasileira envolvia um bebê de 8 meses, com um quadro clínico degenerativo, incurável, e que exigia sessões diárias de intervenção no corpo para mantê-lo vivo. Seus pais descreveram estas intervenções como atos de tortura: “isso que a gente chama de tortura é a fisioterapia, puncionar a veia, aspirar o pulmão duas ou três vezes por dia, isso tudo o incomoda, machuca (...) e não há qualquer possibilidade de modificar o quadro dele...”. Por não haver mudança no quadro clínico do bebê ou qualquer possibilidade de conter o avanço da doença, práticas invasivas como a sonda nasogástrica eram medidas consideradas exageradas, porém toleráveis para os pais do bebê. A tortura da medicalização definia-se pela impossibilidade de as medidas invasivas reverterem ou modificarem o quadro clínico “...o que eu acredito é que se houvesse prognóstico de cura para ele, isso não poderia ser nomeado tortura, isso seria uma terapia dolorida. Mas ele não vai ser curado, nós não estamos indo em direção a uma cura..” Essas eram medidas que serviriam apenas para manter o bebê em sobrevida, jamais atuariam para curá-lo ou para aliviar os sintomas da doença. As mesmas medidas invasivas, quando aliviavam o sofrimento do bebê, não eram definidas pelos pais como torturantes, apenas como dolorosas. Para os pais, a fronteira entre tortura e dor deveria ser traçada pelo resultado de cada ação médica: algumas melhoravam a sobrevida do bebê, outras serviam apenas como medidas de obstinação terapêutica.

E foi sobre uma das ações médicas — a ventilação mecânica — que os pais do bebê solicitaram o direito de escolha à Justiça. Uma das características da síndrome genética do bebê era a crescente e incontrolável perda da capacidade muscular. Ainda hoje, a Medicina não sabe como interromper o processo de degeneração muscular do corpo provocado pela síndrome. Os principais hospitais e centros de reabilitação locomotora do país se recusam a

---

<sup>190</sup> DINIZ, Débora. Quando a morte é um ato de cuidado. In: SARMENTO, Daniel; PIOVESAN, Flávia (Coord.). **Nos limites da vida: aborto, clonagem humana e Eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2007, p. 300-307.

internar pacientes com Amiotrofia Espinhal Progressiva Tipo I. Essa recusa não se dá por uma discriminação genética, mas simplesmente por um reconhecimento da incapacidade técnica da Medicina em oferecer qualquer recurso terapêutico ou medidas paliativas para aliviar o quadro clínico. E sobre isso os pais do bebê estavam conscientes e conformados: não havia absolutamente nada o que fazer para reverter o avanço da síndrome, ou nas palavras do pai “... este é um jogo em que já começamos perdendo...”.

Quadros clínicos como o desse bebê são casos-limite para os quais a Medicina tem pouco a oferecer. Há promessas de futuras terapias gênicas, remotas possibilidades de descobertas no campo da farmacogenética, mas o fato é que não há qualquer recurso médico disponível e tampouco se considera que qualquer avanço neste campo estaria acessível às pessoas já em estágio tão avançado de perda muscular, como era o caso do bebê. A síndrome genética do bebê lhe impunha uma curta existência corporal: a estimativa de sobrevida seria de poucos anos. E foi exatamente a certeza da existência reduzida pela síndrome — uma batalha em que a Medicina não está habilitada ainda enfrentar — que fez os pais do bebê solicitarem limites para cada procedimento médico.

Mas se os recursos médicos são limitados, e não há responsáveis para esta limitação do conhecimento humano, os pais do bebê reconheciam outros cuidados como prioritários para garantir a integridade dignidade do bebê. Os pais eram dedicados e amorosos com o bebê. Desde o nascimento, a mãe não trabalhava para dedicar-se integralmente aos cuidados do bebê prematuro que precocemente foi diagnosticado como portador da síndrome genética. O pai abandonou o trabalho desde a primeira internação hospitalar do bebê. Os dois alternavam-se ininterruptamente nos cuidados e na vigilância do bebê. Os pais passaram a ser mantidos pela ajuda da família extensa que, em sua maioria, estava de acordo com a decisão do casal. Esta dedicação irrestrita ao bebê não deve ser entendida apenas como um ato compulsório da maternidade ou da paternidade, mas como um profundo ato de amor de um jovem casal que, antecipadamente, sentia saudades do filho.

Os cuidados intensivos do bebê exigiam diferentes atitudes dos pais. Por um lado, cuidar de um bebê com as limitações impostas pela síndrome pressupunha uma dedicação física e temporal irrestrita. Os pais converteram-se na extensão do corpo debilitado e fraco do bebê. A sobrevida do bebê às paradas cardiorrespiratórias foi resultado do cuidado incondicional de seus pais. Por outro lado, os pais tiveram de aprender a suspender o tempo: eles eram pais de um filho cuja existência tinha data marcada para terminar. A morte é uma condição humana, mas a existência pré-determinada é desconcertante. O bebê morreria em breve, com ou sem ventilação mecânica, e os pais tinham pressa de viver os últimos

momentos com a tranqüilidade de quem ignora a proximidade da morte. A morte do bebê não era apenas uma certeza da condição humana, mas uma sentença. A passagem de condição para sentença fez com que os pais aprendessem que amor e apego fossem sentimentos diferentes, “...o amor é fundamental com desapego... e o nosso amor por ele é desapegado, não poderia ser diferente...”. Por fim, eles precisavam de proteção: somente a Justiça impediria que eles fossem transformados de pais amorosos em assassinos.

