

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL  
CURSO DE DIREITO**

Vitória Osmari Heinrich

**A ORTOTANÁSIA À LUZ DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO:  
UMA ANÁLISE DA RESOLUÇÃO Nº 1.805 DE 2006 DO  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**

Santa Cruz do Sul  
2021

Vitória Osmani Heinrich

**A ORTOTANÁSIA À LUZ DO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO:  
UMA ANÁLISE DA RESOLUÇÃO Nº 1.805 DE 2006 DO  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Ms. Edison Botelho Silva Júnior

Santa Cruz do Sul

2021

## RESUMO

Ao longo do tempo, com a evolução da ciência e da medicina, o poder de interferência médica sobre o paciente aumentou significativamente. Com isso, passaram a surgir debates éticos e jurídicos sobre o impacto desta intervenção na qualidade de vida do sujeito, especialmente quando constatada a terminalidade da sua existência. À vista disso, a presente monografia objetiva investigar a possibilidade de limitar ou suspender tratamentos ou procedimentos em pacientes com doenças graves e em fase terminal, através da ortotanásia, a partir de uma abordagem filosófica, ética, bioética, conceitual e jurídica do tema à luz do direito brasileiro. O trabalho é pautado no método hipotético-dedutivo, partindo-se do estudo de doutrina especializada como livros, legislação, jurisprudência e artigos. Neste sentido, examina-se a questão da ética e da bioética na terminalidade da vida e, em seguida, os termos necessários para compreensão da eutanásia e da ortotanásia. Ao final da presente pesquisa, conclui-se que a eutanásia é vedada no ordenamento jurídico brasileiro, bem como infere-se que a ortotanásia é plenamente viável no país, com regulamentação pela Resolução nº 1.805 de 2006 do Conselho Federal de Medicina e que, mais do que isso, busca humanizar o processo do morrer, garantindo os cuidados necessários e a autonomia ao paciente no final da sua existência.

Palavras-chave: Eutanásia. Ortotanásia. Terminalidade da vida.

## RESUMEN

A lo largo del tiempo, con la evolución de la ciencia y de la medicina, el poder de interferencia médica sobre el paciente aumentó significativamente. Con ello, empezaron a surgir debates éticos y jurídicos sobre el impacto de dicha intervención en la calidad de vida del sujeto, especialmente cuando se constata la terminalidad de su existencia. En vista de ello, la presente monografía tiene el objetivo de investigar la posibilidad de limitar o suspender tratamientos o procedimientos en pacientes con enfermedades graves y en fase terminal, a través de la ortotanasia, a partir de un abordaje filosófico, ético, bioético, conceptual y jurídico del tema a la luz del derecho brasileño. El trabajo está pautado bajo el método deductivo, partiendo del estudio de la doctrina especializada como libros, legislación, jurisprudencia y artículos. En este sentido, se examina la cuestión de la ética y de la bioética en la terminalidad de la vida y, enseguida, los términos necesarios para la comprensión de la eutanasia y de la ortotanasia. Al fin del presente estudio, se concluye que la eutanasia está vedada ante el ordenamiento jurídico brasileño, así como se infiere que la ortotanasia está plenamente viable en el país, con reglamentación por la Resolución nº 1.805 de 2006 del Consejo Federal de Medicina y que, más allá de eso, busca humanizar el proceso del morir, garantizando los cuidados necesarios y la autonomía al paciente al final de su existencia.

Palabras clave: Eutanasia. Ortotanasia. Terminalidad de la vida.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2</b>	<b>A (BIO) ÉTICA E A TERMINALIDADE DA VIDA .....</b>	<b>08</b>
<b>2.1</b>	<b>Considerações iniciais sobre a terminalidade da vida.....</b>	<b>08</b>
<b>2.2</b>	<b>Questões éticas sobre o morrer e a vida digna .....</b>	<b>12</b>
<b>2.3</b>	<b>Os princípios da bioética norteadores da terminalidade da vida humana.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>EUTANÁSIA, ORTOTANÁSIA E TERMOS CORRELATOS.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1</b>	<b>Aspectos conceituais da eutanásia e as formas ativa e passiva.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2</b>	<b>A ortotanásia e a contraposição a condições correlatas .....</b>	<b>26</b>
<b>3.3</b>	<b>Análises complementares e a questão da terminalidade da vida.....</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>ORTOTANÁSIA E EUTANÁSIA NO DIREITO BRASILEIRO .....</b>	<b>35</b>
<b>4.1</b>	<b>Eutanásia e o seu impedimento no ordenamento jurídico brasileiro .....</b>	<b>35</b>
<b>4.2</b>	<b>A viabilidade da ortotanásia à luz da Resolução nº 1.805 de 2006 do Conselho Federal de Medicina .....</b>	<b>39</b>
<b>4.3</b>	<b>Uma breve análise sobre as diretivas antecipadas da vontade dos pacientes na Resolução nº 1.995 de 2012 do Conselho Federal de Medicina .....</b>	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>45</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A presente monografia é destinada à obtenção do título de bacharel do Curso de Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul. O tema escolhido para desenvolvê-la diz respeito a uma análise sobre a possibilidade de suspensão ou limitação de tratamentos em pacientes com doenças graves e em fase terminal, por meio da ortotanásia, a partir de um estudo filosófico, ético, bioético, conceitual e jurídico do assunto, sobretudo, pela Resolução nº 1.805 de 2006 do Conselho Federal de Medicina.

A questão desta pesquisa reside no fato de que, com o avanço da ciência e da medicina, o poder de interferência médica sobre o paciente cresceu substancialmente, gerando discussões éticas e jurídicas acerca de como isto afetaria a qualidade de vida do sujeito, em especial, quando constatada a fase terminal da doença. Pensando nisto, então, objetiva-se averiguar se há plausibilidade jurídica de limitação a intervenção médica através da ortotanásia no Brasil.

Para chegar ao coração deste trabalho, o primeiro capítulo promove uma reflexão filosófica sobre a terminalidade da vida humana, identificando como isso influencia no desenvolvimento da ciência e da medicina e como a morte é definida por estes campos do conhecimento. Em seguida, faz-se uma análise sobre as questões éticas acerca do morrer e a vida digna, enfatizando como se dá o processo de terminalidade da existência do paciente e qual a postura médica adequada a ser adotada nestas situações, bem como os aspectos bioéticos que se relacionam ao estudo.

O segundo capítulo, por sua vez, faz uma análise conceitual de definições que se vinculam a interferência humana no morrer e que estão intimamente ligadas ao tema, tratando de termos como a eutanásia e suas formas ativa e passiva, a ortotanásia e a noção de cuidados paliativos, além de expressões correlatas como a distanásia, o suicídio assistido e a mistanásia, que são essenciais a compreensão do assunto.

Frisa-se que é no segundo capítulo, também, que se faz a distinção entre as condutas médicas omissivas referentes à eutanásia passiva e a ortotanásia. Aqui importa salientar que a defesa pela não equiparação dos institutos justifica a

necessidade de abordar os aspectos conceituais e jurídicos relacionados à eutanásia, pois, de antemão, ressalta-se que a sua forma passiva é proibida no ordenamento jurídico brasileiro, enquanto que a ortotanásia é plenamente lícita no país.

O terceiro capítulo, por fim, trata da vedação à eutanásia no Brasil, tanto na sua forma ativa como passiva, pois violadora do direito fundamental à vida, assegurado pela Constituição Federal de 1988, constituindo crime de homicídio privilegiado pelo Código Penal vigente, ao passo que se infere pela viabilidade da ortotanásia, que encontra amparo no princípio da dignidade da pessoa humana, na vedação à tortura, ao tratamento desumano e degradante, previstos na Carta Magna e, em especial, na Resolução nº 1.805 de 2006 do Conselho Federal de Medicina, sendo, ao final, feita uma análise conjunta da primeira normativa com a Resolução nº 1.995 de 2012 da mesma Autarquia a respeito das diretivas antecipadas de pacientes.

