



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO - UAD**

RÉGMA DE FIGUEIREDO PIRES

**A LEGALIZAÇÃO DA MORTE ASSISTIDA NO BRASIL: UMA ANÁLISE À LUZ DA
BIOÉTICA, DO BIODIREITO E DO DIREITO COMPARADO**

**SOUSA
2018**

RÉGMA DE FIGUEIREDO PIRES

**A LEGALIZAÇÃO DA MORTE ASSISTIDA NO BRASIL: UMA ANÁLISE À LUZ DA
BIOÉTICA, DO BIODIREITO E DO DIREITO COMPARADO**

Monografia apresentada ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Hérika Juliana Linhares Maia

**SOUSA
2018**

RÉGMA DE FIGUEIREDO PIRES

**A LEGALIZAÇÃO DA MORTE ASSISTIDA NO BRASIL: UMA ANÁLISE À LUZ DA
BIOÉTICA, DO BIODIREITO E DO DIREITO COMPARADO**

Monografia apresentada ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Hérika Juliana Linhares Maia

Data de aprovação: 04/12/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Hérika Juliana Linhares Maia
Orientadora/ Membro da Banca Examinadora

Prof. Dr. André Gomes de Sousa Alves
Membro da Banca Examinadora

Prof. Esp. Giliard Cruz Targino
Membro da Banca Examinadora

Dedico o presente trabalho aos meus pais, Fátima e Aroldo, à minha irmã Hévila e às minhas tias, Inalda e Graça, por todo o amor e ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades inerentes ao percurso da vida acadêmica.

Aos meus pais, Aroldo e Fátima e minha irmã Hévila pelo amor, incentivo e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida. Aos meus familiares, em especial aos meus padrinhos Avelino (in memorian) e Inalda, por sempre serem porto seguro para mim e toda nossa família.

À Universidade Federal de Campina Grande, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro na minha vida profissional e formação humana.

À minha orientadora Juliana, pelo suporte nesse tempo, pelas suas correções e incentivos, para conclusão do presente trabalho.

Aos amigos conquistados no percurso da vida e durante o trajeto acadêmico, por muitas vezes serem suporte apoio em todos os momentos.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

A morte assistida, também denominada de suicídio assistido, é procedida por médico ou terceiro que assiste ao paciente terminal ou incurável, com vontade de cessar o seu sofrimento. Destarte, o presente estudo analisa a possibilidade de ser legalizado no Brasil tal instituto, ao ser examinada a legislação pátria, o Biodireito, a Bioética e o Direito Comparado. Desde as civilizações remotas, a liberdade de interromper a vida é debatida, defendendo-a conforme o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e o Princípio da Autonomia de Vontade ou Autonomia Privada. Entende-se que a vida e a morte devem ser dignas e vislumbra-se a liberdade de escolher conscientemente a morte, em prol do alívio de seu sofrimento, causado por doença grave e incurável, o que leva à disposição o bem-jurídico vida. No ordenamento jurídico brasileiro, a assistência prestada por médico ou terceiro à morte requisitada por doente incurável é tipificada no artigo 122 do Código Penal e sendo vedado tal auxílio no Código de ética Médica e na Resolução 1995/2012. Atestou-se a legalização da morte assistida na Suíça, Holanda, Bélgica, Estados Unidos da América e Colômbia, diferenciando-os do Brasil. Tratou-se da temática de forma geral e de suas especificidades, com o uso dos métodos dedutivo, comparado e histórico. Construiu-se o presente trabalho através da revisão bibliográfica, baseada em livros, artigos científicos, periódicos e legislações brasileira e internacional. Concluiu-se que há a necessidade de ser legalizada a morte assistida na legislação pátria, esperando a sua demora, pois a sociedade tem pensamentos conservadores, no sentido, de que, o indivíduo não é autônomo para decidir quando morrerá e se isso será por meio da ajuda de outrem.

Palavras-chave: Morte assistida; Biodireito; Bioética; Direito Comparado.

ABSTRACT

Assisted death, also called to as assisted suicide, is carried by doctor or third party who assists the terminal or incurable patient, willing to cease their suffering. Thus, the present study analyze the possibility of being legalized in Brazil the Institute mentioned by examining the legislation, bioethics and Biolaw comparative law. Since the remote civilizations, the liberty of interrupting life is debated, defending it as according the principle of human dignity and the principle of the autonomy of will or Private Autonomy. It is understood that dignity must be guaranteed in life and death and conscious choice of dying to relieve pain from severe and incurable disease, must be respected. In the Brazilian legal system, even though the ill request assistance to death, such action is typified in article 122 of the Penal Code and fenced in the code of medical ethics and in Resolution 1995/2012. Attested of legalization of alluded institute in Switzerland, Institute Netherlands, Belgium, United States of America and Colômbia. Treated it of the thematic in general and entering its specificities, with the use of deductive methods, compared and history. The present work was built through the literature review, through books, scientific articles, periodicals and brazilian and international legislation. It was concluded that it is necessary to legalize assisted death in Brazil, however, this will take time because society's conservatism does not support the patient's autonomy in deciding when to die and also to seek help from a doctor or a third party.

Keywords: Assisted Death; BioLaw; Bioethics; Comparative Law.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 ANÁLISE HISTÓRICA E CONCEITUAL DA MORTE ASSISTIDA	11
2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS DA MORTE ASSISTIDA.....	11
2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS E RELIGIOSOS DA MORTE ASSISTIDA.....	12
2.3 MORTE ASSISTIDA COMPARADA COM OUTROS INSTITUTOS.....	14
2.3.1 Eutanásia.....	14
2.3.2 Mistanásia.....	17
2.3.3 Ortotanásia	18
2.3.4 Distanásia.....	20
3 MORTE ASSISTIDA À LUZ DA BIOÉTICA E DO BIODIREITO.....	22
3.1 ASPECTO MORAL, ÉTICO, SOCIAL E JURÍDICO DA MORTE ASSISTIDA.....	22
3.2 PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA.....	24
3.2.1 Princípio da Autonomia.....	24
3.2.2 Princípio da Benevolência.....	26
3.2.3 Princípio da Não- Maleficência.....	26
3.2.4. Princípios da Justiça e da Equidade.....	27
3.3 PRINCÍPIOS DO BIODIREITO	28
3.3.1 Princípios da Precaução e da Prevenção.....	28
3.3.2 Princípio da Autonomia Privada.....	29
3.3.3 Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.....	30

4 A MORTE ASSISTIDA E SUA REGULAMENTAÇÃO NO BRASIL E NO DIREITO COMPARADO.....	33
4.1 ASPECTOS DA MORTE ASSISTIDA À LUZ DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO.....	33
4.2 MORTE ASSISTIDA APLICADA AO DIREITO PENAL BRASILEIRO	36
4.3 MORTE ASISTIDA NA PERSPECTIVA DO DIREITO COMPARADO.....	38
4.3.1 Suíça.....	38
4.3.2 Holanda.....	41
4.3.3 Bélgica.....	41
4.3.4 Estados Unidos da América.....	42
4.3.5 Colômbia	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

Nas civilizações mais remotas, a morte era visto como um acontecimento natural e no qual, todos estavam propensos. Em algumas comunidades, este evento era tratado como um castigo, por alguma atitude que desagradou a Divindade a qual serviam, reforçando a ideia que não competiam a eles interferir no momento de falecer. Ao decorrer da história, celemas acerca da relação entre a morte e a possível autonomia inerente à natureza humana para a interrupção da vida, seja por mera vontade do ser ou como forma de acabar com tormentos físicos ou psicológicos, consequentes de enfermidades, começaram a serem analisadas. Tais questionamentos foram feitos por filósofos, por cientistas, estudiosos, profissionais da medicina, pelas religiões e pela sociedade em geral.

Neste sentido, a Bioética e o Biodireito passaram a tratar de questões ético-morais e este último, com mais propriedade, de teses jurídicas tangentes à dignidade da pessoa humana. Por ser um direito intrínseco do homem, entende-se necessária a garantia de vida digna, na qual os anseios e necessidades do indivíduo são atendidos.

Salienta-se a imprescindibilidade em observar a dignidade humana também no momento de morte, o que implicaria na vedação de seu retardamento, para fins de atender a moralidade social. Todavia, este prolongando desumano, aumenta a dor do paciente com pouco tempo de vida ou acometido de uma doença incurável, ou seja, ele está inserido em situações das quais a morte é próxima ou inevitável.

Destarte, a assistência à morte, seja fornecida pelo médico ou de outrem, é uma saída viável e digna, voltando-se para cessar completamente o sofrimento daquele enfermo que não aguenta viver experimentando dores, bem como, tendo a plena consciência, que a sua enfermidade é irremediável.

Isso implica nas divergências que o tema da morte assistida, ou denominado por alguns de suicídio assistido, traz ao debate sobre o fim da vida. É mister apontar o argumento dos defensores deste instituto, que a liberdade do enfermo em escolher conscientemente, qual o momento propício para a morte, e em consequência, a requisição livre e esclarecida, de ajuda à profissional da medicina para esta execução. Nesta reflexão, a autonomia de vontade, denominada também de

autonomia privada, além de ser um princípio geral do Direito, com guarida na Bioética e no Biodireito, atrela-se aos direitos de dignidade na vida e em seu fim.

Neste viés, o presente trabalho objetiva analisar a viabilidade de ser praticada a morte assistida no Brasil, tendo em vista, ser reconhecido como um procedimento que assevera uma morte digna aos pacientes acometidos por doenças graves ou em estado terminal, e conseqüentemente, estes não veem sentido em continuarem vivos para sofrerem ainda mais. A referida temática, de forma mais analítica, será apreciada nos âmbitos da Bioética, Biodireito e do Direito Comparado.

Utiliza-se nesta pesquisa o método abordagem dedutivo, ao ser discorrido a morte assistida de forma geral e posteriormente, desenvolve-se um exame de suas peculiaridades em diferentes legislações, concernentes ao Direito Comparado, e sua correlação com outros institutos, como a eutanásia, nos quais a vida e a morte são discutidas sendo feito, assim, o uso do método de procedimento comparado, bem como do histórico, onde se analisou as mudanças de percepções sobre o instituto supracitado desde as primeiras civilizações até a atual. O aprofundamento do tema se deu através da técnica bibliográfica, com o uso de livros, artigos científicos, periódicos e legislação brasileira e internacional, que embasaram a construção dos seus três capítulos.

No capítulo inicial, a tratativa da morte assistida recebe exame conceitual, em seus aspectos históricos e religiosos que a acompanha, sendo dissertado ainda sobre a sua relação com a eutanásia, mistanásia, ortotanásia e distanásia. No segundo capítulo foram esmiuçados os aspectos ético-moral, social e jurídico do auxílio à morte, analisando-o sob a ótica dos princípios da Bioética, quais sejam o Princípio da Autonomia, da Benevolência, da Não-Maleficência, da Justiça, da Equidade, e os Princípio do Biodireito, que foram o Princípio da Precaução, da Prevenção, da Autonomia Privada e da Dignidade da Pessoa Humana. No terceiro e último capítulo, teceram-se considerações sobre a regulamentação da morte assistida na legislação pátria e na legislação internacional, referentes a países como a Suíça, Holanda, Bélgica, Estados Unidos da América e Colômbia.

2 ANÁLISE HISTÓRICA E CONCEITUAL DA MORTE ASSISTIDA

2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS DA MORTE ASSISTIDA

A morte assistida, ou também, como doutrinadores e escritores utilizam, suicídio assistido, acontece por meio de um ato intencional praticado pelo próprio agente que o leva à morte e tem auxílio e assistência de terceiro, seja através de informações, bem como dispor instrumentos e meios para concretizar o ato (BARROSO; MARTEL, 2012).

Preceitua Sutter (2000, p.47) que a morte assistida:

É o suicídio de pessoa que tem diagnóstico seguro de um mal gravíssimo e incurável sem possibilidade de recuperação, com perspectiva de vida de poucos meses, e em geral o mal de que padece é progressivo e doloroso, podendo acarretar grande grau de dependência do cuidado de terceiros ou falta de consciência. Cumpre acrescentar que comumente o solicitante tem idade avançada, mas é capaz. Ante a incapacidade de realizar o ato por si só, solicita assistência do médico.