A solicitação dos pais à Justiça foi para garantir que o bebê, em caso de parada cardiorrespiratória, não seria submetido à ventilação mecânica e não seria internado em uma UTI. Em outras palavras, a solicitação do casal era por garantir que a capacidade de respirar independentemente de uma máquina fosse o limite da medicalização do corpo do filho. Nos termos do casal, o pedido judicial seria a garantia de que a independência respiratória fosse o limite da tortura. Não mais ser capaz de respirar era o sinal definitivo de que o curso da vida do bebê deveria ser seguido sem a intervenção técnica. Impor a ventilação artificial seria um ato de obstinação terapêutica que apenas impediria por algum tempo que o ciclo natural da curta existência do bebê seguisse seu rumo. O pedido dos pais de recusa de procedimento médico baseava-se na compreensão de que a ventilação mecânica não era um ato médico necessário para o tratamento do bebê, mas sim uma intervenção cruel que impediria a falência definitiva do corpo.

Ser capaz de respirar foi o limite físico estabelecido pelos pais, mas que deve ser redescrito em termos éticos. Os pais defendiam que enquanto o bebê fosse capaz de respirar sem o auxílio de medidas invasivas, ele seria capaz de lutar pela vida: “... a partir do momento em que ele precisar daquela máquina para poder respirar é porque ele não vai mais conseguir respirar (...) É porque ele não deveria estar vivo. É porque não é para ele estar mais vivo ...”. Os pais estavam conscientes, informados e esclarecidos que recusar a ventilação mecânica significaria não mais prolongar a existência do bebê, ou em termos médicos estritos, levaria ao óbito do bebê. É possível, equivocadamente, descrever a solicitação dos pais como um ato de eutanásia, uma vez que o recurso à ventilação mecânica manteria o bebê em sobrevida por mais tempo. Muito provavelmente, o bebê não morreria por problemas decorrentes de colapsos respiratórios, pois a máquina o manteria respirando, mas sua morte se daria por infecções secundárias, pneumonias, ou falências de órgãos. Certamente, a curta existência do bebê seria expandida de alguns meses (em geral 24 meses) para alguns anos, mas a pergunta dos pais era exatamente sobre o sentido de submeter o bebê a medidas heróicas e invasivas.

A ventilação mecânica garantiria a sobrevida do bebê, mas não interromperia o avanço da síndrome. Ele se manteria vivo e permanentemente ligado à máquina para respirar,

piorando continuamente, e sem qualquer experiência de vida independente. Uma vez ligado à máquina, não haveria retorno: o bebê e a máquina de respiração seriam uma única existência. Na máquina, os movimentos físicos dele se reduziram ao piscar de olhos. Por ocasião do pedido judicial, o choro do bebê já era sem som, pois os músculos das cordas vocais já haviam se enfraquecido. Ele ainda ria, mas seus pais sabiam que rapidamente a síndrome impediria a expressão do sorriso. Os pais se esforçavam para acompanhar estes últimos sinais da interação do bebê com o mundo “... a gente está o perdendo, mas perdendo de um jeito bonito. De um jeito justo. Com integridade...”. No hospital, o bebê passou a se alimentar por sonda nasogástrica. Na verdade, ele só conhecera duas formas de se alimentar: o leite materno e o alimento da sonda. Ele ainda era um bebê que se alimentava no seio da mãe quando na primeira parada respiratória perdeu a capacidade de deglutir.

Foi neste mesmo período que os pais passaram mais seriamente a pensar nos limites da medicalização do corpo e da existência do bebê. Até então, os relatos médicos sobre o prognóstico da síndrome eram bastante evasivos, uma característica do discurso médico quando se defronta com situações clínicas que lhe exigem o reconhecimento da impotência técnica. Segundo os pais, os relatos médicos eram genéricos: ora afirmavam que não havia padrão único de evolução da doença, ora confundiam os três tipos de Amiotrofia sugerindo ser possível que o bebê viesse a sentar numa cadeira de rodas “... ninguém nos disse que ele vai chegar num ponto que não vai respirar mais...”. Essa ambiguidade discursiva abriu espaço para que os pais nutrissem expectativas de que não havendo padrão único de evolução da síndrome, talvez, o bebê não desenvolvesse a doença, ou mesmo de que fosse possível que a síndrome estagnasse e ele sobrevivesse em uma cadeira de rodas. Os pais o queriam vivo e com condições de viver a vida, não importando com que restrições de funcionalidade. Jamais a possibilidade da vida com deficiência foi um problema para os pais do bebê. Mas a expectativa foi destroçada pela primeira parada cardíaca e pela tentativa de colocá-lo num CPAP (Continuous Pressure Airway Positive), um recurso de respiração artificial. Nesta ocasião, os pais entenderam que, além de ter que aprender a lidar com a breve existência do filho, era preciso enfrentar o tema de como queriam que o bebê experimentasse os meses de vida que lhe restavam.

Ao contrário do debate tradicional sobre o direito de morrer em que se apela para a autonomia e o livre arbítrio individual para justificar o exercício do direito de deliberar sobre a vida, neste caso não havia como conhecer a opinião do bebê. E jamais seria possível conhecê-la. Mesmo que, desrespeitando a vontade de seus pais, o bebê fosse mantido sob ventilação mecânica permanente, ele não sobreviveria o suficiente para atingir a maioridade e

poder se pronunciar. Na melhor das hipóteses, a respiração artificial lhe daria alguns anos de sobrevida, confinado a um leito de hospital ou aos cuidados domésticos intensivos e sem qualquer independência física ou locomotora, pois todos os músculos estariam permanentemente debilitados. Diante da total impossibilidade de se conhecer a opinião do bebê, seus pais eram os representantes legítimos de sua vontade. E o foram não por uma concessão do Estado que reconhece o pátrio poder, mas por uma demonstração irrefutável do incondicional cuidado dos pais ao bebê.