Ainda, este trabalho é desenvolvido com base no método hipotético-dedutivo, partindo-se do estudo de doutrina especializada como livros, legislação, jurisprudência e artigos. Dessa forma, busca-se no conjunto das informações trazidas pela doutrina, as premissas que definem os conceitos e regras que estão postas na delimitação do tema e na solução da questão levantada, bem como na confirmação das hipóteses, que revelam a viabilidade jurídica da ortotanásia no ordenamento brasileiro.

Dito isso, ressalta-se que a pesquisa é de fundamental relevância, porque, ao tratar deste tema, impõe uma reflexão sobre a finitude da vida humana em um contexto de relação entre médico e paciente, enfrentando questões como qual seria a conduta médica adequada na condução de pessoas onde se verifica a fase terminal da doença, bem como a autonomia que o sujeito tem frente a esta situação e o que é possível ser feito para amenizar o sofrimento e a dor durante o processo do morrer.

Veja-se que o trabalho também encontra pertinência na medida em que busca informar e esclarecer o que é a ortotanásia e a viabilidade deste instituto no Brasil, enquanto medida que visa assegurar os cuidados necessários, dignidade, o máximo de conforto e o respeito à autonomia do paciente no enfrentamento da terminalidade da vida.

Por fim, ao examinar o tema desta pesquisa, especialmente na esfera jurídica, o estudo assume importância pela necessidade de se estabelecer segurança jurídica na relação entre médico e paciente nos casos em que este encontra-se na fase terminal da doença, bem como transparência no diagnóstico e tratamento, além de dar autonomia a esse sujeito sobre o seu corpo no caminhar para o final da sua existência.



## **2 A (BIO) ÉTICA E A TERMINALIDADE DA VIDA**

Sabe-se que a morte é parte integrante da nossa vida e que dela decorrem inúmeros dilemas. Dentre eles, está o de ordem jurídica, que é um dos objetivos principais desta pesquisa, que se destina analisar a viabilidade da ortotanásia no direito brasileiro.

Contudo, para que se possa chegar ao ponto central deste trabalho, faz-se necessária uma análise prévia sobre a finitude da vida, através da compreensão dos processos que levam até ela, bem como as questões éticas e bioéticas que norteiam o assunto.

Assim, o presente capítulo tem por escopo fazer breves apontamentos acerca da morte e como ela é definida para a ciência e a medicina, além de algumas considerações sobre o morrer e quais são as questões éticas e bioéticas que advêm deste tema.

### **2.1 Considerações iniciais sobre a terminalidade da vida**

É do senso comum que a morte faz parte da vida e que ela é tão natural quanto o nascer. Dworkin (2009), inclusive, refere que é trivial afirmar que vivemos à sombra da morte. O fim da vida, a fragilidade do corpo e da mente são o destino comum que iguala a todos (BARROSO; MARTEL, 2012).

Apesar disso, as pessoas, de modo geral, não parecem estar aptas a lidar com a finitude da vida. A morte representa, a um só tempo, um enigma, pela incapacidade do ser humano de entender completamente o processo da existência, e um desafio, pela vontade de dominá-la e prolongar a sobrevivência (BARROSO; MARTEL, 2012).

Ademais, vive-se em uma cultura em que ainda é difícil falar sobre a morte e o morrer. As discussões em torno do assunto geram inúmeros sentimentos, que, boa parte das vezes, têm conotação negativa (SANTOS; AOKI; CARDOSO, 2013; NASSER; OISHI; PERINI, 2018).

Segundo Dworkin (2009), o horror central da morte seria o esquecimento. No entanto, o autor também faz uma ressalva de que esse temor não se centraria apenas nisto, pois, se assim fosse, as pessoas não teriam tanta preocupação se

suas vidas teriam ou não continuidade após se tornarem permanentemente inconscientes.

O medo da morte prepondera sobre as pessoas não só porque é o começo do nada, mas também o fim de tudo (DWORKIN, 2009). A convicção, então, de que a finitude da vida leva a inconsciência permanente e o fato de não sabermos para onde vamos após a morte são algumas questões que a tornam tão temida por alguns.

À vista disso, é necessário dizer que esse temor é um dos motivos que pressiona os limites da ciência e da medicina, que expande o tempo de vida do ser humano (BARROSO; MARTEL, 2012). Veja-se que, no início do século, as pessoas não tinham como prolongar a sua existência por muito tempo, porque “[...] o que existia era a morte aguda, ou se morria ou se ficava curado”. O intervalo de tempo entre ficar doente e morrer, antes, era muito pequeno. Hoje, com os avanços trazidos pelo conhecimento científico e a medicina, o espaço de tempo entre ficar doente até a morte aumentou consideravelmente (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 381).

Nessa senda, a melhoria na qualidade de vida das pessoas, corroborado com os progressos tecnológicos associados às técnicas médicas contribuíram para se questionar a própria morte (PERUZZO-JÚNIOR, 2016). Com isso, tornou-se necessário definir o momento da sua ocorrência. Ou seja, coube responder à pergunta quando a morte ocorre? Ou então, de outra forma, o que caracteriza efetivamente a morte?

Até metade do século passado, para as ciências médicas, a morte era tida pelo cessar dos batimentos cardíacos (LOPES; LIMA; SANTORO, 2018). Pessini e Barchifontaine (2014) referem que a cessação da respiração e a parada cardíaca eram determinantes para dizer que alguém estava morto, situação que hoje, contudo, não persiste.

Com o aprimoramento de recursos e a partir de técnicas de reanimação, que possibilitaram o prolongamento artificial da vida, adotou-se como critério a morte encefálica (LOPES; LIMA; SANTORO, 2018), que, segundo Sá e Moureira (2015), é definida pela cessação permanente de todas as funções do encéfalo e do tronco encefálico.

Complementando o conceito anterior, Lopes, Lima e Santoro (2018) enfatizam que o seu diagnóstico é caracterizado pela impossibilidade de reversão do estado de coma, a ausência de reflexos do tronco encefálico, bem como de atividade cerebral cortical, passando a ser este, então, o critério usado para dizer que alguém está morto.

Documentalmente, uma das primeiras definições sobre este termo foram publicadas pelo Comitê Ad Hoc da Harvard Medical School. Os seus critérios foram divulgados meses depois da realização do primeiro transplante de coração em 1967, colocando como ponto central do conceito de morte humana, a ocorrência da morte encefálica e não mais o cessar das funções cardíacas (SÁ; MOUREIRA, 2015).