Assim, o agente que pratica sua morte e que solicita assistência médica para fazê-la, tem conhecimento que possui um mal gravíssimo e impossibilitado de cura, com poucos meses de vida, ou seja, trata-se de um paciente terminal e sendo este mal, progressivo e doloroso à pessoa. Tal procedimento normalmente é solicitado por paciente idoso, mas com capacidade de gestão de sua vida.

A assistência que será prestada, para fins de morte assistida, difere da figura de induzimento ao suicídio, como bem prega Barroso e Martel (2012, p.3), pois:

O auxílio e a assistência diferem do induzimento ao suicídio. No primeiro, a vontade advém do paciente, ao passo que no outro o terceiro age sobre a vontade do sujeito passivo, de modo a interferir com sua liberdade de ação. As duas formas admitem combinação, isto é, há possibilidade de uma pessoa ser simultaneamente instigada e assistida em seu suicídio.

Percebe-se que na assistência ao suicídio assistido, o próprio paciente que agirá em busca de sua morte, mas auxiliado de outrem, enquanto que, no induzimento ao suicídio, o terceiro prestará auxílio direto na morte do sujeito.

O auxílio dado pelo médico dar-se por meio da prescrição de remédios letais e procedimentos ou por outro terceiro, que apoiará e incentivará o suicida. O médico Jack Kervokian, do Estado norte americano de Oregon, conhecido como “Doutor

Morte”, criou um procedimento no qual utilizam seringas, uma com acesso ao sistema nervoso do paciente, outra possui relaxante muscular e outra, veneno letal. (KOVÁCS, 2015).

Segundo Diniz (2011, p.436), ao discorrer sobre a ação do “Doutor Morte”:

[...] inventou, para ajudar pacientes irreversíveis a porém um fim a seus atrozes sofrimentos, a máquina do suicídio, consistente num aparelho de eletrocardiograma, munido de mecanismo que, ao ser acionado pelo próprio paciente, injeta em sua via uma substância salina neutra, contendo o anestésico Thiopental, que acarreta inconsciência, e depois uma dose letal de cloreto de potássio, que paralisa o coração.

Assim, o referido médico indiretamente contribuía para que houvesse a morte do paciente, no entanto, este último munido de vontade, exercia-a.

Atualmente, no Estado de Oregon (EUA) é legalizada a prática da morte assistida e cada paciente que deseja se submeter à morte, depois de ser acompanhado pelo médico-psiquiátrica, recebe do Departamento de Saúde o montante de \$ 45 dólares, para fins de financiamento do referido procedimento (DINIZ, 2011).

Nota-se no suicídio assistido que a morte esta vinculada à vontade e à ação do paciente e o terceiro apenas o auxilia ou apenas o observa, atuando de forma indireta no cometimento da morte daquele (RIBEIRO, 2006).

Conclui-se que a submissão à morte assistida, além de expressar esta vontade, o paciente deve estar acometido de doença física ou mental grave, com perigo de morte iminente, sendo isto atestado por três médicos e pelo menos algum deles tenha cuidado do paciente e quando haverá auxílio ou orientação de médico para o procedimento, ou que este não querendo realiza-lo, aja por compaixão a fim de aliviar a dor do paciente (HERRERA, 2015).

2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS E RELIGIOSOS DA MORTE ASSISTIDA

Ao longo da história, nas diversas civilizações a morte decorrente apenas da idade avançada era vista como algo natural e na qual não interferíamos quando ou como aconteceria. A religião e a ciência tinham os papéis de entender sobre a morte, a fim de deixá-la mais confortável para a família do morto, como expressa Ferreira Júnior e Zaganelli (2016, p.304)

Nos primórdios da civilização, o processo de morte por causa da idade era um

fenômeno natural e inerente a todos. Não havia a necessidade de intervenção médica e o foco cultural e religioso estava em encontrar-lhe um significado, dando-lhe um lugar abrangente na experiência humana e fazendo a passagem da vida para a morte tão confortável.

Em relação à morte planejada que está ligada diretamente ao suicídio assistido, aquela ganhou diferentes conotações na história e nas diversas civilizações, como bem preconiza Kovács (2003, p.149):

O contexto cultural da morte planejada envolve importantes significados sociais. Historicamente, o suicídio teve conotações diferentes. Na Grécia, os estoicos viam o suicídio como um ato racional, alternativa para uma vida em desarmonia. Os romanos consideravam que se podia preparar a própria morte, principalmente quando a vida era indigna; os únicos que não podiam assim pensar eram os escravos, porque não eram considerados como seres humanos e, sim, como mercadoria e, portanto, sua morte envolveria perdas financeiras. Do ponto de vista cristão, pode se olhar a questão do suicídio por dois ângulos: a possibilidade de elevação da alma, através do martírio, o que é aceito e até louvado; entretanto, o homem não tem direito de dispor da própria vida, desafiando Deus.

Todavia, na Civilização Greco-Romana, em consequência da influência dos muitos filósofos, como em trechos dos escritos de Platão e nas correntes filosóficas do Cinismo e Estoicismo, argumentava-se que devido certas situações, como exemplo doença dolorosas, o evento morte podia ser precipitado pelo homem (SANTOS, 2007).

Não se acredita que todos os médicos gregos da antiguidade tinham conhecimento da existência do Juramento de Hipócrates, em que traz em um dos seus oito pontos, que o médico não daria medicamento letal a paciente que o pedisse e nem faria sugestão que fosse pedido, bem como, a não daria substância abortiva a mulher. Tal referência leva a pensarmos que o profissional não poderia dá assistência que findasse na morte do paciente (SANTOS, 2007).

Na contramão dessa interpretação, não há indício de norma jurídica das cidades-estados da Grécia que proibisse o fornecimento de remédios letais, mas havia na legislação a proibição do suicídio e era considerado um ato injusto para com a comunidade, mas caso o cidadão quisesse fazê-lo, deveria justificar esta vontade perante o Senado e caso fosse acatado pelas autoridades, era uma atitude legítima (HERRERA, 2015).

Ainda sobre esta discussão, o escritor Sêneca (4 d.C.- 65d.C) em uma das cartas que direcionou à Lucílio ressaltou que a vida não é um bem que pode ser

preservado a qualquer custo, faz-se importante viver uma vida digna, e os sábios, não prolongam suas vidas enquanto deve ser e não enquanto puder (SANTOS, 2007).

O importante é viver uma vida digna e não se deve vê-la como um dom ou bem que deve ser preservado.

No período medieval era comum o soldado ferido gravemente nas batalhas receber de outrem o chamado punhal da misericórdia, podendo assim matar-se para evitar mais o sofrimento ou ser capturado pelo inimigo, sendo isso um exemplo de morte assistida (HERRERA, 2015).

Na visão dos cristãos, ao longo do tempo, não era aceito que o ser humano tire a sua própria vida, pois ao fazê-lo Deus é desrespeitado, já que a vida pertence à Ele, sendo tal atitude contrária aos valores da doutrina católica, como dispõe Herrera (2015, p.14), também mencionando o posicionamento da Igreja Católica ao longo dos anos:

[...] Em 452 o suicídio foi declarado como crime. Em 561, chegou-se ao consenso de que, no funeral de um suicida, não haveria os rituais religiosos. Em 693, no Concílio de Toledo, foi decidido que os que tentassem o suicídio seriam castigados com a excomunhão. A justificação para a condenação absoluta do suicídio foi com base no mandamento de não matar, igualando o suicídio ao homicídio, provando o suicida dos sacramentos e até mesmo de sepultura eclesiástica, por entenderem que a vida é dom de Deus e somente ele poderá tirá-lo [sic].

Os muçulmanos acreditam que como Alá é o dono da vida só Ele pode tirará e quem aniquilar a sua própria vida será castigado. Para os judeus, o suicídio é o mesmo que homicídio, estando o suicida contrariando os ensinamentos do Criador e será julgado por Ele, mesmo que a justiça dos homens não o puna. Ademais, o cometimento do suicídio viola as “Setes Leis Universais” (HERRERA, 2015).

2.3 MORTE ASSISTIDA COMPARADA COM OUTROS INSTITUTOS

2.3.1 EUTANÁSIA

O termo eutanásia tem origem grega e provém das junções dos vocábulos *eu* (boa) e *thanatos* (morte), significando “morte sem sofrimento” ou “morte tranquila” e acredita que fora mencionada pela primeira vez na literatura pelo historiador

Suetônio ao relatar, em seu livro “ A vida dos doze Césares”, a morte do imperador romano Otávio de César Augusto foi suave, como desejava e este ao saber que uma pessoa havia morrido de forma tranquila, almejava-se para si aquela “ eutanásia”, conforme a palavra que costumava empregar (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004).

A eutanásia, ou também denominada de eutanásia ativa, trata-se de matar uma pessoa, devido sentimentos de piedade, compaixão, bondade, pois a vida do doente é muito sofrida (DWORKIN, 2003).

O doente deve ter diagnóstico de doença sem cura, ou que esteja em estado terminal e passando por grande sofrimento para que seja submetido à morte, ou seja, que seja um procedimento com justificção plausível.

Como cita Martins (2010,p. 5), a eutanásia tem como espécies:

A eutanásia ativa consiste no ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, com fins misericordiosos. Normalmente executada por parente próximo da vítima e, em alguns casos, pelo médico que a acompanha. A eutanásia passiva (ou ortotanásia, para alguns) consiste na suspensão do tratamento ou dos procedimentos que estão prolongando a vida de um doente terminal, com o objetivo de lhe abreviar a morte, sem sofrimento. Na maioria dos casos mantêm-se as medidas ordinárias, dentre as quais as que visam reduzir a dor, e suspendem-se as medidas extraordinárias ou as que estão dando suporte à vida. A eutanásia de duplo efeito ocorre quando a morte é acelerada como consequência indireta das ações médicas que são executadas visando o alívio do sofrimento de um paciente terminal, a exemplo da utilização de altas doses de remédios com o intuito de aliviar a dor, sabendo-se que o tratamento também traz como consequência a abreviação da vida do paciente.

Observa-se que nos tipos de eutanásia sempre há os elementos sofrimento do paciente, devido o tratamento médico que este experimenta e a ação do médico em si de antecipar a morte do paciente e sempre movido pelo sentimento de compaixão e benevolência.

Ao diferenciar a eutanásia e morte assistida, neste último o paciente agirá com o intuito de morrer e tendo apenas um auxílio de terceiro ou médico, para orientação, fornecimento de instrumentária para concretizar a vontade daquele. Em contrapartida, a eutanásia é um procedimento médico, ou seja, o profissional da área da medicina que atuará com a finalidade de aliviar o sofrimento do enfermo ao realizará procedimentos que levem este à morte.

Esta diferenciação foi explanada por Kovács (2015, p.74), e ainda disciplina:

No suicídio assistido não há o ato da eutanásia exercido pelo médico e

transfere para o paciente a decisão de encerrar a vida. A diferença entre eutanásia e suicídio assistido tem a ver com a execução do procedimento e não com o desejo de morrer com dignidade, de interromper uma vida com sofrimento. Eutanásia é um procedimento médico nos países em que está legalizada. É crime naqueles em que ainda é procedimento ilegal. De qualquer forma para que se considere como eutanásia é preciso haver um pedido do paciente, atestando-se sofrimento intenso, sem possibilidade de alívio. Há um protocolo a ser seguido em que pacientes pedem e se confirma o seu pedido várias vezes, médicos atestam e assim o ato da eutanásia é executado.

Outro fator relevante é a participação médica no procedimento da eutanásia e nesta prática sendo juridicamente legalizada, faz-se necessário, em regra, que o paciente fale de seu sofrimento em várias oportunidades e que isso seja atestado pelo médico, para que este pratique tal procedimento.