“... Meu filho é uma extensão de mim, sendo uma extensão de mim não posso deixar que ele passe o que eu não passaria. Não posso permitir: uma extensão de mim não vai sofrer uma coisa que eu não concordo. Eu estou salvando meu filho...”. Com estas palavras, os pais descreveram o fundamento ético do pedido por aliviar o bebê da obstinação terapêutica. Confiná-lo a uma máquina seria escravizá-lo a uma existência limitante e degradante, seria retirar dele a dignidade da morte. Impedi-lo de morrer naturalmente seria uma agressão à existência já repleta de limites do bebê. A Medicina não necessitaria impor outra sentença àquela irrefutável da loteria da natureza. Os pais descreveram a ventilação mecânica como uma ameaça ao livre arbítrio do bebê: o arbítrio de uma existência livre da tecnologia médica. A dignidade do bebê passava pelo direito de morrer livre da tortura médica diária e isenta de sentido terapêutico. A tortura não está na sentença da morte precoce, na degeneração muscular ou no sofrimento físico do bebê, mas nos procedimentos médicos invasivos e incapazes de oferecer qualquer alternativa real de reversão do quadro clínico já instaurado. A ventilação mecânica significaria apenas uma extensão da sobrevida do bebê e, muito provavelmente, a substituição da causa de sua morte: de parada respiratória seguida de parada cardíaca para infecção generalizada ou pneumonia.

Os pais defenderam o direito de morrer livre da tortura da medicalização, um argumento desafiante para o ordenamento moral cristão e para o ethos biomédico que associam a morte ao fracasso. “... No respirador, nem um minuto. Do nosso ponto de vista, aquilo não é mais vida. Aquilo é condenar uma pessoa a não poder morrer (...) Uma criança no respiradouro não tem a possibilidade de morrer...”. Seria possível traduzir o apelo dos pais como a recusa pela obstinação terapêutica. Mas a questão é ainda mais sofisticada que meramente a recusa de procedimento. A condenação à morte não foi decretada pelos pais, mas pelo caráter implacável da síndrome. A ventilação mecânica manteria o bebê indefinidamente vivo, mas seria um procedimento técnico irreversível: uma vez no respirador, o bebê só seria desconectado da máquina com a morte. Neste contexto, a ventilação mecânica não deve sequer ser entendida como uma recusa de tratamento médico, pois sua eleição é uma

falsa opção. Os pais, na verdade, não tinham opção: a morte precoce do bebê era uma sentença e como tal não havia negociação. O que a UTI do Hospital tinha a oferecer seria um prolongamento da existência do bebê e a substituição da causa de sua morte.

O dilema ético que se instaurou era exatamente pela ausência de opção. Não havia nada o que oferecer ao bebê e sua família. Nesse contexto dilacerante de absoluta impotência da Medicina, comparam-se variáveis que não se prestam à equiparação: de um lado, concepções privadas sobre o sentido da vida para os pais e, de outro, recursos terapêuticos inúteis para o quadro clínico do bebê. A ventilação mecânica se justificaria como uma medida temporária com vistas a garantir o retorno à respiração independente de uma pessoa doente. Não era este o caso do bebê e sobre isto não há qualquer dúvida na literatura médica. Nesse sentido, apelar para o direito de morrer como fundamento ético para a decisão dos pais em recusar a obstinação terapêutica é pressupor que a ventilação mecânica seria uma opção viável para o bebê. O mais correto seria apelar para o direito a estar livre da tortura da medicalização. Neste caso específico, a ventilação mecânica não se justificaria em termos clínicos tampouco éticos.

A resistência em reconhecer a respiração artificial como uma opção foi acima de tudo um posicionamento ético dos pais. Um argumento ético expresso em termos de um juramento dos pais ao bebê: "... Nós amamos muito nosso filho. E é por causa disso que nós fizemos este juramento para com ele. É um juramento nosso: nós não vamos permitir daquela parte em diante. É um compromisso, uma obrigação. Nós sabemos que a partir daqui não será bom para ele. Ele pode ficar descansado sobre isso...". Há quem possa contestar afirmando que este seria um caso de conflito de juramentos: de um lado, o juramento dos pais e, de outro, o juramento hipocrático em que os médicos prometem não provocar nenhum dano em seus pacientes. Mas novamente este é um falso conflito. Não há dano a ser infringido ao bebê pela recusa da ventilação mecânica. Ao contrário, o dano está no confinamento do bebê à máquina. Com ou sem respiração artificial, não haverá mudança no curso implacável da síndrome. Neste caso, o juramento hipocrático dos médicos era o mesmo que o juramento de amor dos pais: ambos comprometeram-se a cuidar do bebê. O equívoco está em entender o cuidado como a exigência do agir técnico permanente: há situações — e esse caso demonstra isso — em que a única forma de cuidado é o respeito às convicções pessoais das pessoas doentes e de seus cuidadores.

#### Considerações Finais

Em resumo, o pedido dos pais foi considerado eticamente legítimo, pois: 1. Os pais eram as pessoas jurídica e eticamente legítimas para tomar decisões relativas ao cuidado

do bebê; 2. O caráter heterônomo do bebê não poderia jamais ser suplantado, ou seja, seria preciso sempre que alguém representasse seus interesses e seus pais deram provas substantivas de que representam seus melhores interesses; 3. Não havia opção terapêutica, possibilidades de reversão do quadro clínico ou mesmo medidas disponíveis de contenção da síndrome que justificassem a obstinação terapêutica. O prognóstico de sobrevida do bebê era curto (em torno de 24 meses) e de alguns anos se submetido à respiração artificial; 4. A ventilação mecânica não representava uma opção terapêutica para o bebê. Era apenas uma possibilidade técnica não indicada para quadros clínicos como o dele; 5. A ventilação mecânica seria antes uma escolha ética e pessoal que uma indicação médica e o posicionamento dos pais foi de total recusa da ventilação mecânica; 6. Os pais estavam conscientes, informados e esclarecidos que a recusa à ventilação mecânica não estenderia a sobrevida do bebê; 7. Os pais apelaram para o direito humano de estar livre de tortura, no caso do bebê entendido como o direito de estar livre da tortura da medicalização.