Já em 1968, a 22ª Assembleia Médica Mundial em Sidney, que posteriormente foi emendada em 1983, pela 35ª Assembleia Médica Mundial em Veneza, elaborou a Declaração de Sidney. Basicamente, como apontam Pessini e Barchifontaine (2014) o referido documento trouxe disposições sobre a responsabilidade do médico em declarar a hora do óbito, atribuindo-lhe, ainda, o dever de dizer o momento de sua ocorrência. Da declaração, destaca-se os seguintes pontos que foram assentados nela:

- 2 - Duas actividades modernas na Medicina, contudo, vieram tornar necessário estudar a questão do momento da morte mais profundamente:
  - a) A capacidade de manter por meios artificiais a circulação de sangue oxigenado através dos tecidos do corpo que pode estar lesado irreversivelmente e,
  - b) O uso de órgãos de cadáver, como o coração ou os rins, para transplantação.
- 3 - [...] aqui o momento da morte das diferentes células e órgãos não é tão importante como a certeza de que o processo se tornou irreversível, seja quais forem as técnicas de ressuscitação que sejam empregadas.
- 4- É essencial determinar a cessação irreversível de todas as funções, de todo o cérebro, incluindo o tronco cerebral. Esta determinação será baseada numa avaliação clínica, suplementar, se necessário, por certos auxiliares de diagnóstico. Contudo nenhum critério tecnológico único é inteiramente satisfatório no estado actual da Medicina, nem pode qualquer único processo tecnológico substituir-se à apreciação global feita pelo médico [...].
- 5- A determinação do momento da morte da pessoa torna eticamente permissível que cessem tentativas de ressuscitação, e em países onde a lei o permite, remover órgãos de cadáver, desde que todos os requisitos legais relativos a consentimento tenham sido cumpridos integralmente. (DECLARAÇÃO DE SIDNEY, 1983, p. 16-17).

Ao atribuir a responsabilidade do médico em declarar o momento do óbito, o documento estabeleceu critérios para a sua declaração, diante da possibilidade de manutenção da vida humana por meios artificiais e da retirada de órgãos para

transplante. Dentre os requisitos, impôs-se a necessidade da cessação irreversível das funções cerebrais e do tronco encefálico, dando ênfase a constatação da irreversibilidade do quadro clínico, após tentadas todas as medidas de ressuscitação.

No Brasil, por sua vez, a Lei nº 9.434 de 1997, que trata sobre a disposição de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para fins de transplante e(ou) tratamento, dispôs no caput do artigo 3º a morte encefálica como marco final da vida, ao prever que:

Art. 3º A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina. (BRASIL, 1997, <http://www.planalto.gov.br>).

Da análise do dispositivo, pode-se perceber que a morte encefálica é usada, inclusive, como critério para remoção de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano para fins de transplante e(ou) tratamento. O artigo também estabeleceu normas gerais para diagnosticá-la, atribuindo ao Conselho Federal de Medicina que dispusesse, por meio de resolução, parâmetros específicos para defini-la (BRASIL, 1997).

Assim, em 1997, foi editada pelo Conselho Federal de Medicina a Resolução nº 1.480. A normativa, em atendimento a lei comentada anteriormente, estabeleceu os critérios para diagnóstico da morte encefálica. No entanto, com o advento do Decreto nº 9.175 de 2017, regulamentando a lei antes citada, a resolução sobre o assunto foi revogada por outra mais atual, de nº 2.173 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

Em breve comentário sobre a Resolução nº 2.173, cabe dizer que ela conta com doze artigos que têm por finalidade estabelecer critérios bem definidos e padronizados para diagnóstico da morte encefálica para serem executados por médicos em todo o território nacional. O texto contido nela, de modo geral, dispõe sobre quando deve ser iniciado os procedimentos para diagnóstico da morte encefálica, definindo, ainda, pré-requisitos que devem ser observados e processos mínimos obrigatórios a serem realizados (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

Ao final da resolução, há um manual com orientações de procedimentos para sua constatação, onde pode se encontrar o conceito de morte encefálica sob o viés do Conselho Federal de Medicina (2017, <https://sistemas.cfm.org.br>), que assim dispõe:

a morte encefálica (ME) é estabelecida pela perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo por causa conhecida, comprovada e capaz de provocar o quadro clínico. O diagnóstico de ME é de certeza absoluta. A determinação da ME deverá ser realizada de forma padronizada, com especificidade de 100% (nenhum falso diagnóstico de ME). Qualquer dúvida na determinação de ME impossibilita esse diagnóstico.

Diante disso, infere-se que a perspectiva da morte é um dos fatores relevantes que impulsiona os limites da ciência e da medicina para expandir o tempo de existência humana. Com isso, houve inúmeros progressos trazidos por estes ramos do conhecimento, que trouxeram benefícios, que vão desde à redução de sofrimentos até a possibilidade de cura de doenças que antes não tinham como ser curadas.

Entretanto, com todo esse avanço, surgiram numerosos problemas éticos, que passaram a ter reflexo na vida das pessoas e dos profissionais da saúde. E aqui cabe pontuar que o que se quer com a presente pesquisa não é criticar tais progressos ou a atuação de médicos e demais profissionais da área da saúde. Pelo contrário, é propor reflexões sobre o que esses avanços podem causar na vida do ser humano.

A farta disponibilidade de recursos e a possibilidade de prolongamento da existência humana coloca em pauta a necessidade de se refletir e definir o momento de parar tratamentos e medidas, sobretudo, em um contexto de pacientes acometidos com doenças graves e em fase terminal e qual seria a postura médica adequada nestas situações. Assim sendo, com o intuito de esclarecer algumas destas questões, o tópico a seguir trará a base para as respostas de tais questionamentos.

## **2.2 Questões éticas sobre o morrer e a vida digna**

A definição precisa do momento em que se termina a existência humana para a ciência e a medicina, como visto, é a morte encefálica. Contudo, a sua definição,

para a presente pesquisa, não é suficiente. Frisa-se que a morte não é um fenômeno simples de ser compreendido. A finitude da vida vincula-se também ao morrer e, este, trata-se de um processo que pode se prolongar no tempo (LOPES; LIMA; SANTORO, 2018).

À vista disso, é nesse ponto que cabe destacar que existem pessoas que apresentam um diagnóstico de uma doença incurável. Ao serem esgotadas as possibilidades de cura, assim como de controle da moléstia que acomete o indivíduo, a terminalidade da sua existência se torna próxima e previsível (GUTIERRES, 2001).

O morrer, então, prolonga-se entre o início da constatação da irreversibilidade doença até o fim da existência. A angústia do paciente, por sua vez, começa desde a possibilidade do diagnóstico da enfermidade. O sofrimento emocional da pessoa se torna intenso, pois é através dele que ela perceberá a sua mortalidade (ARANTES, 2016).

Também é durante esse processo que, a depender do espaço que o doente ocupa na família, ela adoce junto. Ao longo disso, haverá momentos de fragilidade de todos os envolvidos afetivamente com o paciente. Assim, tem-se que o percurso entre a certeza da doença incurável e o fim da vida serão acompanhadas pelo sofrimento do enfermo, da família e de todos os demais que estão ligados a ele (ARANTES, 2016).

Ainda, não se pode deixar de mencionar que, conforme Arantes (2016, p. 50), é na fase terminal da doença que a dor e outros sofrimentos físicos estarão presentes, juntamente com a angústia emocional do paciente. Nesse sentido, enfatiza a autora que:

durante esse processo de morrer, a dor e muitos outros sofrimentos físicos estarão lá para nos dizer: "Olá, estamos aqui e faremos o possível para você vivenciar seu morrer". [...] Muitas vezes, diante do alívio do sofrimento físico, o que aparece em seguida é a expressão de outros sofrimentos, como o emocional e o espiritual.

Em razão disso, é nesse contexto que se pergunta o que o médico pode fazer ante ao esgotamento das chances de cura da condição clínica do paciente e do seu sofrimento? À primeira vista, pode-se pensar na possibilidade de o médico abreviar

a vida do sujeito (ou melhor dizendo, antecipar a morte que já foi constatada como certa), a fim de cessar os sofrimentos dos quais ele padece (SÁ; MOUREIRA, 2015).

Contudo, de antemão, no Brasil, destaca-se que essa possibilidade, mesmo que a pedido do paciente ou de seu representante legal, é eticamente vedada pelo artigo 41, caput, da Resolução nº 2.217 de 2018 do Conselho Federal de Medicina, que estabelece o Código de Ética Médica, até mesmo porque, embora este não seja o objeto deste tópico, cabe salientar que matar alguém constitui crime, pelo que prevê o Código Penal brasileiro (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018; BRASIL, 1940).