Países que seguem tratados dos direitos humanos, mesmo com finalidade de cessar com o sofrimento do paciente, a prática da eutanásia é crime, segundo Bersont e Martínez (2015, p.288):

[...] hoje o conceito de eutanásia, está relacionado à ideia de provocar dolosamente a morte de alguém. Mesmo tendo como objetivo colocar fim ao sofrimento intenso que o paciente está enfrentando, tal ato será criminalizado enquanto homicídio na maior parte dos países signatários dos tratados de direitos humanos.

Aqueles que são contra a eutanásia afirmam que esta não tem distinção com o homicídio e algo que reforça este argumento é o fato de que não pode considerar a manifestação de vontade de um paciente em estado grave de saúde e mesmo que não o fosse, o que se prima é o direito, irrenunciável, à vida (LIMA NETO, 2003).

Assim, a eutanásia ou também dita como “morte piedosa”, sempre tratará de um homicídio de um paciente, mesmo que ele esteja passando por um sofrimento de um tempo ou próximo de sua morte (DINIZ, 2011).

Uma peculiaridade da morte assistida é a sua relação com o suicídio, o que não ocorre com a eutanásia, pois o próprio paciente executa o ato que retira a sua vida, e ao fazê-lo retira a responsabilidade da morte, do médico ou do terceiro, de quem o auxilie (KOVÁCS, 2015). E como a nomenclatura já determina, a morte do indivíduo é apenas assistida por outrem, mas ele que realizará atos para a sua morte (DINIZ, 2011).

No que tange à semelhança entre os institutos debatidos, ambos levam em consideração a vontade do doente que ele comunicará, para o terceiro que o

auxiliará em sua morte ou para o próprio médico que a executará.

Esta situação também foi observada por Kovács (2015, p.75):

Ressaltamos que tanto na eutanásia, quanto no suicídio assistido a voluntariedade é elemento essencial. Nos dois casos se o paciente não é quem decide é considerado assassinato, mesmo que cometido para aliviar sofrimento ou por outras razões não tão nobres, como liberação de leitos.

No ditame de outras semelhanças, a morte assistida e a eutanásia têm por finalidade a morte tranquila, sem sofrimento, do doente portador de doença incurável, que o faça sofrer ou que esteja próximo de sua morte (HERRERA, 2015).

O terceiro ou médico que atuará na eutanásia ou na morte assistida é movido por um sentimento de compaixão e de amor em face dos pacientes e tem o intuito de trazer alívio ao paciente que tanto sofre e até mesmo à família deste.

2.3.2 MISTANÁSIA

Além da eutanásia propriamente dita, tem-se a mistanásia que é vista como a eutanásia social. Ela não tem ligação ao ato médico, dotado de piedade, de executar a morte do paciente atendendo a vontade deste e que é portador de uma doença incurável ou próximo de falecer (DINIZ, 2011).

A mistanásia pode ser passiva ou ativa. A sua modalidade passiva ocorre devido à fome ou a carência de adequado tratamento médico experimentado pelo indivíduo, sendo sua maior incidência em países subdesenvolvidos. A mistanásia ativa ocorreu na Segunda Guerra Mundial nos campos de concentração nazistas ou nos Estados Unidos através de injeções letais com a finalidade de eliminar pessoas ditas como defeituosas ou indesejáveis do ponto de vista social e moral.

Em consonância ao exposto declara Diniz (2011, p. 452):

[...] a) uma grande massa de doentes e deficientes, por razões políticas, sociais e econômicas, nem chega a ser paciente, pois não consegue ingressar no sistema de atendimento médico, que é ausente ou precário, configurando a mistanásia passiva. Porém, há casos em que se tem a mistanásia ativa, como: o extermínio de pessoas defeituosas ou indesejáveis que ocorreu, durante a Segunda Guerra Mundial, em campos nazistas de concentração, o uso de injeção letal em execuções nos Estados Unidos, principalmente se a aplicação se der por médico; b) doentes crônicos e terminais que conseguem ser pacientes em hospitais, clínicas etc. e são vítimas de erro médico, como: diagnóstico errôneo, falta de conhecimento dos avanços na área de analgesia e cuidado da dor, prescrição de tratamentos em realização de exames, uso de terapia

paliativa inadequada, procedimento médico sem esclarecimento e consenso prévio, abandono etc; c) paciente são vítimas de má prática por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos, no caso de o médico usar intencionalmente a medicina para atentar contra os direitos humanos, em benefício próprio ou não, prejudicando direta e indiretamente o doente, chegando a provocar-lhe uma morte dolorosa ou precoce [...].

Assim, a mistanásia tem respaldo na crise econômica que assola países subalternos, ao passo que experimentam crise econômica, política, social e principalmente, a precariedade na área da saúde que acaba levando à morte muitos nacionais.

A responsabilidade pela mistanásia recai sobre o Estado que não assegura à população um sistema de saúde adequado e de qualidade. Não assiste razão em responsabilizar o médico pelo falecimento do doente, pois se acredita que a causa disso seja a precarização na área em apreço e não no atendimento.

Destarte, a morte assistida encontra diferenças com a mistanásia, sendo aquela resultante de ato de vontade do próprio paciente que si mata auxiliado por terceiro ou médico que fornecem instrumentos necessária à esta concretização. O paciente pode estar acometido por doença grave, ou sem cura, ou perto de morrer.

A mistanásia, em síntese, resulta na morte do indivíduo em virtude da gestão governamental precária, comum em países subdesenvolvidos, que passam por crises em diversos setores e não dispõem de políticas públicas, sobretudo voltadas à saúde.

2.3.3 ORTOTANÁSIA

A ortotanásia ou também denominada eutanásia passiva é um procedimento em que o paciente já em fase terminal se submete, no curso natural de sua morte, com o escopo de resguardar a sua dignidade, evitando o prolongamento de seu sofrimento, ao ser buscado um processo mais humanizado de morte (BERSONT; MARTÍNEZ, 2015).

Como dito de forma coerente por Cernicchiaro e Costa Jr (1990, p. 44):

[...] o médico não está obrigado a prolongar a vida do paciente além do período natural, a menos que o moribundo o solicite expressamente. Como se vê, a ortotanásia não implica qualquer conduta do médico. Este não pratica a morte piedosa. Não age: deixa apenas de prolongar, por meios artificiais, uma vida que, além de sofrida, mostra-se irrecuperável.

Conclui-se que o médico não executará medida terapêutica adequada para a situação em que o doente está, ou pode ocorrer que o médico não procede mais com o tratamento orientado para a manutenção da vida do paciente, omitindo-se. Então a ortotanásia não ocasiona a morte, pois o médico apenas permite que a doença terminal siga o seu curso normal (BERSON; MARTÍNEZ, 2015).

De igual entendimento preconiza Carvalho (2001, p. 28), ao afirmar que a ortotanásia pode ser dita como:

[...] a “morte correta”, mediante a abstenção, supressão ou limitação de todo tratamento fútil, *extraordinário* ou *desproporcional*, ate a iminência da morte do paciente, morte esta a que não se busca (pois o que se pretende aqui é humanizar o processo de morrer, sem prolongá-lo abusivamente), nem se provoca (já que resultará da própria enfermidade da qual o sujeito padece).

O requisito essência pra que haja a ortotanásia é que a morte do paciente seja apenas questão de tempo, em mesmo sentido, Minhaim (2015, p.191):

A designação ortotanásia, por seu turno, exige a introdução de mais uma noção, a de morte iminente que, embora se assemelhe à de terminalidade, deve ser interpretada de forma menos ampla. O conceito de iminência serve para afastar a tipicidade da conduta do médico que omitir ou suspender medida fútil ou meramente protelatória da morte e cuja manutenção importa em mais prejuízos e agonias do que em benefícios para o paciente. Sua restrição permite que a morte advenha da própria doença, sem que se submeta o doente a novas abordagens que, além de lhe invadirem o corpo e a alma, já não tem como produzir qualquer melhoramento quanto à enfermidade.

Na ortotanásia ao ser retirado o tratamento necessário para manter vivo o paciente ou nem venha a praticá-lo, isso não torna a causa da sua morte, apenas deixa que este acontecimento venha no tempo certo, sem que haja antecipação ou retardamento. Os médicos amenizam o sofrimento daquele praticando medidas paliativas nesse processo.

Outra diferença reside na morte assistida em que o próprio paciente praticará a sua morte, enquanto que o médico ou o terceiro apenas auxiliam para isso ocorra, disponibilizando equipamentos, remédios letais, orientando, ou seja, estes personagens agem em prol do êxito da vontade daquele.

Deste modo, a morte assistida acontece por vontade consciente do paciente que busca o resultado morte de forma imediata, para que não prolongue o seu sofrimento, em conformidade manifesta Barroso e Martel (2012, p. 16) que: “O ato

causador da morte é de autoria daquele que põe termo à própria vida. O terceiro colabora com o ato, quer prestando informações, quer disponibilizando os meios e condições necessárias à prática.”.

Por fim, a morte assistida e a ortotanásia resultam na morte do paciente, ou praticado por ele auxiliado por terceiros, ou decorrente de omissão do profissional da medicina em não atuar em procedimentos que trariam a cura ao doente.

2.3.4 DISTANÁSIA

A distanásia é considerada a continuidade de tratamentos invasivos em enfermos que não possuem chances de cura e assim, de sobrevivência, submetendo-os a uma morte lenta, mais sofrida, agoniada. A sua terminologia trata-se do neologismo composto dos prefixos gregos *dys* (ato defeituoso) e *thanatos* (morte). Também é conhecida como a obstinação terapêutica e futilidade médica (KOVÁCS, 2003). Dessa forma, a distánasia é um prolongamento exagerado e até desnecessário para um paciente terminal (DINIZ, 2011).

Acredita-se que os avanços tecnológicos e os avanços médicos, levaram a colocar em primeiro lugar de preocupação, a cura de diversas doenças em detrimento do psicológico e a opinião do paciente em estado terminal ou portador de enfermidade incurável, se ele é a favor ou não do prolongamento de sua vida (PESSINI, 2004).

Com isso, a postura médica de querer a todo esforço evitar a morte do doente, muitas vezes já debilitado e até querendo a morte, traz um maior sofrimento tanto para ele quanto para a sua família que acompanha esse processo. Não é entendido por Herrera (2015,p. 9), como a medicina que deveria trazer alívio ao sofrimento do paciente, sujeita-o a estender este estado:

Em um primeiro momento, poderíamos acreditar que os avanços tecnológicos da medicina seria um evento menos doloroso do que foi na antiguidade. Porém, ainda que a medicina tenha evoluído de forma significativa, passamos a verificar que a morte deixou de ficar a cargo de processos da natureza ou de Deus. Pois, o atraso no procedimento natural da morte, sofre a intervenção direta do homem, o qual, em nome do ideal método de tentar a todo custo, impedir ou retardar a morte submete o doente a medidas terapêuticas inúteis, que só prolongam o sofrimento.

Com relação à distanásia e a Bioética, há conflito entre os princípios bioéticos da autonomia e da beneficência, no primeiro, caso seja solicitado pelo doente e por sua família que não seja procedido o tratamento de prolongamento da vida e no segundo, caso o tratamento retarde a morte e até cure o enfermo, como bem explana Carvalho (2001, p.80):

O predomínio da beneficência sobre a autonomia não pode implicar, assim, a adoção de uma postura paternalista, informada pela ideia de que apenas o médico detém conhecimentos suficientes para compreender a situação do paciente terminal, de modo que estaria restrito a ele o direito de tomar a decisão final, e sua opinião deveria imperar sobre as demais. Esse pensamento implica uma inapropriada mitigação do princípio da autonomia do paciente, vez que ao médico compete auxiliar e prestar esclarecimentos necessários a ele ou aos seus familiares, com vistas à capacitá-los à melhor escolha, mas jamais impor seu posicionamento.

O médico deve sempre esclarecer ao paciente e a sua família se o tratamento é eficaz para reverter o quadro de morte e assim, sua cura e cabe apenas aos últimos decidir o que for mais confortável para o doente e que não traga mais sofrimento, sendo respeitado o princípio bioético da autonomia.