## ANEXO F – Projetos que tornam a Eutanásia Crime previsto no Código Penal

Apresenta-se neste anexo dois exemplos de projetos que tramitam e tramitaram<sup>191</sup> no Congresso Nacional que tratam da efetiva criminalização da Eutanásia. Ou seja, deixa de ser tratada como crime através da interpretação jurisprudencial e passa a ser tratada realmente como um crime tipificado na norma.

### **Proposição: PL-2283/2007<sup>192</sup>**

Autor: Dr. Talmir - PV /SP

Data de Apresentação: 25/10/2007

Apreciação: Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

Regime de tramitação: Ordinária

Situação: CCJC: Pronta para Pauta.

Ementa: Acrescenta parágrafo ao art. 122 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940 - Código Penal , e inciso ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990.

Explicação da Ementa: Equipara a eutanásia ao crime de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio e considera sua prática crime hediondo.

Indexação: Alteração, Código Penal, Lei dos Crimes Hediondos, equiparação, eutanásia, pena, crime, indução, auxílio, suicídio, tipicidade, crime hediondo.

Despacho:

5/11/2007 - À Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (Mérito e Art. 54, RICD) Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário Regime de Tramitação: Ordinária

Legislação Citada

Pareceres, Votos e Redação Final

CCJC (CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA)

---

<sup>191</sup> O primeiro ainda em discussão, o segundo já arquivado.

<sup>192</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei e Outras Proposições - Proposição: PL-2283/2007**. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/sileg/Prop\\_Detalhe.asp?id=373924](http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=373924)>. Acesso em: 13 mai. 2010.

PRL 1 CCJC (Parecer do Relator) - Pastor Manoel Ferreira

Última Ação:

Data

26/3/2009 - Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) - Parecer do Relator, Dep. Pastor Manoel Ferreira (PTB-RJ), pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa; e, no mérito, pela aprovação.(íntegra)

**PROJETO DE LEI No , DE 2007<sup>193</sup>**

(Do Sr. Dr. Talmir)

Acrescenta parágrafo ao art. 122 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e inciso ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei equipara a Eutanásia ao crime de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio e considera sua prática crime hediondo.

Art. 2º O art. 122 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, passa a vigorar acrescido do § 2º, passando o parágrafo único a § 1º:

“Art. 122. ....

§ 1º .....

§ 2º Incorre na mesma pena do § 1º deste artigo quem, de qualquer modo, concorre para a prática da Eutanásia (NR).”

Art. 3º O art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso VIII:

“Art. 1º .....

VIII – Eutanásia (art. 122, § 2º).

Parágrafo único. ....(NR).”

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação oficial.

<sup>193</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. **PL-2283/2007**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/517031.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2010.

## JUSTIFICATIVA

Ao garantir os direitos individuais fundamentais e invioláveis a todas as pessoas, a Constituição Federal cita, em primeiro lugar, o direito à vida. Fá-lo com toda a lógica, posto que, sem esse direito, que é de todos o primeiro, nenhum sentido teriam os demais.

É dever do Estado, portanto, garantir a todos, antes de mais nada, o direito à vida, obrigação que se impõe mais ainda quando os sujeitos do direito são indefesos, sem condições próprias para reagirem.

Os doentes e os idosos devem ser merecedores de proteção especial, dada a sua condição de fragilidade. No entanto há quem defenda a prática da Eutanásia com relação a estas pessoas desprotegidas.

Além de não possuírem condições de defesa, encontram-se psicologicamente fragilizadas pela debilidade física ou pela doença. Assim, é possível, a adoção da Eutanásia nessas pessoas, levadas pelo sofrimento, perdem o instinto inato de preservação e sobrevivência, ficando o vulneráveis física e psicologicamente, em face do seu estado de debilidade física e mental.

Desse modo, como bem lembra o Professor Ives Gandra da Silva Martins, em seu trabalho Fundamentos do Direito Natural à Vida, a Eutanásia constitui violação ao direito natural à vida, principalmente porque exercida contra insuficientes.

É indispensável, portanto, que se explicita a natureza hedionda deste crime, bem como se vedem legalmente quaisquer ações nesse sentido.

São as razões pelas quais contamos com o apoio de nossos ilustres Pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, em de de 2007.

Deputado Dr. Talmir

**Proposição: PL-5058/2005<sup>194</sup>**

Autor: Osmânio Pereira - PTB /MG

Data de Apresentação: 13/04/2005

Apreciação: Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

Regime de tramitação: Prioridade

Situação: MESA: Arquivada.

Ementa: Regulamenta o art. 226, § 7º, da Constituição Federal, dispondo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso.

Explicação da Ementa: Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 1940 e a Lei nº 8.072, de 1990.

Indexação: \_ Alteração, Código Penal, Lei dos Crimes Hediondos, tipicidade, crime, realização, eutanásia, aborto, participação, terceiros, consentimento, gestante, pena de reclusão, infrator, revogação, dispositivos, aborto necessário, gravidez, estupro, riscos, mãe. \_ Aplicação, Constituição Federal, definição, normas, planejamento familiar, Estado, proteção, utilização, método, fertilidade, critérios, idade, situação, entidade familiar, saúde, preferência, pessoal, decisão, casal, quantidade, filho, proibição, laqueadura de trompas, vasectomia, ressalva, médico, comprovação, necessidade, proibição, liberação, divulgação, propaganda comercial, publicidade institucional, controle da natalidade, participação, patrocínio, governo estrangeiro, organização, empresa estrangeira, defesa, esterilização, mulher.