Desse modo, alternativamente a essa proibição de o médico abreviar à vida do paciente para acabar com o seu sofrimento, o que é possível ser feito pelo profissional diante da terminalidade da existência e da angústia do sujeito? Deve-se deixar que ele sofra durante o morrer? Deve-se abandoná-lo a própria sorte?

É aqui que surge outro dilema ético. Como visto antes, os avanços da ciência e da medicina possibilitaram o prolongamento da vida humana, o que permitiu adiar cada vez mais o processo da morte (PERRUZO-JÚNIOR, 2016). O problema disso é que, apesar dos benefícios trazidos, passa a existir uma dificuldade em se definir o momento de parar tratamentos e esforços para vencer o inevitável, ou seja, a morte que já está em curso no paciente (DADALTO; SAVOI, 2017).

Perceba, nesse ponto, que o impasse se dá pelo fato de que há dois caminhos a serem escolhidos pelo médico nestas situações: o de manter a vida do paciente terminal a qualquer custo, mesmo que o sujeitando ao aumento do sofrimento e sabendo que a morte é iminente, o que corresponderia ao impulso de se deve fazer tudo pelo doente, ou cuidá-lo até que o seu fim chegue no seu tempo (DADALTO; SAVOI, 2017).

Orientando essa questão, o atual Código de Ética Médica estabeleceu normas a serem adotadas pelos médicos no exercício da profissão. Em um apanhado geral da normativa, vale destacar, de início, que ela foi feita sob a perspectiva do respeito absoluto ao ser humano, com a atuação em benefício da saúde dos indivíduos e da coletividade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Pautado, então, na proteção da dignidade da pessoa humana, o Código em comento, em seu inciso XXII, trouxe uma limitação à conduta médica, estabelecendo que nos casos em que se constata que o paciente apresenta quadro clínico

irreversível e terminal, deverão ser evitadas a adoção de medidas desnecessárias e fúteis às pessoas que estão nesta condição. Nestes termos, é o que estabelece o citado dispositivo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, <https://cem.cfm.org.br>):

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

Assim, verifica-se que o limite ético da conduta médica está no momento em que a aplicação de medidas e tratamentos à pacientes terminais se tornam desproporcionais. Note-se que, mais do que isso, a disposição em comento permitiu “[...] evitar que o paciente tenha seu sofrimento prolongado através da aplicação de medidas que nada produzem senão o retardar indevido da morte [...]” (GODINHO, 2017, p. 136).

Em outras palavras, é dizer que, ante à inevitabilidade da terminalidade da existência do paciente, as tentativas vãs de salvá-lo devem ser substituídas pelo dever ético de cuidá-lo. Diante da morte, o que se espera da postura médica não é o abandono do doente, o que, inclusive, é vedado pelo Código de Ética Médica, mas sim o amparo dele, o que permitirá o morrer humanizado (GODINHO, 2017).

Também é importante frisar que a boa conduta médica se concretiza quando se respeita a autonomia do paciente, “[...] que se reflete [...] pelo seu direito de saber a realidade da sua situação [...] e o direito de decidir sobre seu tratamento em colaboração com os profissionais de saúde responsáveis” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 432).

Percebe-se, desse modo, que tais exigências éticas buscam promover o bem-estar global do paciente enquanto ele não morre, o que não inclui simplesmente morrer sem dor física. Nesse aspecto, Pessini e Barchifontaine (2014, p. 433), enfatizam que:

não basta morrer sem dor. É bom, também, morrer reconciliado consigo mesmo, com as pessoas ao seu redor, com seu mundo e, para quem possui fé, com o seu Deus. As fases do morrer são a última oportunidade de vivenciar a experiência de amar e ser amado [...]



Ademais, observa-se que essa conduta ética de cuidado, amparo e respeito à autonomia do paciente deve incidir também sobre aquele que está com uma doença sem cura, sendo necessário dizer que nem toda enfermidade incurável é necessariamente terminal (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014; VILLAS-BÔAS, 2017). Ou seja, existem casos em que a pessoa tem uma doença que não tem possibilidade de ser curada e que, por vezes, ameaça a sua existência. No entanto, não é por isso que ela será terminal e o olhar de assistência ao sujeito nesta condição deverá ser aplicado.

Na mesma linha de raciocínio, Kovács (2003, p. 116) ressalta que “[...] no adoecimento, os tratamentos devem visar à qualidade dessa vida e o bem estar da pessoa, mesmo quando a cura não é possível”, o que possibilitará ressignificar a vida do sujeito, uma vez que primará pela melhora na condição da existência dele. Portanto, tem-se que essa reflexão de cuidado também deve se estender ao doente incurável.

De mais a mais, embora o Código de Ética Médica oriente como deve se dar a postura do médico no tratamento de pessoas nestas situações, é necessário que estes profissionais, em conjunto com os demais da equipe médica, tenham conhecimento e habilidade para conduzir esse processo do morrer (ARANTES, 2016).

Isto é, não basta o médico ser treinado só com base no que está escrito em códigos, livros ou manuais. Para que o paciente tenha alívio durante o caminho para a morte, não é suficiente só pegar na mão dele, sofrer junto e rezar. Serão necessárias intervenções precisas neste processo (ARANTES, 2016), o que dependerá mais do que o conhecimento do profissional sobre aquilo que aprendeu na faculdade.

A reflexão que aqui se quer trazer é que será necessária uma visão humanizada do médico frente à terminalidade da existência do paciente. Conforme salienta Urban (2018, p. 23) “[...] era preciso, de fato, criar um exame de humanidade, que infelizmente, ainda não existe nas diversas faculdades”. Na mesma senda:

sempre digo que a medicina é fácil. Chega a ser até simples demais perto da complexidade do mundo da psicologia. No exame físico, consigo avaliar quase todos os órgãos internos de um paciente. Com alguns exames laboratoriais e de imagem, posso deduzir com muita precisão o

funcionamento dos sistemas vitais. Mas, observando um ser humano, seja ele quem for, não consigo saber onde fica sua paz. Ou quanta culpa corre em suas veias, junto com seu colesterol. Ou quanto medo há em seus pensamentos, ou mesmo se estão intoxicados de solidão e abandono. (ARANTES, 2016, p. 45).

Por fim, pontua-se que, inserido nesse contexto de preocupação com o ser humano e as questões relacionadas à terminalidade da vida, o Código de Ética Médica se conecta com a bioética (FERREIRA; PORTO, 2018). À vista disso, torna-se necessário fazer alguns apontamentos sobre esse conceito e verificar os motivos pelos quais ele se relaciona com a normativa em comento e, ainda, com o objeto desta pesquisa. Portanto, o próximo tópico se destinará ao estudo deste campo do conhecimento.

### **2.3 Os princípios da bioética norteadores da terminalidade da vida humana**

A bioética, conforme Lopes, Lima e Santoro (2018), deriva dos radicais gregos “bios” e “ethos”, que se traduz em “ética da vida”. Trata-se de uma parte da ética, ramo específico da filosofia, que diz respeito ao estudo das ações humanas sobre a vida em toda a sua dimensão natural (consistente no meio ambiente) e humana (HOGEMANN, 2013). Ainda em relação à definição do conceito, é relevante pontuar que:

a bioética preocupa-se com a fundamentação teórica sobre questões de cunho moral, sanitário e ambiental da sociedade, como a qualidade de vida, o impacto social e biológico das doenças, além do uso e do desenvolvimento sustentáveis da natureza... (UNESCO, [202-?], <https://pt.unesco.org>).