Assim, na distanásia a morte é vista como um fenômeno que pode ser revertido, por meio de tratamentos médicos que prolongam o tempo de vida e de sofrimento do doente em estado terminal ou cometido por patologia incurável, sem consulta se ele tem vontade de continuar a viver. Diferente disso, na morte assistida o paciente ao cessar sua vida sabe o porquê e é auxiliado por terceiro ou médico, que sabem do motivo da vontade do doente e não o impedem. O resultado da morte assistida e da distanásia é a morte do doente, em tempo prolongado ou não. (Herrera, 2015).

3 MORTE ASSISTIDA À LUZ DA BIOÉTICA E DO BIODIREITO

3.1 ASPECTO MORAL, ÉTICO, SOCIAL E JURÍDICO DA MORTE ASSISTIDA

A medicina além de ser uma área do conhecimento humano voltada à prevenção e cura de doenças, sendo vista como a ciência humana mais importante, mas devido seus avanços biotecnológicos recebe muitas críticas, principalmente por causa dos tratamentos para doentes terminais (DORIGON, 2018).

Diante dessa evolução que foi dita como uma ameaça no que tange a moral e a ética, a sociedade passou a limitá-la de acordo com as questões ético-jurídicas que defende, como é o caso da dignidade da pessoa humana nos procedimento médicos, criou-se a bioética, como bem explana Diniz (2011, p.30):

Deveras, a ameaça da técnica sobre a humanidade gerou uma ética para a civilização biotecnológica a fim de que se pudesse preservar a dignidade da pessoa humana dos abusos do bi poder, da revolução biológica desencadeada pela descoberta do DNA, da geneterapia, das novas técnicas biomédicas e farmacológicas e do desenvolvimento da genética molecular, mediante uma reflexão, que é tipicamente bioética, sobre o fenômeno da vida e da morte.

Segundo Kovács (2015), o termo bioética foi apresentado pela primeira vez no livro “*Bioethic: Bridge to the Future*”, datado de 1971, de autoria do oncologista norte-americano Potter e para Minhaim (2005, p.30), o mencionado doutor “[...] alertava para a necessária interlocução entre os valores éticos e os fatos biológicos, propondo um ponto de encontro entre as ciências humanas e as experimentais, com vistas à preservação da vida no planeta”.

Ademais, o conceito da Bioética é o conjunto de pesquisas e discursos que envolvem várias ciências e objetiva resolver e esclarecer questões éticas-morais presentes na sociedade, como as atinentes ao princípio da dignidade da pessoa humana e à vida, tendo sido atingidas pela evolução tecnológica, como a ocorrente na ciência médica (HERRERA, 2015).

Foi possível o surgimento da bioética devido a necessidade em alinhar os valores éticos e morais da sociedade com os tratamentos médicos, bem como, tentar viabilizar a adequação entre o ordenamento jurídico existente com os avanços biotecnológicos, e com isso, deixando de lado o pensamento de que o Direito não alcança a modernidade da biociência (NASCIMENTO, 2013).

De outro lado, o Biodireito é um ramo do Direito que associado à Bioética, aborda a relação jurídica entre Direito e os avanços tecnológicos na medicina, a exemplo, e ainda tem ligação com a dignidade da pessoa humana. Aquela ramo jurídico ainda trata em positivizar as normas bioéticas visando proteger o bem viva em face às inovações tecnológicas e na medicina.

Diante da defesa dos valores éticos, morais, sociais, entre eles o da vida humana, por causa dos avanços da ciência humana e em seus tratamentos, o instituto da morte assistida pode ser analisada à luz da Bioética e do Biodireito, em relação ao limite da conduta do médico que auxilia o paciente em sua morte, com a finalidade de cumprir a vontade deste último.

Conforme preconiza Kovács (2003, p.119):

Um outro ponto que provoca discussões importantes no ramo da bioética é o desenvolvimento da tecnologia médica, o prolongamento da vida, às vezes sem limite, e o dilema entre a sacralidade da vida e uma preocupação com a sua qualidade. Se é a vida, como valor absoluto, que deve ser mantida a todo custo, nada poderá ser feito para a sua abreviação, e deve se evitar a morte a todo custo. Foi o desenvolvimento da tecnologia que favoreceu a manutenção e prolongamento da vida, e então pergunta-se até quando investir em tratamentos e quando interrompê-los. Estes são os dilemas relativos à eutanásia, à distanásia, ao suicídio assistido e ao morrer com dignidade.

Enquanto a camada conservadora da sociedade repudia a interrupção da vida do paciente em estado terminal, e por sua própria vontade, há outros que buscam entender até que ponto é razoável prolongar a vida do doente terminal, contrariando a vontade deste, e utilizando-se, procedimentos avançados da medicina.

A vida além de ser um bem resguardado juridicamente pela Constituição Federal Brasileira, trata-se de um bem juridicamente indisponível, ou seja, que não pode ser violado independentemente se o viver traz sofrimento para aquele doente. Este argumento é utilizado por doutrinadores, corroborando a opinião das pessoas da ala conservadora da sociedade (DORIGON, 2018). O direito à vida é um principal direito constitucional-fundamental e sem a sua proteção e observância, nenhum outro direito pode ser cogitado (PAULO; ALEXANDRINO, 2017).

A indisponibilidade do direito à vida perpassa o plano do Direito Constitucional, ao ser abordado sob a ótica do Direito Penal, momento no qual a sua violação é punida pelo Estado, como no caso da prática dos crimes de homicídio, indução ao suicídio, infanticídio, aborto e outros, que são previstos no Direito Penal.

Percebe-se que o cometimento de ilícitos penais contra a vida de outrem gera a aplicabilidade de condenação penal, em regra, ou seja, não se é previsto no ordenamento jurídico brasileiro punição penal aquele que lesione sua própria vida (DORIGON, 2018).

Prosseguindo o seu ensinamento, Dorigon (2018, p. 23) aduz:

Não podemos confundir o “direito à vida” com o “direito sobre a vida”, de modo que a vida individual, bem jurídico, deve ser sempre interpretada conforme a Constituição Federal, fazendo uma ponderação sobre todos os direitos e garantias fundamentais, sendo embasada sempre na Dignidade da Pessoa Humana. [...] Assim, verifica-se não só o direito à vida, mas um direito à vida digna, embasando também um direito à morte digna, pois, com base nestes princípios, a morte digna se dá quando uma pessoa não deseja mais viver, em face do sofrimento desumano que está passando.

O direito fundamental à vida deve ser interpretado sobre a ótica do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, ou seja, a vida não é uma obrigação, ao passo que temos o direito à vida e à morte dignas. Assim, o ser humano tem direito a uma morte que trará alívio ao seu sofrimento como na situação de cometimento de morte assistida, quando a sua vida passa a ser indigna, situação na qual a sua família convive com este sentimento.

O sofrimento pelo qual o paciente quer se livrar, e ainda, causa-lhe uma vida difícil, não se restringe em ser apenas físico, mas, conforme enfatiza Dorigon (2018, p. 23): “[...] também psicológico e social, que pode influenciar sobre a vontade da pessoa em continuar vivendo ou, se desejar, em buscar a morte.”.

A análise dos Princípios da Bioética e do Biodireito, bem como, do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana é de suma importância para a compreensão do debate sobre os valores éticos, morais e as questões ético-jurídico que envolvem o instituto da morte assistida. A partir disso, observa-se como a sociedade e a legislação comportam-se, seja para apoiar o paciente que submete àquele procedimento ou para condená-lo.

3.2 PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

3.2.1 Princípio da Autonomia

O termo autonomia deriva da junção das expressões gregas *autos* e *nonus* e que significam “ele mesmo” e “compartilhamento”, “uso”, respectivamente. Assim,

autonomia seria a competência humana de governar a si próprio, de fazer suas próprias decisões, ou seja, autogovernar-se (MORAIS, 2010).

Esta autonomia tem ligação com o direito de personalidade, uma das espécies dos direitos fundamentais, que além de ser previsto na Constituição Federal Brasileira, decorre do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Com isso, constata-se que o cidadão é dotado de liberdade para escolher sobre sua vida e morte, não podendo o Estado interferir nisso (DORIGON, 2018) e prevalece o respeito à crença, aos valores morais do paciente que pretende cometer a morte assistida, sendo reconhecido o domínio que ele tem de sua vida (HERRERA, 2015).

A liberdade de escolha e vontade da pessoa deve ser mitigada pelos limites legais, desde que não prejudique terceiros ou direitos humanos, fundamentais e de personalidade. A autora ainda saliente que, em decorrência do aludido Princípio, a relação médico-paciente deve ser pautada em consentimento livre e informado com relação aos tratamentos que serão submetidos os pacientes (SCHAEFER, 2007).

O indivíduo ao ter conhecimento dos procedimentos que será submetido, passa a ter mais segurança na sua escolha, além de ser necessário o seu consentimento e caso isso não seja respeitado, o profissional de medicina pode ser responsabilizado civil e penalmente, como preconiza Kovács (2003, p.119):

[...] o profissional deve repassar todas as informações pertinentes para que o paciente tenha total consciência das suas opções de escolhas e suas respectivas consequências. Assim, quando uma decisão for formulada será baseada na vontade consciente do indivíduo. Para qualquer medida a ser adotada, deve, inicialmente, ser obtido o consentimento informado do paciente.[...] Segundo o Código de Ética Brasileiro, emitido pelo Conselho Federal de Medicina, as Diretivas Antecipadas de Vontade devem ser obedecidas pelo médico, todavia, a desconsideração de seu conteúdo implica qualquer sanção penal ou civil [...].

O Princípio da autonomia trata de limitar que a sociedade intervenha nas decisões que o indivíduo quer para a sua vida, como a prática da morte assistida, além disso, o referido princípio justifica esta escolha do paciente, cabendo outrem respeitá-la (HERRERA, 2015).

Em contrapartida à proteção do exercício de vontade do ser, existe a proteção da integridade dos doentes mentais, que não possuem totalmente consciência do que é melhor para eles. Faz-se necessário uma intervenção de quem realmente tem capacidade de discernir sobre a decisão sensata e que contribua para a vida destes pacientes, tratando-se do Princípio da Benevolência.

3.2.2 Princípio da Benevolência

O Princípio da Benevolência delimita o padrão de conduta do profissional da medicina e esta área em si, pois a atividade do médico deve ser voltada à busca do melhor para a saúde, bem como ao que seja benéfico ao paciente e desta relação é gerada uma confiança, por parte do último, no que tange ao sigilo profissional do médico (SCHAEFER, 2007).

Constata-se com o princípio em análise que a atividade médica tem como primórdio beneficiar a saúde do doente e põe em prática o Juramento de Hipócrates, sendo comprometido pelo médico que a prática do exercício de sua profissão terá como objetivo o bem do paciente e nunca para causar mal ou dano a este (RODRIGUES, 2016).

Neste viés, percebe-se que a maioria das instituições hospitalares tem esforços de seus profissionais voltados para aliviar o sofrimento dos doentes, até daqueles em estado terminal, conforme externa Kosács (2003, p. 120):

Entretanto, na maior parte das instituições hospitalares observa-se a posição paternalista, na qual, baseada no princípio da beneficência, de se fazer o bem e evitar o sofrimento adicional, a equipe age unilateralmente, justificando-se com a ideia de que sabe o que é melhor para o paciente; ou seja, considera que este não está preparado para saber o que é o melhor para si. Assim, a equipe de saúde é a depositária do saber. Toda esta discussão se torna fundamental quando está em jogo a busca da dignidade, não só durante toda a vida, mas também com a aproximação da morte, envolvendo a valorização das necessidades e a diminuição do sofrimento.

Com relação à morte assistida, o Princípio da Benevolência servirá como justificativa plausível para que o médico auxilie o paciente para proceder em sua morte, e isso após uma avaliação que mostrará dor e o sofrimento que o doente passa se permanecer vivo e sem que haja chances de alívio (HERRERA, 2015).