Despacho:

6/5/2005 - Às Comissões de Seguridade Social e Família e Constituição e Justiça e de Cidadania (Mérito e Art. 54, RICD)

Legislação Citada

Requerimentos, Recursos e Ofícios

PLEN (PLEN )

---

<sup>194</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei e Outras Proposições - Proposição: PL-5058/2005**. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/sileg/Prop\\_Detalhe.asp?id=281681](http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=281681)>. Acesso em: 14 mai. 2010.

REQ 3064/2005 (Requerimento de Redistribuição) - Iriny Lopes - Presidente da CDHM

Última Ação:

Data

22/2/2008 COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES (CCP)

Ao Arquivo através do Memorando nº 22/08 - COPER

**PROJETO DE LEI Nº , DE 2005<sup>195</sup>**

(Do Sr. Osmânio Pereira )

Regulamenta o art. 226, § 7º, da Constituição Federal, dispondo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a Eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º esta Lei regulamenta o art. 226, 7º, da Constituição Federal, dispondo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a Eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso.

Art. 2º. O art. 122 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 122.....

.....

Parágrafo único. Incorre na mesma pena aquele que de algum modo contribuir para a realização de Eutanásia.”

Art. 3º. Fica revogado o art. 128, caput e incisos I e II, do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

Art. 4º. O art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, passa a vigorar acrescidos dos seguintes incisos VIII, IX e X:

“Art. 1º.....

---

<sup>195</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. **PROJETO DE LEI Nº , DE 2005**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/295399.pdf>>. Acesso em: 31 mar.2010.

VIII – aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento ( art. 124 do Código Penal);

IX – aborto provocado por terceiro ( arts. 125 e 126 do Código Penal);

X – Eutanásia (art. 122, parágrafo único, do Código Penal).

Art. 5º. O planejamento familiar de que trata o § 7º do art. 226 da Constituição Federal é entendido , para os efeitos de sua regulamentação e aplicação, como o conjunto de medidas que viabilizam a decisão livre e consciente do casal sobre quando começar a ter filhos, quantos filhos ter, qual o intervalo entre eles e quando parar, vedados o recurso à esterilização voluntária, exceto por necessidade médica comprovada, com autorização expressa do paciente, bem como quaisquer medidas que ocasionem a interrupção de gravidez já iniciada.

§ 1º A utilização de métodos de controle de fertilidade, por indivíduos que não estejam incluídos no conceito de casais, nos termos definidos por esta Lei, não é reconhecida como planejamento familiar para os efeitos da proteção estabelecida no art. 226, 7º, da Constituição Federal.

§ 2º. A obrigação do Estado de propiciar meios para o planejamento familiar, a que se referem esta Lei e o art. 226, § 7º, da Constituição Federal, não inclui a liberação e divulgação de métodos de controle da natalidade.

§ 3º. O planejamento familiar levará em conta a idade, a situação familiar, as condições de saúde e a preferência pessoal de seus eventuais usuários.

§ 4º. São vedadas todas as formas de propaganda, promoção ou divulgação, comercial ou institucional, explícita ou implícita, do uso de métodos de controle de natalidade.

§ 5º. É vedada a participação direta ou indireta de quaisquer governos, entidades e organizações estrangeiras ou internacionais em atividades de planejamento familiar, no território nacional, inclusive a prestação de serviços de consultoria ou assessoria, onerosas ou gratuitas, por pessoas que tenham vínculos com organizações e entidade estrangeiras que defendam o controle da natalidade, a esterilização voluntária e o aborto, que sejam por elas patrocinadas.

Art. 6º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

Ao garantir os direitos individuais fundamentais e invioláveis a todas as pessoas, sem qualquer distinção e, portanto, sem distinguir, tampouco, o estágio da vida em que se encontrem, a Constituição Federal cita, em primeiro lugar, o direito à vida. Fá-lo com toda a lógica, posto que, sem esse direito, que é de todos o primeiro, nenhum sentido teriam os demais.

É dever do Estado, portanto, garantir a todos, antes de mais nada, o direito à vida, obrigação que se impõe mais ainda quando os sujeitos do direito são indefesos, sem condições próprias para reagirem, como é o caso dos nascituros, cujos direitos o art. 4º de nosso Código Civil determina que sejam protegidos pela lei, independentemente da personalidade jurídica vir a ser obtida com o nascimento. Os nascituros são, portanto, sujeitos de direitos, do mesmo modo que os já nascidos, nessas hipóteses resguardadas pela lei. Não haveria nenhuma razão para que esses direitos fossem garantidos aos nascituros, como a propriedade, a herança, entre outros, se, antes de tudo, o direito à vida não lhes fosse assegurado.

Do mesmo modo que os nascituros não possuem meios de defesa contra as agressões externas, os doentes e os idosos também são merecedores de proteção especial, dada a sua condição de fragilidade. No entanto há quem defenda a prática da Eutanásia com relação a estas pessoas desprotegidas. Além de não possuírem condições de defesa, encontram-se psicologicamente fragilizados pela debilidade física ou pela doença. Assim, é possível, que neste estado de debilidade física e mental, acabem concordando com antecipação de sua morte, pela adoção da Eutanásia, até mesmo para se verem livres do sofrimento que tanto lhes angustia. Essas pessoas, levadas pelo sofrimento, perdem o instinto inato de preservação e sobrevivência, ficando vulneráveis física e psicologicamente.