Para mais, este campo do conhecimento tem por finalidade analisar a vida em sentido lato. Em outras palavras, é dizer que o estudo da vida, para a bioética, compreende todos os organismos que são capazes de sentir dor ou prazer, o que inclui não só o ser humano, mas também animais e o meio ambiente (HOGEMANN, 2013).

Não obstante já ter sido mencionado que a bioética é uma parte da ética, convém deixar claro que as duas diferem entre si. A ética, em apertada síntese, ocupa-se com o exame do que é bom ou mau, correto ou incorreto no agir humano, buscando as razões e as respostas para estas questões. Já a bioética, como visto,

preocupa-se em investigar as ações humanas em relação à vida em toda sua esfera natural e humana (HOGEMANN, 2013).

Historicamente, o nascimento da bioética está ligado ao final da Segunda Guerra Mundial, que perdurou de 1939 a 1945, onde as consequências deixadas por ela causaram uma série de discussões que levariam a sua criação. As experiências realizadas com crueldade e sem qualquer limite ético em seres humanos, baseadas na ideologia do governo nazista de superioridade da raça ariana, além da destruição ao meio ambiente provocada pela guerra, marcaram um período da humanidade de “[...] experiência desumana e degradante que deixou sequelas físicas, psíquicas, espirituais e ambientais”. Diante das perversidades e atrocidades cometidas durante este período, ao final dele, a comunidade científica mundial foi levada a formular um documento, através do Tribunal de Nuremberg, que, pautado no respeito ao indivíduo, veio estabelecer limites às pesquisas com seres humanos (LOPES; LIMA; SANTORO, 2018, p. 122).

A partir disso, a “ética da vida” teve o seu desenvolvimento em três períodos. O primeiro, conhecido por protobioética, ocorreu entre 1960 e 1972, e foi marcado pela prevalência dos valores humanos no exercício da medicina ante à crescente desumanização das ciências médicas pelo aumento da tecnologia (LOPES; LIMA; SANTORO, 2018).

Hogemann (2013) explica que este período também teve influência da religião e da teologia por meio da atuação e do empenho de educadores, humanistas e ministros religiosos nas escolas de medicina e enfermagem, com o objetivo de formar profissionais comprometidos com os valores humanos no exercício da medicina.

O segundo período, intitulado como ético ou bioética filosófica, foi entre 1972 e 1985. Conforme Lopes, Lima e Santoro (2018), é neste momento da evolução da bioética que a filosofia ética assume maior destaque na área médica em virtude dos dilemas que surgiram com o crescente progresso da tecnologia e da pesquisa na medicina.

Assumem papel de destaque nesta fase, estudiosos como Van Rensselaer Potter, que apresentou o termo bioética pela primeira vez em 1971, compreendendo-a como uma ponte entre a ciência, a biologia e a ética (KOVÁCS, 2003), e André

Hellegers, que promoveu a ligação entre a medicina, a filosofia e a ética (LOPES; LIMA; SANTORO, 2018).

Representando o terceiro período, com início em 1985, estendendo-se até os dias de hoje, surge uma visão mais ampla do conceito: o de bioética global, trazida por Potter, onde se constata que os problemas apresentados pela bioética devem ser enfrentados por várias vertentes. É aqui que ela adquire um caráter tanto interdisciplinar como multidisciplinar, envolvendo outros campos do conhecimento, como apontam Lopes, Lima e Santoro (2018, p. 126), os quais acrescentam ainda que:

as várias áreas do conhecimento, como o direito, a sociologia, a antropologia, as ciências políticas, a psicologia, a psicanálise, a religião, dentre outras, relacionadas à vida, a sua proteção e ao cuidado, passam a demandar diálogo e interação mais constantes e profundos.

Além disso, é importante observar que, na pauta da bioética global, estão questões como a biologia molecular e sintética, o patrimônio genético, a biotecnologia, bem como o meio ambiente, a sustentabilidade, a ética profissional, as políticas públicas e sociais de bem estar e saúde (LOPES; LIMA; SANTORO, 2018).

No Brasil, entretanto, o surgimento da bioética foi considerado tardio em relação aos movimentos que já estavam acontecendo no mundo, ocorrendo apenas no início da década de 90, sob influência da Carta Magna, que teve como foco a preocupação com a dignidade da pessoa humana (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

Uma das contribuições trazidas pela bioética no país, foi a elaboração do Código de Ética Médica em 1988, mesmo ano da promulgação da atual Constituição brasileira, que foi inovador à época por introduzir questões como o transplante de órgãos, assim como a pesquisa com seres humanos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

Já em 1992, foi fundada a Sociedade Brasileira de Bioética, registrada oficialmente como uma pessoa jurídica perante os órgãos competentes em 1995. Atualmente, ela possui várias regionais ativas pelo país, realizando inúmeros congressos nacionais. De lá para cá, teve-se a criação de revistas ligadas à bioética, bem como passaram a ser publicados livros e artigos sobre o tema, que

contribuíram para o desenvolvimento dela no Brasil (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

Note-se, então, que a bioética ainda é recente em relação a outros campos do conhecimento. Ao considerar a sua origem internacional, a partir da primeira vez que o termo foi usado em 1971, ela tem apenas cinquenta anos de existência e, menos ainda no Brasil, representando em torno de trinta anos, tendo em conta o seu aparecimento no início da década de 90, o que significa dizer, portanto, que a “ética da vida” ainda está em processo de amadurecimento (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

Outro paradigma existente para compreensão da bioética é o principiológico, que surgiu nos Estados Unidos após a criação da comissão nacional para a proteção dos seres humanos em pesquisas biomédica e comportamental em 1974, onde foi elaborado o Relatório de Belmont, que identificou três princípios, que contribuíram para reflexão bioética. O aludido relatório foi publicado em 1978, consignando os princípios da beneficência, da autonomia e justiça (LOPES; LIMA; SANTORO, 2018).

Considerando que tais princípios possuem relação com o tema desta pesquisa, cabe fazer uma análise de cada um deles. O primeiro a ser examinado é o da beneficência. Segundo Fiorillo e Diaféria (2013), este princípio origina-se da expressão “bonum facere”, que se traduz em fazer o bem ao paciente e é o mais antigo da ética médica, pois sinaliza um dos ensinamentos do juramento de Hipócrates, que dispunha que o tratamento seria dado conforme o seu julgamento e de acordo com a sua habilidade, sem, contudo, usá-lo para lesar ou prejudicar o paciente.

Nas palavras de Pessini e Barchifontaine (2014, p. 62, grifo dos autores), o princípio é conceituado como:

no princípio da *beneficência*, o Relatório Belmont rechaça claramente a ideia clássica da beneficência como caridade e diz que a considera, de uma forma mais radical, uma obrigação. Neste sentido são formuladas duas regras como expressões complementares dos atos de beneficência: a) não causar dano e b) maximizar os benefícios e minimizar os possíveis riscos.

Nesse sentido, tal princípio determina o dever ético do profissional da saúde em promover o bem do paciente, evitando a ocorrência de danos (LOPES; LIMA;

SANTORO, 2018). Ainda, pontua-se que deste princípio decorre outro, o da não maleficência, que impõe o dever de não lesar ou causar dano ao paciente. No Código de Ética Médica brasileiro, ambos os princípios estão assentados no inciso VI, que assim dispõe:

VI –O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício, mesmo depois da morte. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, <https://cem.cfm.org.br>).

O princípio da autonomia, por sua vez, impõe “[...] o respeito à liberdade de escolha do paciente. Determina o respeito à capacidade de gerir e conduzir a própria vida corporal e mental, por meio de suas escolhas e opções” (LOPES; LIMA; SANTORO, 2018, p. 132).