3.2.3 Princípio da Não- Maleficência

Visto como consequência do Princípio da Benevolência, o Princípio da Não-Maleficência preconiza que o profissional da saúde não pode ter sua atuação voltada a causar danos ao paciente. Mesmo sendo inerente à atividade médica que ocorra malefícios aos pacientes, faz-se imprescindível questionar e refletir se os benefícios que serão proporcionados àqueles que se submeteram a determinado

tratamento compensa os malefícios que por ventura aconteça e com isso é priorizado o que melhor para eles, em termos de recuperação, bem-estar, bem como o que for menos danoso para a sua vida (RODRIGUES, 2016).

O aspecto negativo desse Princípio diz respeito ao fato do procedimento médico não pode ser voltado para causar prejuízo ou mal do enfermo, enquanto que os aspectos positivos, também presentes no Princípio da Benevolência são a prevenção do dano ou mal ao paciente e visa evitar que isso ocorra, o que exige uma maior atenção do médico em sua atuação (PETRY, 2005).

Na Bioética, é costumeira a ideia de que antes de qualquer tratamento pelo qual o enfermo será submetido, faz-se necessário conhecer quais os efeitos advindos deles, seja para o benefício, seja para o malefício do doente, podendo antecipadamente inverter as consequências danosas e com isso, privilegia-se o melhor para o paciente (RODRIGUES, 2016).

Devido à estreita relação entre os Princípios da Benevolência e da Não-Maleficência, observa-se no que tange ao instituto da morte assistida, o médico ao ajudar que o doente atenda a sua vontade de morrer, está proporcionando que o enfermo não experimente mais tratamentos que, em determinadas situações, agravam seu estado de saúde ou que apenas prolonguem desnecessariamente sua vida e isso evita danos maiores àquele.

3.2.4. Princípios da Justiça e da Equidade

O Princípio da Justiça se relaciona com a liberdade de propriedade, a igualdade social, o bem-estar da coletividade. De certa forma há uma relação com a equidade no que tange às necessidades de cada pessoa e que as colocam em patamares de singularidades e diferenças (KOVÁCS, 2003).

Dessa forma, o aludido princípio se respalda na ideia de divisão igualitária e equânime, de acordo com normas do ordenamento jurídico que regulam as ações e direitos da sociedade (PETRY, 2005).

O Princípio da Justiça é confundido por muitos doutrinadores como sendo o Princípio da Equidade, sendo discordado por Schaefer (2007, p.40):

A equidade não se confunde com a igualdade, ou seja, essa é a consequência desejada por aquela. É por meio da equidade que se alcança a igualdade – aquela é um dos caminhos práticos éticos para a realização

dos direitos humanos. É princípio que não se traduz em tratar todos de maneira igual, pois são diferentes as situações biomédicas, trata-se de guardar proporcionalidade nas ações, omissões e intervenções, exigindo do Estado uma ação positiva de garantia do direito à saúde.

Dessa forma, o Princípio da Equidade é o caminho para alcançar à igualdade, pois ao perceber que cada um tem certa necessidade, o que justifica um tratamento diferenciado, isso leva ao atendimento de um direito individual, podendo ser citado o direito à saúde, que de acordo com a complexidade e tipo de doença, determinado doente terá um tratamento diferenciado daquele que é acometido de outra enfermidade, o que gera a chamada justiça social.

Consoante à ideia anterior, o Princípio da Equidade idealiza que os seres humanos possuem a mesma essência, mas têm características diferentes que devem ser respeitadas e com isso, cada um precisa de um cuidado moldado ao seu diagnóstico e às suas peculiaridades (RODRIGUES, 2016).

No trato da morte assistida, os Princípios da Justiça e da Equidade têm o condão de embasarem a ideia de liberdade do paciente de querer morrer, ao passo que o médico deve tratá-lo diferente daquele que não tenha uma doença grave, que esteja em fase terminal. Assim, o direito à saúde, garantido constitucionalmente tem um molde diverso ao ser considerado o estado de do enfermo.

Os princípios analisados da Bioética são usados ajudar na aproximação do justo, do digno, proteger os direitos importantes socialmente e ainda é referência para o desenvolvimento do Biodireito (SCHAEFER, 2007).

3.3 PRINCÍPIOS DO BIODIREITO

3.3.1 Princípios da Precaução e da Prevenção

O Princípio da Precaução, no campo do Direito Ambiental, incorporou-se no ano de 1992 depois da realização do ECO-92, idealizando a litigância da atividade profissional, face à medidas de cautela em situações de risco de dano grave ou irreversível (SÁ; NAVES, 2009).

Em sede do Biodireito, o aludido Princípio impossibilita a prática de pesquisas científicas sem a comprovação que elas não trazem consequências danosas para o ser humano, sob pena de não ser exercidas face à possibilidade de ocasionar um dano gravoso (JÚNIOR CHIARINI, 2004).

Sobre o Princípio da Prevenção, Júnior Chiarini (2004, p.6) preconiza

Assim, transportando-se o princípio da prevenção para o Biodireito, ter-se-ia que a pesquisa científica só poderá ser realizada se existirem meios de impedir a sua irreversibilidade, e, neste caso, os membros das equipes envolvidas com a pesquisa em questão estão obrigados a tomar todas as medidas possíveis e necessárias para impedir que ocorram problemas decorrentes da pesquisa a ser realizada. Pode-se considerar este princípio como um reforço do princípio da precaução, de forma que é necessário que os interessados comprovem a inexistência de riscos para a espécie humana na pesquisa a ser realizada para, só depois, poderem praticar a pesquisa, tomando, ainda, todos os cuidados para minimizar as consequências adversas das pesquisas a serem realizadas.

No segundo Princípio analisado, conhece-se a possibilidade de dano grave ou irreversível, mas a pesquisa científica apenas será praticada após os cientistas tomarem as medidas que impeçam ou minimizem os problemas ao longo dela.

Comparando os Princípios da Precaução e o da Prevenção, o primeiro causa mais proteção à atividade científica, pois ao ter conhecimento da mera possibilidade de dano grave e irreversível, voltar-se-á em impedir o seu acontecimento. A ideia do Princípio da Prevenção é que sabendo exatamente quais os danos que ocorrerão, adotam-se as medidas que os evitem, sob pena de prejuízos futuros (SÁ; NAVES, 2009).

3.3.2 Princípio da Autonomia Privada

Assim, como o Princípio da Autonomia, em sede da Bioética, o Princípio da Autonomia Privada, tem por escopo o livre consentimento e consciente do enfermo em participar de procedimento médico, desde que seja informado dos seus malefícios ou benefícios (JÚNIOR CHIARINI, 2004).

Tal Princípio abarca dois posicionamentos éticos, um de que os indivíduos são agentes autônomos, ao terem capacidade de deliberarem sobre os seus objetivos pessoais, entretanto aqueles que possuem a autonomia reduzida devem ser protegidos (RODRIGUES, 2016).

O paciente tem sua autonomia privada exercida quando decide acerca de questões que envolvem o seu tratamento patológico e também é visto como um princípio o qual o agente tem a probabilidade de agir em prol de um ato jurídico, observando o seu conteúdo, forma e principalmente, os seus efeitos (DORIGON, 2018).

Tratando-se do instituto da morte assistida, o princípio supracitado se aplicação na liberdade de escolha do paciente portador de doença sem cura ou em estado terminal que ao se valer do auxílio do médico em sua morte, utiliza-se de sua autonomia para deliberar sobre o que acha ser o melhor para si, acreditando que trará alívio para o seu sofrimento e, além disso, como explana Herrera (2015, p. 23): “[...] deverá ser assegurada também a autonomia daquele que busca ter um término de vida digno, o direito de morrer dignamente.”.

3.3.3 Princípio da Dignidade da Pessoa Humana

Além de ser um Fundamento da República Federativa do Brasil previsto no artigo 1º, III, da Constituição Federal, o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana embasa a justiça social, na qual normas jurídicas devem ter conteúdo e adequação entre os fatos que ocorrem na sociedade e a atividade desenvolvida pelo Estado, pautada na busca do bem comum (HERRERA, 2015).

Este princípio limita o poder de atuação do Estado, como o de assegurar a igualdade entre as pessoas, e, além da dignidade ser inerente ao ser humano, caso seja atingida violentamente ou que a pessoa venha a falecer, ela não é perdida e muito menos pode ser renunciada (DORIGON, 2018).

Dessa forma, a dignidade da pessoa humana é o princípio fundamental visto como o principal ao servir para influenciar a atuação, bem como a criação de outras normas constitucionais ou infraconstitucionais, como explana Canotilho *et al.* (2013, p.125)

Com efeito, a qualificação normativa da dignidade da pessoa humana como princípio fundamental traduz a certeza de que o art. 1º, III, da Constituição não contém apenas uma declaração de conteúdo ético, na medida em que representa uma norma jurídico-positiva dotada, em sua plenitude, de *status* constitucional formal e material. Como tal, afigura-se inequivocamente carregada de eficácia, alcançando, portanto, a condição de valor jurídico fundamental da comunidade. Importa considerar, neste contexto, que a dignidade da pessoa humana desempenha o papel de valor-guia não apenas dos direitos fundamentais, mas de toda a ordem jurídica (constitucional e infraconstitucional), razão pela qual, para muitos, se justifica a caracterização da dignidade como princípio constitucional de maior hierarquia axiológica.

A dignidade da pessoal humana também representa, ao ser analisado na ótica da vida digna, também a autonomia e um direito social, não apenas um

princípio em si, pois não basta ter apenas a liberdade de exercer escolhas livres, esta deve ser proporcional ao atendimento do chamado mínimo existencial por parte do Estado. Assim, ao indivíduo são garantidos direitos imprescindíveis para sua existência física e moral e ainda, para concretizar seus objetivos em sociedade (MARTEL; BARROSO, 2012).

Continuando, Martel e Barroso (2012, p.7) ensinam:

A dignidade como autonomia envolve, em primeiro lugar, a capacidade de autodeterminação, o direito de decidir os rumos da própria vida e de desenvolver livremente a própria personalidade. Significa o poder de realizar as escolhas morais relevantes, assumindo a responsabilidade pelas decisões tomadas. Por trás da ideia de autonomia está um sujeito moral capaz de se autodeterminar, traçar planos de vida e realizá-los. Nem tudo na vida, naturalmente, depende de escolhas pessoais. Há decisões que o Estado pode tomar legitimamente, em nome de interesses e direitos diversos. Mas decisões sobre a própria vida de uma pessoa, escolhas existenciais sobre religião, casamento, ocupações e outras opções personalíssimas que não violem direitos de terceiros não podem ser subtraídas do indivíduo, sob pena de se violar sua dignidade.

Constata-se que a dignidade humana se relaciona com a autonomia e assim, a pessoa pode fazer escolhas na vida, desde que não prejudique outros ao seu redor e levando em consideração o que ela acha melhor para si, e dentre elas, o indivíduo tem inteira liberdade para saber o que quer para o fim de sua vida (BORGES, 2007).

Dessa forma, o paciente, a partir de sua vontade e da certeza do diagnóstico de sua doença, poderá optar em prolongar artificialmente sua vida ou não. É de suma importância saber o estado de saúde, para que suas decisões sejam livres e conscientes (HERRERA, 2015).

Pondera-se que existe direito à morte quando a não há dignidade em viver, por causa de sofrimentos físicos ou psíquicos que o enfermo passa e se não for reconhecido este direito, a vida é uma obrigação. Nos casos de haver o prolongamento da vida de um paciente que esteja em estado terminal, podendo a qualquer tempo vier a óbito, tal atitude é desumana e causa ainda mais sofrimento para ele e a sua família (DORIGON, 2018).

Dessa forma, a morte assistida concede um fim digno aos enfermos que não desejam mais viver, mas não só aqueles que estão em estado terminal ou acometidos por doenças graves, pode ser escolhida por pessoas que estejam

sofrendo por algum motivo relevante, desde que esta ação não traga danos a terceiros (DORIGON, 2018).

Consoante a este pensamento, Júnior Ferreira e Zaganelli (2015, p.308) colocam em evidência a autonomia que o doente possui em saber determinar o melhor para si, ao preconizarem: “Todavia, se um paciente deve ou não receber um tratamento médico, resvala no conteúdo da decisão do paciente, proprietário da sua vida e da sua morte, o único que tem o direito de decidir quando e é uma qualidade inerente à vida [...]”.