Desse modo, como bem lembra o Professor Ives Gandra da Silva Martins, em seu trabalho “Fundamentos do Direito Natural à Vida”, “o aborto e a Eutanásia são violações ao direito natural à vida, principalmente porque exercidos contra insuficientes”. É indispensável, portanto, que se explicita a natureza hedionda de tais crimes, bem como se vedem legalmente quaisquer ações nesse sentido.

É também imperioso que se defina, de forma clara, o que se entende por “planejamento familiar”, para os efeitos da aplicação do § 7º do art. 226 da Constituição Federal. Em primeiro lugar, nem o aborto nem a esterilização voluntária podem ser considerados como métodos de planejamento familiar. O casal não pode ter o direito legal de exercitar esses métodos nem mesmo pretender que o Estado ofereça tais serviços nas redes

públicas de saúde. Por essa razão, o aborto, em qualquer hipótese passa a ser considerado crime, com a revogação do art. 128 do Código Penal.

Do mesmo modo, esses esclarecimentos são necessários para impedir que o planejamento familiar seja utilizado como desculpa para o gasto de recursos públicos com métodos indiscriminados e irresponsáveis de controle da natalidade.

De fato, embora seja elogiável que se deseje reduzir o número de gravidezes e a incidência de doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes, isso deve ser feito por meio de programas educativos, visando a um comportamento sexual e social verdadeiramente responsável, e não pelo oferecimento de facilidades, pagas com recursos do contribuinte, para que os jovens se tornem cada vez mais promíscuos e irresponsáveis.

Pretende-se, com este Projeto, que o planejamento familiar seja realizado por “livre decisão do casal”, como determina a Constituição, sem a manipulação por meio de campanhas promocionais. É importante proteger nossos cidadãos contra a “campanha mundial de divulgação do planejamento familiar”, que vem sendo insistentemente proposta pelas sobejamente conhecidas organizações internacionais interessadas em controlar o crescimento populacional dos países em desenvolvimento, com o objetivo de favorecer os interesses econômicos dos países industrializados. Parece-nos pouco provável que, se for submetido a uma campanha maciça nesse sentido, nosso povo continue em condições de tomar decisões realmente livres a respeito.

Este Projeto visa a impedir a interferência de países e entidades estrangeiras e internacionais em questões como a defesa da vida, o planejamento familiar e o controle demográfico, que atingem tão de perto a soberania nacional. Lembramos, a propósito, que por falta de uma lei que o impeça, continuam atuando no País, sem qualquer restrição, as entidades internacionais e estrangeiras identificadas, pela Comissão Parlamentar Mista de Inquérito que examinou a questão, como as principais responsáveis pela esterilização em massa de mulheres brasileiras.

Com ralação à Eutanásia, passa-se a prever, no parágrafo único acrescido ao art. 122 do Código Penal, sua punição como crime, de forma expressa.

Além disto os crimes de aborto e Eutanásia passam a configurar crime hediondo, punição esta mais consentânea com a gravidade dessas condutas criminosas.

Em resumo, objetivo deste Projeto é a defesa da vida bem como da Constituição e da soberania do nosso País, contra a “cultura da morte”, que vêm tentando nos impor os países estrangeiros onde isso já impera e contra pessoas e entidades que, conscientemente ou não trabalham à serviço desse propósito assassino.

Para tanto, contamos com o apoio dos nossos ilustres Pares.

Sala das Sessões, em de de 2005.

Deputado OSMÂNIO PEREIRA

2005.3277.146

## **ANEXO G – Projetos que descriminalizam tipos de Eutanásia, regulamentando-as no Código Penal**

Neste anexo se apresentam dois exemplos de projetos que tramitam<sup>196</sup> no Congresso Nacional que tratam da descriminalização da Eutanásia em sua variedade Ortotanásia.

### **Proposição: PL-3002/2008<sup>197</sup>**

Autor: Hugo Leal - PSC /RJ

Data de Apresentação: 13/03/2008

Apreciação: Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

Regime de tramitação: Ordinária

Apensado(a) ao(a): PL-6715/2009

Situação: CSSF: Aguardando Parecer.

Ementa: Regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro.

Indexação: Regulamentação, suspensão, manutenção, vida, paciente, doença terminal, autorização, médico, realização, procedimento, documento escrito, solicitação, interessado, representante legal, endosso, junta médica, aprovação, Ministério Público, registro, informações, prontuário médico, inexistência, responsabilidade civil, responsabilidade penal, profissional de saúde, validade, plano de saúde, testamento, seguro de vida.

Despacho:

21/1/2010 - Apense-se ao PL 6715/09.

Legislação Citada

Emendas

CSSF (SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA)

EMR 1 CSSF (Emenda de Relator) - José Linhares

Pareceres, Votos e Redação Final

CSSF (SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA)

---

<sup>196</sup> O primeiro convertido em substitutivo do 2º.

<sup>197</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei e Outras Proposições - Proposição: PL-3002/2008**. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/sileg/Prop\\_Detalhe.asp?id=386610](http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=386610)>. Acesso em: 14 mai. 2010.

PRL 1 CSSF (Parecer do Relator) - José Linhares

Apensados

PL 5008/2009

PL 6544/2009

Última Ação:

Data

21/1/2010 - Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) - Apense-se ao PL 6715/09.

**PROJETO DE LEI No , DE 2008<sup>198</sup>**

(Do Sr. Hugo Leal e Sr. Otavio Leite)

Regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro.

Art. 2º Aplicam-se a esta lei as seguintes definições:

I – ortotanásia: suspensão de procedimentos ou tratamentos extraordinários, que têm por objetivo unicamente a manutenção artificial da vida de paciente terminal, com enfermidade grave e incurável;

II – procedimento ou tratamento extraordinário: procedimento ou tratamento não usual e cujo único objetivo é prolongar artificialmente a vida;

III – procedimento ou tratamento ordinário: procedimento ou tratamento necessário à manutenção da vida de qualquer pessoa ou destinado ao alívio de sintomas que levam ao sofrimento, englobando obrigatoriamente:

- a) assistência integral de saúde;
- b) nutrição adequada;
- c) administração de medicamento para aliviar sofrimento físico ou psíquico;
- d) medidas de conforto físico, psíquico, social e espiritual.