Kovács (2003, p. 118) afirma que “a autonomia se refere ao respeito à vontade e ao direito de autogovernar-se, favorecendo que a pessoa possa participar ativamente dos cuidados à sua vida”. Nesse contexto, o aludido princípio tem enfoque nas relações entre médicos e pacientes, determinando que os profissionais da saúde respeitem a vontade e as pretensões do sujeito ou de seu representante legal.

Também vale observar que o respeito ao princípio em comento assegura tanto à integridade corporal como psíquica do enfermo e que ele se efetiva através do compartilhamento de informações, de forma acessível, pela equipe médica ao doente, o que viabilizará a tomada de decisões, garantindo a competência de todos os envolvidos, além da relação equilibrada entre médico e o paciente (KOVÁCS, 2003).

Somado a isso, Pessini e Barchifontaine (2014, p. 61) afirmam que tal princípio “[...] incorpora pelo menos duas convicções éticas: 1) as pessoas deveriam ser tratadas com autonomia; 2) as pessoas cuja autonomia está diminuída devem ser protegidas”. Ainda sobre este ponto, é relevante observar que, no Código de Ética Médica, o princípio da autonomia foi assentado no inciso XXI, segundo o qual dispõe que:

XXI – No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, <https://cem.cfm.org.br>).

O último dos três princípios a ser examinado é o da justiça. De acordo com Lopes, Lima e Santoro (2018, p. 139), este princípio “[...] estabelece a garantia da distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços da saúde”. Ou seja, é aquele que prima pela garantia de uma relação equilibrada (FIORILLO; DIAFÉRIA, 2013).

Lopes, Lima e Santoro (2018, p. 140) também salientam que ele trata da tutela do direito à saúde na esfera individual e coletiva e que deve assegurar “[...] o exercício da cidadania no âmbito do acesso aos serviços, programas e assistência à saúde, por meio de políticas públicas nessa seara”. Neste ponto, é interessante mencionar o teor do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, o qual assegura que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, <http://www.planalto.gov.br>).

Nesse contexto, percebe-se que a bioética é um conjunto de ideias que nos leva a refletir sobre o modo como o ser humano tem decidido e agido com relação à dilemas que decorrem de todas as dimensões da vida, tendo como objeto, sobretudo, aspectos do viver e do morrer, fatos que não pertencem somente a esfera individual dos sujeitos, porquanto demandam interesse de qualquer pessoa minimamente preocupada com as questões que se originam disso (HOGEMANN, 2013).

Sendo assim, é possível inferir que, por ter como uma das preocupações o viver e o morrer e, conforme visto, o impacto que o progresso da ciência e da medicina, bem como do consequente aumento da intervenção médica pode e tem sobre a qualidade de vida das pessoas é que se evidencia que a bioética se conecta com o tema desta pesquisa e as demais espécies normativas examinadas nesta monografia.

### **3 EUTANÁSIA, ORTOTANÁSIA E TERMOS CORRELATOS**

Após as considerações feitas sobre à terminalidade da vida, bem como as questões éticas e bioéticas que norteiam o assunto, torna-se indispensável o estudo preliminar de alguns conceitos ligados ao tema deste trabalho, a fim de introduzi-lo e facilitar a abordagem jurídica a ser desenvolvida no último capítulo.

Assim, este ponto se destina a apresentar os conceitos de eutanásia e suas formas ativa e passiva, a ortotanásia, a noção de cuidados paliativos e termos correlatos, estabelecendo-se, ainda, a distinção entre as expressões com o intuito de possibilitar uma melhor compreensão do assunto e dar clareza a sua tipificação no direito brasileiro.

#### **3.1 Aspectos conceituais da eutanásia e as formas ativa e passiva**

Etimologicamente, a eutanásia deriva do grego “eu” e “thanatos”, que significa “boa morte”. Define-se por ser uma conduta médica que visa causar a morte de um paciente com uma doença grave, incurável e que lhe causa grande sofrimento, através de uma ação ou uma omissão, com o consentimento deste (SÁ; MOUREIRA, 2015).

Por objetivar a antecipação da morte de um paciente com uma doença sem cura e que está em sofrimento físico e psíquico, Barroso e Martel (2012, <https://www.conjur.com.br>) elucidam que a conduta médica deve ser benevolente, apontando o seguinte conceito:

[...] é a ação médica intencional de apressar ou provocar a morte — com exclusiva finalidade benevolente — de pessoa que se encontre em situação considerada irreversível e incurável, consoante os padrões médicos vigentes, e que padeça de intensos sofrimentos físicos e psíquicos.

Também trazendo a definição do instituto, Lopes, Lima e Santoro (2018, p. 70) afirmam que a “boa morte” é “[...] o ato de ceifar-se a vida de outra pessoa acometida por uma doença incurável, que lhe causa insuportáveis dores e sofrimentos, por piedade e em seu interesse”, aspectos cruciais para identificação do termo.



Em relação à vontade do paciente, Villas-Bôas (2017, p. 113, grifo da autora) ressalta que a eutanásia pode ser feita por solicitação do próprio sujeito, quando estiver no gozo de sua capacidade, ou por decisão de outrem, que decidirá nos casos em que ele não se encontre em condições de exprimir sua vontade. Nesse viés, traz a autora:

no que tange à vontade do enfermo, a conduta eutanásica pode ser *voluntária*, quando solicitada pelo paciente, em gozo pleno de sua capacidade; ou *involuntária*, quando realizada por decisão de outra pessoa que não o próprio interessado, o qual possivelmente não se encontra em condições de decidir. A pessoa decisora, nesse caso, haveria de ser o representante legal do paciente.

Portanto, em sentido amplo, infere-se que a eutanásia é uma conduta médica empregada sobre um paciente com uma doença incurável ou em fase terminal, por meio de uma ação ou omissão, a seu pedido ou, quando não puder fazê-lo, por outra pessoa que lhe represente, a fim de antecipar-lhe a morte e, com isso, cessar seu sofrimento.

É necessário pontuar, no entanto, que a eutanásia possui diversas classificações. Ao presente trabalho, importa analisar apenas duas delas, pois permitirão introduzir o próximo assunto e tornarão possível compreender certos aspectos jurídicos cruciais no último capítulo. Trata-se, desse modo, da eutanásia ativa e passiva.

Segundo Pessini e Barchifontaine (2014), a eutanásia ativa é a ação médica pela qual se coloca fim a vida do paciente por um pedido deste ou a sua revelia. Ou seja, é ação deliberada de matar o paciente, valendo dizer que o exemplo disto é a aplicação das sempre lembradas injeções letais sobre o doente (VILLAS-BÔAS, 2017).

Há autores, por outro lado, que ainda subdividem a eutanásia ativa em direta e indireta. Na explicação dada por Lopes, Lima e Santoro (2018, p. 71) a eutanásia ativa direta busca “[...] o encurtamento da vida do paciente por meio de condutas positivas, ajudando-o a morrer”, ao passo que a indireta, ao se procurar trazer o alívio da dor ao enfermo, teria como efeito secundário disso a abreviação da vida do sujeito.

Também no mesmo sentido, Sá e Moureira (2015, p. 86) afirmam que “a eutanásia ativa direta é caracterizada pela intenção de encurtar a vida do paciente

[...]”. A forma indireta, por seu turno, buscaria o alívio da dor do enfermo e, a um só tempo, abreviar-lhe o curso vital, efeito que decorreria da finalidade principal (aqui os autores citam como exemplo que a aplicação de morfina, usada para tratar dores intensas, causa danos à função respiratória e, em altas doses, acelera o óbito do paciente).