Com isso, reforça-se que o Estado deve zelar por uma vida digna e saudável para todos, sem distinções de ordens pessoais e morais e que permita, caso o indivíduo esteja completamente convicto de quer morrer, este direito não lhe pode ser tolhido e não pode ensejar responsabilidades civis e penais, para aqueles que os auxiliarem (DORIGON, 2018).

Conclui-se, considerando o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, e também seus desdobramentos no direito à autonomia e direito à vida digna, que há a possibilidade, no ordenamento jurídico brasileiro, de escolher a morte para aliviar o sofrimento causado por uma doença terminal ou grave e por seu tratamento médico.

4 A MORTE ASSISTIDA E SUA REGULAMENTAÇÃO NO BRASIL E NO DIREITO COMPARADO

4.1 ASPECTOS DA MORTE ASSISTIDA À LUZ DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou em setembro de 2018, que, em todo mundo, mais de 800 mil pessoas cometem suicídio por ano. Segundo o Ministério da Saúde, conforme publicação feita no mesmo mês e ano supracitados, cometeu-se, no ano de 2016, 11.433 suicídios no Brasil e entre os anos de 2007 e 2016, registrou-se 106.374 suicídios (ONUBR, 2018).

Necessita-se debater a morte assistida sob a ótica dos dogmas jurídicos, principalmente, o da proteção absoluta da vida, que não foi capaz as mortes daqueles que passavam por sofrimento, de ordem psíquica ou física, conforme os dados relatados (DORIGON,2018).

Após a Segunda Guerra Mundial houve uma latente valorização da vida, como um direito inerente ao ser humano, conforme o disposto no artigo 3º da Declaração Universal de Direitos Humanos, datado de 1948 (BARROSO; MARTEL, 2012).

Na Constituição Federal de 1988, no artigo 5º, o direito da vida é tutelado, sendo assim, um bem jurídico inviolável, em tese. Em que pese alínea ' a ', do inciso XLVII, do artigo mencionado, o direito à vida é mitigado, ao ser permitido a pena de morte em situação de guerra declarada (BERSOT; MARTÍNEZ; 2015).

Sobre a previsão de violação do bem jurídico vida, no ordenamento jurídico brasileiro, ensinam Barroso e Martel (2012, p.21):

É também em enunciados normativos infraconstitucionais encontra-se a moderada admissão de intervenções com o direito à vida, em suas posições subjetivas, dada a aceitação da legítima defesa e do estado de necessidade. São exemplos de intervenções não expressamente autorizadas pela Constituição, mas reputadas plausíveis e cuja constitucionalidade ou recepção não foi alvo de contendas. Aqui, tem-se uma ponderação legislativa e/ ou judicial que torna permissível uma agressão a posições subjetivas do direito à vida em nome de posições subjetivas de outros direitos.

O direito à vida, mesmo com status de inviolabilidade na Constituição Federal de 1988, há expressado a possibilidade de mitigação em cerne de guerra declarada.

Nas normas infraconstitucionais este direito tem previsão de violabilidade, como no cerne das causas excludentes de ilicitudes, quando o crime por cometido para resguardar a vida do próprio indivíduo, quais sejam a legítima defesa e estado de necessidade. Portanto existe uma ponderação da vida em detrimento a outros direitos subjetivos.

Através de acórdãos, os Tribunais manifestam, em sua maioria, que os direitos e garantias fundamentais do ordenamento jurídico brasileiro não possuem caráter absoluto, de inviolabilidade. Exemplificando esta situação, o STF, em sede de julgamento da ADPF 54, declarou a inconstitucionalidade na interpretação de enquadrar o aborto de anencéfalo como conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, todos do Código Penal (BERSOT; MARTÍNEZ; 2015).

Assim, o direito à vida pode ser relativizado, diante de alguns princípios constitucionais que merecem guarida no caso concreto, essencialmente, tem-se a Dignidade da Pessoa Humana que deve acompanhar, desde o nascimento até a morte, a existência do sujeito (BERSOT; MARTÍNEZ, 2015).

Ao longo da evolução experimentada pela medicina, envolvendo a tecnologia nos tratamentos médicos e equipamentos hospitalares, começou-se a ter a ideia da vida fundada em sua qualidade e dignidade e não limitada no mecanismo da respiração. Com isso, os estudiosos debateram se os pacientes em estado terminal possuem autonomia em determinar o momento de morrerem dignamente ou se eles devem continuar sobrevivendo, mesmo sofrendo, até que tenham a parada respiratória ou a morte encefálica (SÁ; MOUREIRA, 2012).

Entende-se que, o prolongamento da vida dos enfermos terminais, além de não ter guarida no Estado Democrático de Direito, aumenta-se o sofrimento gratuito, tanto deles, quanto de seus familiares que participam de todo esse processo. Com isso, apenas é aceito o alongamento da vida sob a justificativa que traga benefícios que respeitem a dignidade da vida dos pacientes (SÁ; MOUREIRA, 2012).

No Código de Ética Médica, em seu artigo 41, veda-se que o médico abrevie a vida do paciente, mesmo que seja um pedido deste último ou de seu representante legal e no parágrafo único, do mencionado dispositivo, pondera-se que nos casos de doença incurável e terminal, o médico deve oferecer cuidados paliativos, mas desde que não sejam inúteis e desnecessárias, pois se considera a vontade que foi expressa pelo enfermo ou por seu representante legal, estando aquele impossibilitado no momento (RESOLUÇÃO CFM nº 1.931/09).

A Resolução 1995/2012, regulamenta acerca das diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, tendo em vista, que os recursos biotecnológicos permitem ao médico adoção de métodos desarrazoados e que prorrogam o sofrimento do doente terminal, sem beneficiá-lo, podendo ter sido rejeitado pelo este. No § 2º, do artigo 2º da resolução supracitada, o profissional da medicina não apreciará o querer do enfermo ou de seu representante legal, quando não estiver aos moldes dos preceitos estabelecidos no Código de Ética Médica (FERREIRA JÚNIOR; ZAGANELLI, 2016).

Dessa forma, na legislação médica, determina-se que não seja acatada a vontade de morrer do paciente, expressa por ele, ou, diante de sua incapacidade de manifestação, a vontade proferida por seu representante legal e mesmo assim, o enfermo não pode ser submetido a tratamentos considerados degradantes e que em nada aliviem o seu sofrimento, ao contrário, apenas o prolongue (FERREIRA JÚNIOR; ZAGANELLI, 2016).

Considerando a morte assistida, Rodrigues (2016, p. 49) preconiza:

Em relação ao suicídio assistido por médico nos casos de doenças terminais ou degenerativas, não há uma legislação específica que estabeleça sua ilicitude, tendo em vista os diferentes aspectos que influenciam a escolha do profissional da saúde a auxiliar a morte com dignidade. Assim, os aplicadores do direito devem formular seus posicionamentos com base no conflito entre o princípio constitucional da Dignidade da Pessoa Humana e o direito à vida, em decorrência da legislação supraconstitucional aplicável ao tema.

A conduta do médico, ao prestar auxílio a paciente terminal que expressa a vontade de falecer, não é prevista como ilícita, do ponto de vista da legislação médica específica, mas os aplicados do direito devem ponderar tal atitude em observância ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e ao direito à vida, possuidor de tutela constitucional.

Isto posto, depreende-se que o instituto da morte assistida, diante da análise dos ditames constitucionais, segundo Rodrigues (2016, p.49): “[...] poderia vir a ser permitido por meio de legislação ordinária, quando se tratar de doenças terminais ou degenerativas. Não obstante, este não é o entendimento aplicado à legislação infraconstitucional.”.

4.2 MORTE ASSISTIDA APLICADA AO DIREITO PENAL BRASILEIRO

Com o escopo de punir os indivíduos que praticassem crimes contra às pessoas, bem como, às suas vidas, foi-se necessário a criação do Código Penal Brasileiro e, principalmente, havendo a incidência dos artigos 121 e 122 naquelas situações (BERSOT; MARTÍNEZ; 2015).

No Direito Penal, não é conferido punição ao ser humano que comete ou tenta seu suicídio, pois ele agride a si e não outrem, mas isso não descaracteriza a antijuridicidade por trás de tal atitude, ao violentar diretamente o bem jurídico vida. De outro lado, percebe-se que há uma mitigação deste direito (MIRABETE; FABBRINI, 2015).

No ordenamento jurídico pátrio e do ponto de vista social, o suicídio é visto como um ato imoral e danoso, e quando sobre a vítima recai uma atividade que cause sua morte, mesmo que isso decorra de sua manifestação de vontade, tal conduta deixa de ser penalmente indiferente, passando a ser tipificado como auxílio ao suicídio (BITENCOURT, 2017).

Com relação a instigação, induzimento ou auxílio ao suicídio, tem-se tipificação no artigo 122 do Código penal, *in verbis*:

Induzimento, instigação ou auxílio a suicídio

Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Parágrafo único - A pena é duplicada:

Aumento de pena

I - se o crime é praticado por motivo egoístico;

II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência (BRASIL,1940).

Na cealeuma da morte assistida, o sujeito ativo é o agente que auxilia materialmente o paciente, consumando-se o ilícito, sendo ele punido criminalmente com base do artigo 122 do Código Penal. Não há punição do referido crime em sede de tentativa (PRADO, 2010).

Dessa forma, quem auxilia ao suicídio pratica uma conduta principal, nuclear e ilícita, e não atua como partícipe, o que é criticado por parte da doutrina, sob a justificativa de que o agente ativo desenvolve sua ação no intuito de atender o

pedido específico, bem como, aliviar o sofrimento que são manifestados pelo enfermo em estado terminal (BERSOT; MARTÍNEZ, 2015).

No parágrafo único, do artigo 122 do CP, o motivo egoístico é uma causa de aumento de pena, entendido como algo que cause vantagens de ordem pessoais, seja material ou moral, ao sujeito ativo. A outra causa de aumento é quando a vítima é menor ou, por algum motivo, teve sua capacidade de resistência diminuída, como no caso de paciente em estado de saúde delicado e que necessita de maiores cuidados médicos (BERSOT; MARTÍNEZ, 2015).

Configura-se como sujeito ativo da morte assistida, um médico, enfermeiro, amigo ou parente, ou qualquer pessoa, que deixa ao alcance do paciente certa droga ou instrumento que possibilitam a sua morte e com isso, atende-se a solicitação do doente em estado terminal, desejoso em interromper com sua vida e sofrimento físico (BORGES, 2005).

Segundo Bersot e Martínez (2015, p.305), a morte assistida ao ser proibida no Brasil evidencia que :

[...] não há uma ponderação voltada à dignidade humana no Brasil, predominando apenas o valor mítico da capacidade do médico e dos equipamentos hospitalares no prolongamento mágico e obstinado da vida, sem que isso signifique a vontade ou o respeito essencial aos direitos de autonomia do paciente terminal ou mesmo, o seu direito a não prolongar seu sofrimento pela perda irrecuperável de sua sadia qualidade de vida.

Com a punição dada aquele que auxilia o paciente, no cometimento de sua morte, percebe-se que a dignidade da pessoa humana, relativa ao direito que todo ser possui de ter uma vida digna e de qualidade e a autonomia do doente em querer interromper o seu sofrimento, não são respeitados. Enquanto que, há uma valoração da ação médica de prolongar a vida do enfermo, mesmo que isso não seja a vontade deste.

Não é apenas no Brasil que a morte assistida é analisada pela doutrina, pela medicina ou pelos ramos da Bioética e do Direito, pois esse mesmo estudo é feito em países europeus e em países do continente americano. Isso corrobora a ideia de ser de suma importância assegurar aos homens e mulheres os direitos à vida e morte com dignidade.

4.3 MORTE ASSISTIDA NA PERSPECTIVA DO DIREITO COMPARADO

4.3.1 Suíça

Na Suíça, trata-se de uma morte assistida e não uma morte medicamente assistida, como o que ocorre em outros países, como na Holanda e na Bélgica. Assim, não é imprescindível a presença de um médico para auxiliar o paciente, mas isso não significa que ele é impedido de participar, depende da vontade do enfermo (SANTOS, 2012). Tal procedimento é realizado, com o conhecimento da população, desde o ano de 1941 (HERRERA, 2015).