IV – assistência integral de saúde: assistência que engloba todas as dimensões específicas de cada caso, usualmente multiprofissional, incluindo acompanhamento médico

---

<sup>198</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. **PL-3002/2008**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/544137.pdf>>. Acesso em: 03 abr.2010.

nas diversas especialidades envolvidas, cuidados de enfermagem, acompanhamentos psicológico e social, entre outros;

V – doença terminal: aquela que, sob julgamento do melhor conhecimento médico, é incurável e resultará em morte, se não forem aplicados procedimentos extraordinários;

VI – médico assistente: profissional médico responsável pela assistência ao paciente com doença terminal;

VII – junta médica especializada: junta formada por três médicos, de cuja composição façam parte, impreterivelmente, pelo menos um psiquiatra e um médico de especialidade afim com o caso específico do paciente.

Art. 3º É permitida ao médico assistente a prática da ortotanásia, mediante solicitação expressa e por escrito do doente ou seu representante legal.

I – a solicitação deve ser feita em formulário próprio, datado e assinado pelo paciente ou seu representante legal na presença de duas testemunhas;

II – o médico assistente e outros profissionais que trabalhem nos serviços de saúde onde se interna o paciente não podem atuar como testemunha;

III – a decisão quanto à solicitação de que trata o caput deverá ser proferida por junta médica especializada.

Art. 4º O médico assistente tem o dever de:

I – verificar a existência de doença terminal;

II – assegurar que o paciente ou seu representante legal tome uma decisão plenamente informada, fornecendo-lhe informações completas sobre o seu caso, que incluam:

a) diagnóstico;

b) prognóstico;

c) todas as modalidades terapêuticas existentes para o caso específico;

d) alternativas para alívio ou controle da dor.

III – referir o paciente para junta médica especializada, após atendidas todas as exigências previstas em lei, para ratificação diagnóstica e decisão quanto à solicitação da prática de ortotanásia;

IV – aconselhar o paciente ou seu representante legal sobre a importância de sempre considerar a possibilidade de desistência da solicitação, a qualquer tempo, de qualquer maneira, sem necessidade de justificção;

V – anular prontamente a solicitação assinada pelo paciente ou seu representante legal, sempre que ele assim o desejar;

VI – preencher todos os registros médicos necessários à solicitação;

VII – assegurar que a interrupção dos procedimentos ou tratamentos extraordinários siga as exigências legais vigentes;

VIII – providenciar, quando for o caso, condições para que o paciente possa proceder ao desligamento de aparelhos, se esta for sua decisão;

IX – preencher o atestado de óbito;

X – assegurar que o paciente continue a receber todos os cuidados ordinários necessários para seu caso específico, independentemente de sua decisão quanto à ortotanásia;

XI – assegurar o direito a alta hospitalar ao paciente cuja solicitação de ortotanásia seja aceita;

Parágrafo único. O médico assistente não poderá participar de junta médica especializada de paciente seu.

Art. 5º Devem ser registrados no prontuário médico do paciente:

I – a solicitação escrita, preenchida e assinada pelo próprio paciente ou seu representante legal;

II – o diagnóstico emitido pelo médico assistente e o provável prognóstico;

III – o diagnóstico, o prognóstico provável e a opinião da junta médica especializada que ratificou a opinião do médico assistente;

IV – a descrição dos aconselhamentos feitos ao paciente ou seu representante legal, inclusive quanto ao seu direito de desistir, a qualquer momento e de qualquer maneira, da solicitação feita.

Art. 6º A solicitação formulada pelo paciente ou seu representante legal e endossada pela junta médica especializada deve ser submetida à apreciação de membro do Ministério Público, para avaliação da regularidade e da legalidade do procedimento de solicitação da ortotanásia.

§ 1º A prática de ortotanásia somente poderá ser efetuada após decisão favorável do Ministério Público.

§ 2º Em caso de dúvida, o membro do Ministério Público deverá provocar o Poder Judiciário, para que este se manifeste sobre a solicitação.

Art. 7º Os gestores do Sistema Único de Saúde devem tornar públicos, em relatório anual, dados estatísticos sobre a prática da ortotanásia no território nacional.

Art. 8º Os médicos, auxiliares de saúde e demais profissionais que participarem da prática da ortotanásia, estritamente na forma prescrita por esta lei, não serão

responsabilizados, civil ou penalmente, por seus atos, ressalvados os excessos comprovadamente cometidos.

Art. 9º A validade dos atos jurídicos celebrados pelo paciente, tais como planos ou seguros de saúde, seguros de vida ou testamentos, não poderá ser questionada em razão da decisão pela ortotanásia.

Art. 10º A morte resultante da ortotanásia praticada sob os ditames desta lei não será interpretada como morte violenta, não natural ou inesperada.

Art. 11. Nenhum profissional de saúde está obrigado a dar assistência à prática de ortotanásia.

Art. 12. É expressamente vedada a percepção de honorários adicionais ou específicos em razão do acompanhamento de ortotanásia, além daqueles normalmente contratados.

Art. 13. Esta lei entrará em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação oficial.

## **JUSTIFICAÇÃO**

O problema da terminalidade da vida angustia os profissionais de saúde, especialmente os médicos. O avanço científico e tecnológico no campo da assistência à saúde, que possibilita a manutenção artificial da vida por meio de equipamentos ou tratamentos extremos, gera situações éticas e filosóficas novas, que demandam regulamentação própria e específica.