No entanto, para esta pesquisa, considera-se que essa subdivisão da eutanásia ativa em direta e indireta não parece ser a mais adequada, porque ela remete a intenção do médico (o que implicaria em uma outra classificação) e não ao estudo do modo como é empregada a conduta. Ao estudo, interessa somente a análise de como se dá a conduta médica, pois é o que traz reflexos no mundo jurídico.

Opostamente à eutanásia ativa, é a sua forma passiva, que se configura quando o resultado morte é obtido por meio de uma conduta omissiva. Ou seja, a morte do paciente é ocasionada pela omissão ou suspensão de medidas que seriam indicadas, proporcionais e que poderiam beneficiá-lo, com o fim de cessar o seu sofrimento (VILLAS-BÔAS, 2017). Na lição de Godinho (2017, p. 135, grifo do autor), tem-se que:

na eutanásia passiva, há a omissão de tratamentos ou cuidados *proporcionais* que, caso ministrados, poderiam preservar a vida do paciente. [...] constata-se a presença de um nexo de causalidade que une a conduta médica e a morte: por mais que o paciente sofra de doença grave, quiçá incurável, não morre em função dela, mas da supressão de medidas úteis e indicadas, que, se adequadamente aplicadas, o manteriam vivo, sem que tal implicasse um agravamento do seu estado de saúde ou do sofrimento que padeça.

Alguns doutrinadores, ao definir a eutanásia passiva, não a distinguem de ortotanásia. Sá e Moureira (2015, p. 87) defendem que os institutos são sinônimos e entendem que eles são a intenção omissiva do agente, correspondente a não iniciação ou suspensão de um tratamento, podendo, também, “[...] ser caracterizada pelo não tratamento de uma enfermidade ou complicação intercorrente, e a morte ocorrerá ao seu tempo, sem o prolongamento desnecessário da vida”. Na mesma linha de raciocínio, Nalini (2009, p. 210, grifo do autor) equipara os aludidos termos, definindo que a:

ortotanásia ou paraeutanásia é a ajuda oferecida pelo médico ao processo natural da morte. Dá-se com a suspensão de medicamentos ou de outras providências que alonguem a vida do paciente. É também chamada *eutanásia passiva*, ou *eutanásia por omissão*, enquanto a eutanásia em sentido estrito é a *eutanásia ativa*.

Contudo, entende-se que há uma confusão no significado dado à eutanásia passiva por parte dos dois últimos autores. Isso porque, considera-se que a definição adequada desta modalidade é que a morte do paciente com uma doença incurável e(ou) em fase terminal se dá em razão de uma omissão, não se caracterizando por uma postura passiva que deixa “a morte ocorrer no seu tempo”, porque justamente a ideia da eutanásia é antecipar a morte, seja por uma conduta ativa ou não.

Aqui também cabe fazer um breve comentário no sentido de que a eutanásia passiva não pode ser tratada como sinônimo de ortotanásia, como é referido pelos últimos autores. Entretanto, ressalta-se que os motivos dessa impossibilidade de equiparação de termos serão aprofundados em momento específico ao longo deste trabalho.

Em síntese, o que se pode adiantar sobre a distinção entre a eutanásia passiva e a ortotanásia, é que na primeira o resultado buscado é a antecipação da morte do paciente por meio de uma omissão, enquanto que na segunda, o que se objetiva é a suspensão ou limitação de tratamentos ou medidas sobre o paciente com uma doença em estágio terminal, sem, no entanto, antecipar ou prolongar a morte do sujeito.

Inferre-se, por fim, que a eutanásia ativa consiste na ação deliberada de matar o paciente através de uma conduta comissiva, enquanto que a forma passiva tem por finalidade causar o óbito do enfermo por meio de uma abstenção, omitindo ou suspendendo tratamentos ou medidas necessárias e úteis a manutenção da vida dele.

### **3.2 A ortotanásia e a contraposição a condições correlatas**

A ortotanásia, conforme Godinho (2017), tem origem dos radicais gregos “orthos” e “thanatos”, que indica a morte no seu tempo. O instituto diz respeito à omissão ou a suspensão de tratamentos desnecessários e desproporcionais ao

paciente, cuja morte já está em curso em razão da fase terminal de uma doença, o qual vem a falecer não em virtude desta abstenção, mas, sim, em função da moléstia.

Villas-Bôas (2017, p. 106), no mesmo sentido, ressalta que é a “[...] omissão ou suspensão de medidas que perderam sua indicação, por resultarem inúteis para aquele indivíduo, no grau de doença em que se encontra”, frisando, ainda, que médico não interfere na ocorrência da morte do paciente, nem para antecipá-la ou adiá-la. Para Dadalto (2019, p. 5), em suma, “[...] é tida hoje como [...] aquela que não prolonga a vida da pessoa com doença grave, incurável e/ou terminal, nem mesmo a abrevia”.

Outrossim, embora não seja objeto deste tópico expor aspectos jurídicos do tema, é interessante observar que o conceito de ortotanásia encontra amparo, tacitamente, no artigo 1º, caput, da Resolução nº 1.805 de 2006 do Conselho Federal de Medicina (2006, <https://sistemas.cfm.org.br>). Nesse viés, é o que diz o artigo:

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

Por ser uma conduta médica omissiva, há autores que tratam a ortotanásia como sinônimo de eutanásia passiva, confundido os institutos (VILLAS-BÔAS, 2017). Para a presente monografia, a equiparação entre os termos não se mostra admissível.

Isso porque, como visto, a eutanásia passiva é a antecipação da morte do paciente por meio de uma abstenção, suspendendo ou omitindo medidas ou tratamentos que seriam indicados, proporcionais e benéficos a ele. Há um nexo de causalidade entre a conduta médica e a morte do paciente, ou seja, significa dizer que, por mais que o enfermo esteja com uma doença grave, incurável e(ou) em fase terminal, ele não morre em função dela, mas em virtude da omissão (GODINHO, 2017).

A ortotanásia, por sua vez, é a suspensão ou omissão de tratamentos ou medidas que já não são mais indicadas, proporcionais e úteis ao paciente. Diz-se que não são mais necessárias, porque elas já não exercem a função que deveriam

exercer sobre ele, na medida em que o seu organismo atingiu um grau de deterioração irreversível e a terminalidade da vida do sujeito é inevitável (VILLAS-BÔAS, 2017).

Ainda, observa-se que se tais medidas ou tratamentos fossem aplicados ao paciente, elas só serviriam para prolongar artificialmente e excessivamente a vida deste, o que só contribuiria para o aumento do sofrimento e não reverteria a terminalidade da doença (VILLAS-BÔAS, 2017). Por isso, é que se diz que a ortotanásia não visa antecipar e nem retardar a morte do paciente, deixando que ela ocorra naturalmente.

A partir disso, percebe-se que tanto a eutanásia passiva como a ortotanásia são condutas omissivas. O que as difere é que a primeira implica no óbito do paciente em razão de uma conduta omissiva, ao passo que na segunda ocorre a abstenção de medidas que não são mais úteis e benéficas ao paciente, pois ele está na fase terminal da doença, onde se adota uma postura de não interferência para adiantar ou retardar a morte deste.

Outro aspecto fundamental a ser destacado é que, apesar de ser uma conduta passiva, isto não significa dizer que o paciente ficará em uma situação de desamparo no caminhar para o findar da sua existência. Pelo contrário, o instituto também está ligado a uma postura que visa proporcionar ao doente no final da sua vida a garantia de assistência médica, afetiva, bem como psicológica. Ao ser constatada a terminalidade da vida, o dever de curar deve abrir espaço para o de cuidar do enfermo (GODINHO, 2017). Dessa maneira, tem-se que indissociável deste termo, é que se desenvolve a noção de cuidado paliativo (BARROSO; MARTEL, 2012).