Para Santos (2012, p.133), a prática do suicídio assistido ocorre, no aludido país, desde:

[...]o ano de 1984, quando a associação *Right-to-die (Exit-Deutsche Schweiz)* resolveu analisar melhor o art. 115, no que diz respeito ao suicídio assistido. O raciocínio foi no sentido de que se a ajuda ao suicídio estava penalizada apenas nos casos em que houvesse motivação egoísta, não haveria implicação legal punitiva em ajudar doentes a cometerem suicídio, desde que o motivo fosse altruísta.

Destarte, a associação Exit-Deutsche Schweiz fez campanhas populares para fins de ser legalizado o instituto da morte assistida naquele país, interpretando que no artigo 115 do Código Penal suíço, pune-se apenas quem instiga que outrem cometa o suicídio assistido por motivação egoística, não havendo tal implicação criminal para aquele auxiliar este tipo de morte por motivos altruístas.

Assim, entende-se que a legislação penal suíça permite a prática do suicídio assistido, na forma do artigo 115, do Código Penal de 1918 e sendo executado por motivos egoísticos, o agente é punido penalmente, ou seja, quando este for beneficiado pela morte do paciente. (BERSOT; MARTÍNEZ, 2015).

Salienta-se que no referido dispositivo legal, a morte assistida não tem uma permissão clara e evidente no dispositivo legal mencionado, mas desde o ano de 1980 as instituições se respaldam nele para proceder com tal tratamento e o que pese a legislação suíça, não há normas específicas que determinem quais os requisitos para uma pessoa se submeter a este tipo de morte e o procedimento médico adequado (SANTOS, 2012).

A Corte Federal da Suíça permitiu que o paciente terminal ou o acometido por doença grave, querendo sua morte, seja auxiliado por médico, existindo três instituições que prestam este serviço, a Dignitas, AMD e Exit. Nesta última instituição, o doente deve ter a cidadania suíça para passar por este tratamento e em contrapartida, a Dignitas não possui este requisito, podendo o indivíduo ter qualquer nacionalidade, tratando-se do denominado “turista do suicídio” (FERREIRA JÚNIOR; ZAGANELLI, 2016).

A Suprema Corte ainda consentiu que paciente portador de doença mental fosse assistido, mas ante a realização de relatórios psiquiátricos que provassem que o desejo por seu suicídio seria proveniente de vontade consciente e clara da realidade e não advinda de uma desordem mental (CASTRO *et al.*, 2016).

Acredita-se que o médico que auxiliará a morte, ao prescrever os medicamentos para este procedimento, deve informá-lo que há alternativas que podem aliviar o seu sofrimento, como receber orientações de psicólogos. Todavia, de acordo com o artigo 114 do Código Penal suíço é vedado a administração direta de remédios pelo médico nesta situação, configurando denominada eutanásia direta, o que é vedado na legislação suíça, fazendo com que não exista a relação médico-paciente (CASTRO *et al.*, 2016).

Corroborando esta interpretação legal, Santos (2012, p. 24) afirma “[...] que não existe nenhuma lei que torne o aconselhamento médico algo de imprescindível ou obrigatório, dado que nem a lei federal suíça, nem a cantonal falam de suicídio assistido.”

Outra peculiaridade levantada por Santos (2012, p.24/25), refere-se que dada a possibilidade de haver a ocorrência do suicídio assistido, ao que é disposto na norma penal Suíça, não foram feitos reivindicações civis com o intuito de despenalizar a eutanásia:

Curioso é comparar este artigo 115 com o artigo 114 do mesmo Código Penal, dizendo respeito à ‘Morte a pedido’. Aí, afirma-se que, quem ‘por motivo honroso, nomeadamente a piedade, tiver dado a morte a uma pessoa a pedido sério e instante dela’, será punido até três anos de prisão ou submetido a pena pecuniária. Perante estes dois artigos penais, é-se levado/a a supor que, tendo a Suíça encontrado uma saída fácil para a ajuda no suicídio, não tenha arriscado enveredar pela luta em vista da despenalização da eutanásia [sic].

Diante do número elevado de pessoas de outras nacionalidades que procuram auxílio à morte no país em comendo, o Governo suíço realizou um referendo no ano de 2011, tendo como propostas, a proibição total da prática de suicídio assistido ou impedir que estrangeiros também utilizem tal procedimento, mas ambas foram rejeitadas pela população (HERRERA, 2015).

A Dignitas é uma organização voltada para a prática da morte assistida, fundada em 1988, com localização em Zurique, e que realizou a assistência ao suicídio de mais de 1.700 indivíduos que a procuraram, e ainda possui mais de 7.100 filiados, de aproximadamente 69 nacionalidades (BERSOT; MARTÍNEZ, 2015).

Para ser submetido a tal morte, através de tratamento na instituição Dignitas, o requerente deve informar se deseja ser um membro dessa organização ou submeter ao suicídio assistido. Além disso, deve apresentar um pedido expresso e com justificativa, bem como, o seu diagnóstico e prognóstico que indicam a sua doença terminal ou grave. Analisam-se as condições psicossociais que demonstram a situação familiar e social e emitido pareceres do que foi concluído. Há em alguns casos, os quais o requerimento foi indeferido, fazendo com que o paciente passe por cuidados paliativos e terapias psicológicas, para atenuar o seu sofrimento (BERSOT; MARTÍNEZ, 2015).

No que tange no procedimento em si da morte assistida é administrado ao paciente uma dose oral do sedativo anti-emético, após é ingerida uma dose letal de pó de Nembutal, e dentro de 30 (trinta) minutos, a morte já pode ser atestada, causada por parada respiratória (SANTOS, 2012).

A organização Exit, localizada na Suíça francesa, sediada em Genebra surgiu no ano de 1982 e junto a Dignitas, possibilitam que as justificativas do paciente, com vontade de ser submetido a morte assistida, sejam mais amplas, como por exemplo, pode não ser o alívio do sofrimento físico ou psíquico, ou por ser diagnosticado com uma doença grave e que tem a consciência que não viverá muitos anos. Assim, ele pode alegar que não quer mais viver porque já viveu muitos anos (HERRERA, 2015).

O Governo da Suíça não exige que sejam notificados e divulgados os relatórios médicos, que evidenciariam o quantitativo de pessoas que foram auxiliados em sua morte, entretanto, sabe-se, através de pesquisas, que a maioria

delas são mulheres e, o percentual de pacientes com câncer é menor (CASTRO *et al.*, 2016).

4.3.2 Holanda

Na Holanda, a morte assistida foi regulamentada desde o ano de 2002 e como um dos critérios, o enfermo deve residir neste país (FERREIRA JÚNIOR; ZAGANELLI, 2016).

O paciente hábil para se submeter a tal tratamento, deve ser capaz para expressar sua vontade e ser portador de uma doença grave ou encontrar-se em estado terminal, passando por muito sofrimento, tanto psíquico, como físico. Ainda, deve ser diagnosticado por dois médicos, atestando como está sua saúde e se há outro tratamento para seu caso (CASTRO *et al.*, 2016).

Segundo Castro *et al* (2016, p.359), a legislação holandesa permite que adolescentes entre 12 a 17 anos, com aceite de seus pais, podem se submeterem ao suicídio assistido e em certos casos, até recém-nascidos:

Pessoas com demência também são elegíveis, assim como crianças, entre 12 e 17 anos, com capacidade mental comprovada. Pais ou responsáveis também devem concordar com o ato no caso de pacientes entre 12 e 15 anos, e participar das discussões no caso de pacientes entre 16 e 17 anos. Em algumas circunstâncias específicas, a morte assistida pode aplicar-se também a recém-nascidos, de acordo com a regulamentação do “Protocolo de Groningen”, de 2005.

No país mencionado, a assistência ao suicídio já era permitido, antes mesmo de 2002, para menores de 12 anos, mas eles deveriam ter autorização expressa de seus pais (RODRIGUES, 2016).

4.3.3 Bélgica

A legalização da assistência ao suicídio na Bélgica aconteceu no ano de 2002. Não há um limite de idade para o agente que passar por este procedimento, diferentemente da Holanda, que estabelece o mínimo de 12 anos de idade para os pacientes que passarão por este procedimento (SANTOS, 2012).

Mesmo sendo permitida a submissão de crianças ao auxílio da morte, estas devem ter autorização de seus pais e ainda serem analisadas por psicólogo ou psiquiátrico, conforme preconiza Ferreira Júnior e Zaganelli (2016, p.317):

Crianças que sofram de doença incurável terão direito à morte digna, se a solicitarem e estiverem em condições de avaliar o próprio estado. Porém, o desejo da criança terá de ser verificado por diversos especialistas, incluindo um psicólogo ou psiquiatra. Como são incapazes os pais deverão autorizar o procedimento. Além disso, a medida só pode ser aplicada se todas as formas de terapia da dor já tiverem sido esgotadas.

Com relação aos pacientes que não estão em estado terminal, mas têm vontade de ter sua morte assistida, aduz, Castro *et al.* (2016, p. 360) que “[...] o médico deve consultar um terceiro especialista independente, e pelo menos um mês deve se passar entre o requerimento do paciente e o ato da eutanásia.”.

4.3.4 Estados Unidos da América

Os Estados Unidos constituem uma confederação, em que cada estado-membro se responsabiliza pela edição de sua legislação. Portanto, o Estado de Oregon foi o primeiro em aprovar a Lei da Morte com Digna no ano de 1994, passando a ser legalizada a prática da morte assistida. Para tanto, o paciente deve ser lúcido, adulto e capaz, ser portador de uma doença terminal e ainda, residente deste Estado (GOLDIM, 2010).

Segundo os ensinamentos de Ferreira Júnior e Zaganelli (2016, p. 295):

O pioneirismo do Oregon no assunto talvez possa ser explicado, em parte, pela ação do médico Jack Kevorkian, apelidado pela imprensa de “Doutor Morte”. Morto em 2011, aos 83 anos, ele ajudou pelo menos 130 doentes terminais a morrer em diversos locais dos Estados Unidos, em um período de quase dez anos. Mas sua primeira paciente, uma professora de pré-escola, vivia e morreu justamente no Oregon. Janet Adkins sofria de Alzheimer e encerrou sua vida em 04 de junho de 1990, com a ajuda de Kevorkian, que chegou a ser detido logo após a morte. O viúvo e os filhos da professora, porém, o isentaram de qualquer culpa, confirmando que ele havia cumprido o desejo de Janet.

Antes de ser permitida legalmente a morte assistida, no aludido estado, os auxílios à morte praticados pelo “Doutor Morte”, possibilitaram que a sociedade pensasse na utilização desta assistência por aqueles que ansiavam a sua morte e, principalmente, o de alívio do seu sofrimento.

Em 2009, o Estado de Washigton também permitiu o procedimento supracitado, através de referendo popular. A legislação que o regula prever critérios para a sua realização, como, a manifestação de pelo menos 02 médicos que atestem o prognóstico de que o paciente, com vontade de falecer, tem menos de 06 meses de vida e que requisite a medida desse auxílio duas vezes no período de 15 dias (FERREIRA JÚNIOR; ZAGANELLI, 2016).

No “Ato de morte com dignidade” do Estado de Washigton, ainda se determina que o paciente deve ser adulto, residente naquele estado e tendo sua morte realizada através da ingestão de um medicamento letal prescrito pelo médico que o auxiliará (CASTRO *et al.*, 2016).

O estado de Montana regularizou o suicídio assistido, no ano de 2010, ao ser proferida uma decisão de sua Corte Suprema, permitindo que o caminhoneiro Robert Baxter, então na época caminhoneiro aposentado de 76 anos, acometido pela leucemia linfocítica, em estado terminal, fosse assistido em sua morte (CASTRO *et al.*, 2016).