Torna-se imprescindível, portanto, estabelecer limites razoáveis para a intervenção humana no processo do morrer. O prolongamento indefinido da vida, ainda que possível, nem sempre será desejável. É factível manter as funções vitais em funcionamento mesmo em casos de precariedade extrema; por vezes, inclusive no estado vegetativo. Todavia, em muitos casos, esse sofrimento e essa agonia são desumanos, indignos e atentam contra a própria natureza do ciclo da vida e da morte.

No intuito de orientar eticamente os médicos em tão grave matéria, o Conselho Federal de Medicina expediu a Resolução nº 1.805/2006, que permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade grave e incurável. Tal documento, contudo, foi julgado improcedente por decisão do Juiz Federal Roberto Luis Luchi Demo, 14ª Vara no Distrito Federal, em face da natureza da matéria, que deve ser tratada por meio de lei federal.

Por esse motivo, propomos a esta Casa Legislativa o presente projeto de lei, uma vez que acredito tratar-se de medida procedente.

A ortotanásia, cabe defini-la, não pode ser confundida com a Eutanásia.

Seguindo esclarecimento da Dra. Roxana Cardoso Brasileiro Borges, “etimologicamente, ortotanásia significa morte correta: orto: certo, thanatos: morte. Significa o não prolongamento artificial do processo de morte, além do que seria o processo natural”.

Eutanásia, por sua vez, segundo o Dr. Herbert Praxedes, implica “ação direta ou omissão voluntária de cuidados básicos que visam provocar a morte de um paciente”, ainda que para evitar-lhe sofrimento. Ainda, o Dicionário Aurélio a traduz como “prática (...) pela qual se busca abreviar, sem dor ou sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável”, reputando-a “sem amparo legal”. Para Plácido e Silva, “constitui o homicídio ou crime eutanásico”, não sendo admitida no Direito Penal brasileiro.

O médico não pode, certamente, eximir-se de usar todos os recursos ordinários para a manutenção de uma vida. Por outro lado, não lhe pode ser imposto mantê-la indefinidamente, utilizando-se de métodos extremos, que geram maiores malefícios que o bem supostamente esperado. O bom senso explicita seria absurda e desumana tal prescrição legal.

O projeto apresentado pretende regulamentar a matéria, permitindo a ortotanásia em situações bastante específicas e estabelecendo processo criterioso para sua aprovação, a fim de assegurar que sua prática ocorra dentro da legalidade. Esperamos, portanto, contar com o necessário endosso de nossos Pares para o aperfeiçoamento e a aprovação deste importante projeto de lei.

Sala das Sessões, em de de 2008.

Deputado HUGO LEAL

Deputado OTAVIO LEITE

**Proposição: PL-6715/2009 Avulso<sup>199</sup>**

Autor: Senado Federal - Gerson Camata - PMDB /ES

Data de Apresentação: 23/12/2009

Apreciação: Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

Regime de tramitação: Prioridade

Proposição Originária: PLS-116/2000

Situação: CSSF: Pronta para Pauta.

Ementa: Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia.

Indexação: Alteração, Código Penal, exclusão, crime, ortotanásia, interrupção, procedimento médico, doente terminal, morte, consentimento, paciente, família.

Despacho:

21/1/2010 - Às Comissões de Seguridade Social e Família e Constituição e Justiça e de Cidadania (Mérito e Art. 54, RICD). Apense-se a este o PL 3002/08 e seus apensados. Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário Regime de Tramitação: Prioridade

Legislação Citada

Pareceres, Votos e Redação Final

CSSF (SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA)

PRL 1 CSSF (Parecer do Relator) - José Linhares

PRL 2 CSSF (Parecer do Relator) - José Linhares

Substitutivos

CSSF (SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA)

SBT 1 CSSF (Substitutivo) - José Linhares

SBT 2 CSSF (Substitutivo) - José Linhares

---

<sup>199</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei e Outras Proposições - Proposição: PL-6715/2009**. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/sileg/Prop\\_Detalhe.asp?id=465323](http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=465323)>. Acesso em: 14 mai. 2010.

Apensados

PL 3002/2008

Última Ação:

Data

14/4/2010 - Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) - Parecer do Relator, Dep. José Linhares (PP-CE), pela aprovação deste, do PL 5008/2009, do PL 6544/2009, e do PL 3002/2008, apensados, com substitutivo.(íntegra)

Ofício nº 3222 (SF) Brasília, em 22 de dezembro de 2009.<sup>200</sup>

A Sua Excelência o Senhor

Deputado Rafael Guerra

Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados

Assunto: Projeto de Lei do Senado à revisão.

Senhor Primeiro-Secretário,

Encaminho a Vossa Excelência, a fim de ser submetido à revisão da Câmara dos Deputados, nos termos do art. 65 da Constituição Federal, o Projeto de Lei do Senado nº 116, de 2000, de autoria do Senador Gerson Camata, constante dos autógrafos em anexo, que “Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia”.

Atenciosamente,

Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), passa a vigorar acrescido do seguinte art. 136-A:

“Art. 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, deixar de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários, em

---

<sup>200</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. **PL-6715/2009**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/728243.pdf>>. Acesso em: 03 abr.2010.

situação de morte iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

§ 1º A situação de morte iminente e inevitável deve ser previamente atestada por 2 (dois) médicos.

§ 2º A exclusão de ilicitude prevista neste artigo não se aplica em caso de omissão de uso dos meios terapêuticos ordinários e proporcionais devidos a paciente terminal.”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Senado Federal, em de dezembro de 2009.

Senadora Serys Slhessarenko

Segunda Vice-Presidente do Senado Federal, no exercício da Presidência