A decisão proferida pela Corte Suprema se embasava na tese de que no referido procedimento o paciente pede ao médico que lhe assista em sua morte, mas quem realmente efetua o ato que ensejará a sua morte é aquele, ao tomar a dose letal. Como requisito para a sujeição do doente neste procedimento, ele deve provar que tem menos de 06 meses de vida (SANTOS, 2012).

O enfermo ainda deve ser adulto, mentalmente capaz para tomar decisões, portador de doença terminal e a Constituição do Estado Montana o assegura de direito de privacidade e dignidade, bem como o médico que o auxiliará (CASTRO *et al.*, 2016).

No ano de 2013, o Estado de Vermont regularizou o suicídio assistido, sendo o único estado norte-americano que utilizou o processo legislativo para tal. Os critérios exigidos do paciente para que possa se sujeitar ao procedimento supracitado são a comprovação do diagnóstico de sua enfermidade terminal, além de uma parecer favorável de 02 médicos, autorizando a realização da morte, avaliação psicológica e esperar 17 dias, desde a data da divulgação do parecer, para que seja executada a sua vontade (BERSOT; MARTÍNEZ, 2015).

No Estado da Califórnia, o então Governador Jerry Brown, no ano de 2005 assinou o Projeto de Lei “Ato de opção do fim da vida” legalizando a prática da morte assistida em adulto que comprovem possuírem discernimento que querem morrer e

capacidade para tomar tal decisão, portadores de doenças terminais e com expectativa de vida menor que 06 meses. A lei entrou em vigor no ano de 2016 e há dispositivos que são baseados no Ato do Oregon, datado de 1994 (CASTRO *et al.*, 2016).

4.3.5 Colômbia

A descriminalização da morte assistida na Colômbia ocorreu, após, a Corte Suprema decidir pela inaplicabilidade do artigo 326 do Código penal colombiano quando comprovado sua realização por um médico, que atende ao pedido de um paciente em estado terminal, ao passo que este último deseja alívio à dor física e psíquica que convive (MARTINEZ, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre a possibilidade de interrupção da vida motivada pela vontade do ser ainda gera discordância, no campo dos dogmas religiosos, dos valores éticos e morais da sociedade e, principalmente, no ponto de vista jurídico. Dessa forma, normalmente ocorre o prolongamento da vida de pacientes terminais ou portadores de doenças incuráveis, a partir do uso de tratamentos paliativos e da biotecnologia, sendo desumano, e são atingidos negativamente, aqueles que expressam a vontade de serem assistidos na morte, com o intuito de cessar a dor que passam.

Destarte, a possibilidade do auxílio à morte, representa o respeito à dignidade humana e o seu desdobramento, a autonomia privada, que estabelece a liberdade de escolha do ser, pois apenas ele sabe o que é melhor para si e tem a consciência que continuar vivo, quando portador de enfermidade incurável ou em estado terminal, apenas servirá para sofrer, já que a morte é inevitável.

Neste ponto, o direito à vida, por mais que seja tutelado como indisponível, há casos nos quais é defendida sua mitigação, pois há uma diferença entre direito à vida e direito sobre a vida. Ressalta-se, que nesta última situação, o ser humano, autodeterminado, deve dispor de sua vida, ao passo de não fazê-la sentido e que a dor experimentada pelo indivíduo é incessante.

A regulamentação da morte assistida no ordenamento jurídico brasileiro, especificamente, nos dispositivos do Código de Ética Médica e nos da Resolução 1995/2012, veda que o médico auxilie o paciente em sua morte, mesmo que pedido expressamente por ele ou, diante de sua incapacidade, por seu representante. Todavia, proíbe-se a administração, em paciente terminal ou portador de doença grave ou irremediável, tratamentos ditos como degradantes que em nada acessam a sua dor, mas que sirvam apenas para prolongá-lo.

O Código Penal Brasileiro enquadra o auxílio ao suicídio como crime tipificado em seu artigo 122, sendo isto questionado por parcela da doutrina, pois, entende-se que o indivíduo, e na celeuma em tela, o paciente em estado terminal possui o direito de ter uma vida digna e isso implica, igualmente, a ser garantido o seu direito à morte digna e calma, respeitando a sua escolha de antecipá-la, por ser dotado de autonomia e ter a consciência que a morte acabará com o seu tormento.

Atestou-se a regulamentação do instituto em exame no ordenamento jurídico da Suíça, Holanda, Bélgica, Estados Unidos da América e Colômbia, o que comprova a mudança nos valores ético-morais da sociedade, ou pelo menos, da maioria dela, bem como, o respeito em permitir que o enfermo escolha e exerça a sua vontade de morrer, para não viver em tanta dor e de forma indigna e simultaneamente, diminuir o sofrimento da família deste.

Isto posto, a morte assistida não é legalizada na legislação pátria e não se espera tão cedo que isso ocorra, pois a sociedade ainda é atrelada a valores conservadores, segundo os quais, o Estado e o ordenamento jurídico devem determinar o momento certo de morte e a interrupção da vida, além de imoral, é tipificado como crime. Outrossim, deve ser percebido que a legalização da prática da morte digna, àqueles que experimentam tormentos físicos e psíquicos, sem esperança de cura, trará a tranquilidade e a dignidade que almejam.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Luis Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. A morte como ela é: Dignidade e autonomia individual no final da vida. 2012. In: **Revista Consultor Jurídico**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida>>. Acesso em: 27 set. 2018.

BERSOT, Livia; MARTINEZ, Sergio. Análise crítica da proibição do suicídio assistido no Brasil. **Argumenta Journal Law**, Jacarezinho-PR, n. 23. p. 283-311, jul 2015- jan 2016. disponível em : <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/593-2513-1-pb.pdf>>. Acesso em: 01 nov. De 2018.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: parte geral. vol.1. 23 ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Direitos de personalidade e autonomia privada**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto Lei nº2848 de 07 de dezembro de 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 05 nov. 2018.

CANOTILHO, J. J. Gomes *et al.* **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013.

CARVALHO, Gisele Mendes de. **Aspectos jurídico- penais da eutanásia**. São Paulo: IBCCrim, 2001.

CASTRO , Mariana Parreiras Reis de *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. In: **Revista da Bioética**, Brasília, vol.24, n.2, maio/ago. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242136> >. Acesso em: 10 nov. 2018.

CERNICCHIARO, Luiz Vicente; COSTA JUNIOR, Paulo José da. **Direito penal na constituição**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1990.

CHIARINI JÚNIOR, Enéas Castilho. Noções introdutórias sobre Biodireito. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 9, n. 424,4 set. 2004. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/5664>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica 2009: Resolução CFM nº 1.931/2009**. Brasília: CFM; 2009. (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). Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em : 09 nov. 2018.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

DORIGON, Alessandro. O direito de morrer com dignidade: um estudo sobre a eutanásia, ortotanásia e o suicídio assistido. **Conteúdo Jurídico**, Brasília, 21 fev. 2018. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.590355>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da Vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2003. Tradução Jefferson Luiz Camargo: revisão de Tradução Silvana Vieira. Disponível em:<<https://www.passeidireto.com/arquivo/10872220/dworkin-ronald---dominio-da-vida---aborto-eutanasia-e-liberdades-individuais>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

FERREIRA JÚNIOR, Cristian Ricardo; ZAGANELLI, Margareth Vetis. O Suicídio Assistido na perspectiva do direito comparado. In: **LIVROS DO CONIBDH: BIOÉTICA**. Vitória: Fdv Publicações, 2016. Cap. 2. p. 303-321. (ISBN 978-85-68600-06-1). Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows/Downloads/179-705-1-PB.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2018.

GOLDIM, José Roberto. **Suicídio Assistido**: Oregon EEUU. 2010. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/eutanore.htm>>. Acesso em: 29 out. 2018.

HERRERA. Andre Patrocínio. **Suicídio Assistido no Direito Brasileiro**. 2015. Disponível em: <<https://herreraalemao.jusbrasil.com.br/artigos/185634010/suicidio-assistido-no-direito-brasileiro>>. Acesso em: 27 set.2018.

KOVÁCS, Maria Júlia. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, v. 14, n. 2, p. 115-167, 1 jan. 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642003000200008>. Acesso em: 01 out. 2018.

KOVÁCS, Maria Júlia. Suicídio assistido e morte com dignidade: conflitos éticos. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, v. 2, n. 8, p 71-78, 2015. Disponível em: <<http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/04/Kov%C3%A1cs-2015-Suic%C3%ADdio-assistido-e-morte-com-dignidade-Conflitos-%C3%A9ticos.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018.

LIMA NETO, Luiz Inácio de. A legalização da eutanásia no Brasil. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 8, n. 81, 22 set. 2003. Disponível em:<<https://jus.com.br/artigos/4217>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

MARTINEZ, Sergio Rodrigo. **Direito de partir**: bioética da sustentabilidade e gestão sucessória. Foz do Iguaçu: Clube de Autores, 2014.

MARTINS, Marcio Sampaio Mesquita. Direito à morte digna: eutanásia e morte assistida. **Conteúdo Jurídico**, Brasília-DF, 27 nov. 2010. Disponível em:<<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.29701&seo=1>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

MINAHIM, Maria Auxiliadora. **Direito Penal e Biotecnologia**. São Paulo. Ed.Revista dos Tribunais, 2005. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/53496866/direito-penal-e-biotecnologia-maria-auxiliadora-minahim/39>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato N. **Manual de direito penal**: parte geral . vol.1. 31 ed. rev. E atual. São Paulo: Atlas, 2015.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 25. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ONU BRASIL. OMS: quase 800 mil pessoas se suicidam por ano. Publicado em 10 set. 2018. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/oms-quase-800-mil-pessoas-se-suicidam-por-ano/>>. Acesso em : 02 nov. 2018.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional descomplicado**. 8 ed. São Paulo: Método, 2017.

PESSINI, Leocir. **Eutanásia**: Por que abreviar a vida? São Paulo: Loyola, 2004. Disponível em: <<https://www.skoob.com.br/livro/pdf/eutanasia-por-que-abreviar-a-vida/livro:546499/edicao:556464>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

PETRY, Franciele Bete. Princípios ou virtudes na bioética. In: **Revista Controvérsia**, v.1, n.1, p. 49-65, jan-jun 2005. Disponível em <<http://revistas.unisinos.br/index.php/controversia/article/view/7127/3957>>. Acesso em 09 nov. 2018.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de direito penal brasileiro**. Volume 2. Parte especial. 9. ed. São Paulo: RT, 2010.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.995, DE 9 DE AGOSTO DE 2012. Diário Oficial da União; Poder Executivo; Brasília, 31 ago. 2012, Seção 1, p.269-270. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 09 nov.2018.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1-8, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800024#back10>. Acesso em: 28 set. 2018.

RODRIGUES, Katherine Novais. **“QUERIA ESTAR MORTA”**: “QUERIA ESTAR MORTA”:. 2016. 65 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Coordenação de Atividades Complementares e Elaboração de Monografia Jurídica, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Cap. 4. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/ri/browse?type=author&value=Rodrigues%2C+Katherine+Novais>>. Acesso em: 27 out. 2018.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna . **Autonomia para morrer**. Belo Horizonte: Del Rey, 2012. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/6166352/autonomia-para-morrer>>. Acesso em : 02 nov. 2018.

_____, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.

SANTOS, Laura Farias. Hoje não posso, é o dia que o meu pai escolher para morrer: a morte voluntária assistida na cultura ocidental do século XXI. In: **Instituto Superior Miguel Torga**, Coimbra, n. 22, p 7., 2012. Disponível em: <<http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/223/230>>. Acesso em: 25 set 2018.

SCHAEFER, Fernanda. Bioética, Biodireito e Direitos Humanos. Jussara Maria Leal de Meirelles (Organizadora). **Biodireito em discussão**. Curitiba: Juruá Editora, 2007.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciência da saúde coletiva [online]**, vol.9, n.1, pp.31-41, 2004. (ISSN 1413-8123). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100004>>. Acesso em: 27 set. 2018.

SUTTER, Matilde Josefina. Bioética: suicídio assistido. In: **Revista do Instituto dos Advogados de São Paulo**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais. Nova série. Ano 3, nº 6, julho-dezembro, 2000.