A origem etimológica do cuidado paliativo advém do vocábulo latino “pallium”, que se traduz em manta ou coberta, e “paliar”, que indica aliviar. Significa dizer que “[...] quando a cura de determinada enfermidade não puder ser obtida, seus sintomas são aliviados ou “cobertos” com medidas [...] analgésicas” (GODINHO, 2017, p. 137).

Aqui cabe afastar, desde logo, aquela concepção que se cria no sentido de que “[...] todo mundo pensa que fazer Cuidados Paliativos é sedar o paciente e esperar a morte chegar” (ARANTES, 2014, p. 51-52) ou que eles se traduzem em algo

negativo e ruim. Muito pelo contrário, é de deixar claro que não é esta ideia que deve ser difundida.

A medicina paliativa possibilita “[...] ao paciente que tenha em seus momentos finais o máximo de bem-estar físico, psíquico, social e espiritual, mesmo quando não há a mínima perspectiva de cura” (LOPES; LIMA; SANTORO, 2018, p. 76). Nesse sentido, é interessante observar que, além da preocupação em amenizar a dor do paciente, há também o cuidado com relação às questões psíquicas e sociais da pessoa.

Conforme, por exemplo, o Instituto Nacional do Câncer (2021, <https://www.inca.gov.br>), diante dos sintomas físicos, psicológicos e emocionais do paciente terminal “[...] faz-se necessária a adoção precoce de condutas terapêuticas dinâmicas e ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente frente a sua situação de incurabilidade”. Nessa senda, mostra-se relevante trazer o relato de Arantes (2014, p. 52), médica especialista em cuidados paliativos na condução de seus pacientes, a qual afirma que:

aceito a morte como parte da vida e tomo todas as providências e condutas para oferecer ao meu paciente a saúde, definida aqui como o bem-estar resultante do conforto físico, emocional, familiar, social e espiritual. Acredito que a vida vivida com dignidade, sentido e valor, em todas as suas dimensões, pode aceitar a morte como parte do tempo vivido assim, pleno de sentido.

Assim, note-se que a preocupação não está somente em tratar a dor física do paciente, mas também a questão emocional e o que está em seu entorno. É necessário dizer e deixar claro que a doença não destrói só o corpo. A dor e o sofrimento podem dilapidar com a integridade da pessoa (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014), o que torna importante que os cuidados abarquem uma série de aspectos.

Villas-Bôas (2008) ressalta, ainda, que os cuidados paliativos devem englobar a higienização do enfermo (nos casos em que há necessidade), além da devida atenção a ele e da família durante esse momento, que não será fácil. Nesse ponto, é válido destacar o que expõe a Organização Mundial da Saúde sobre essa questão, ao pontuar que:

os cuidados paliativos são uma parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas. Aliviar sofrimento grave relacionado à

saúde, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual, é uma responsabilidade ética global. Assim, se a causa do sofrimento é doença cardiovascular, câncer, falência de órgãos importantes, tuberculose resistente a medicamentos, queimaduras graves, doença crônica em estágio final, trauma agudo, prematuridade extrema do nascimento ou fragilidade extrema da velhice, cuidados paliativos podem ser necessários e deve estar disponível em todos os níveis de atenção. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, [202-?], <https://www.who.int/>).

Nesse contexto, salienta-se que os cuidados paliativos “[...] correspondem à proteção inafastável à dignidade da pessoa, como atitude de respeito pelo ser humano” (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 69). Godinho (2017, p. 149) acrescenta, inclusive, que “é este o sentido de morte digna: dedicar ao paciente os denominados cuidados paliativos, que lhe propiciam conforto e o alívio das suas dores e de seu sofrimento”.

Também é importante enfatizar que os cuidados paliativos buscam dar conforto ao paciente, sem interferir na evolução da doença. Ainda, observa-se que eles são uma postura ética que deve ser seguida pelos médicos no exercício da profissão, constituindo princípio fundamental, conforme preceitua o inciso XXII do atual Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Desse modo, diante da comprovação da terminalidade da vida do paciente, os cuidados paliativos mostram-se como a conduta mais adequada ao cuidado do doente. Trata-se, por fim, de uma postura ética que deve ser adotada pelos médicos e que possibilita assegurar à proteção da dignidade da pessoa humana no final da sua existência.

### **3.3 Análises complementares e a questão da terminalidade da vida**

Após o estudo de conceitos que são essenciais ao deslinde da presente monografia, cabe fazer uma análise de definições correlatas que se relacionam ao tema deste trabalho e que também são formas de interferência humana (ou não) durante o morrer. Tratam-se de termos como a distanásia, o suicídio assistido e a mistanásia.

A distanásia, segundo Dadalto e Savoi (2017), origina-se de “dis” e “thanatos”, que se traduz em morte dolorosa e lenta. É definida por Villas-Bôas (2017, p. 106) como “[...] a morte lenta e sofrida, prolongada, distanciada pelos recursos médicos, à revelia do conforto, da vontade e do benefício do indivíduo que morre”. Para a autora, ela corresponde à obstinação terapêutica, caracterizada pelo abuso no uso

de recursos, mesmo quando infrutíferos ao sujeito, “[...] de maneira desproporcional, impingindo-lhe maior sofrimento, ao lentificar, sem reverter, o processo de morrer já em curso”.

Lopes, Lima e Santoro (2018, p. 75), no mesmo sentido, afirmam que ela diz respeito à adoção de medidas terapêuticas excessivas, desproporcionais e fúteis, que são empregadas sobre o paciente, mas que em nada lhe beneficiam. Na lição dos autores:

[...] caracteriza-se pela adoção de medidas terapêuticas excessivas e que não direcionam para a cura, mas para o sofrimento do paciente. Trata-se de o médico adotar medidas fúteis e desproporcionais que configuram tratamento desumano e degradante, por permitir o prolongamento da vida exclusivamente quantitativos e não qualitativos. Cuida-se de procedimento que ofende a dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado Democrático de Direito brasileiro, assim como da Bioética.

Kovács (2003, p. 153) frisa que “[...] a distanásia é sempre o resultado de uma determinada ação ou intervenção médica que, ao negar a dimensão da mortalidade humana, acaba absolutizando a dimensão biológica do ser humano”. Segundo a autora, o maior risco da sua ocorrência é em instituições de saúde equipadas com recursos cada vez mais sofisticados, o que coloca em questão: até quando a vida deve ser prolongada?

Aqui cabe dizer que, conforme já visto no primeiro capítulo, no Brasil, o limite da atuação médica está no momento em que a aplicação de tratamentos ou procedimentos se tornam excessivos e desproporcionais. Por essa razão, a prática disso constitui violação de dever ético, já que é proibido ao médico a aplicação de medidas desnecessárias em pacientes, sobretudo, com uma doença em fase terminal.

Aliás, observa-se que a distanásia é oposta a ortotanásia que, como também já estudado, é a omissão ou a suspensão de tratamentos ou medidas inúteis e não indicadas ao sujeito que se encontra com uma doença em estágio terminal. Villas-Bôas (2017, p. 106), inclusive, afirma que a “[...] ortotanásia visa a evitar a *distanásia* [...]”.

Nesse ponto, vale destacar que a aceitação da ortotanásia e a repulsão da distanásia “[...] permitem colocar a tecnologia a serviço do paciente, e não prostrá-lo diante de uma concepção puramente mecânica da medicina e da vida humana”



(GODINHO, 2017, p. 136), contribuindo para conceber uma visão humanizada do morrer.

Ainda, importa ressaltar que, ao evitar que o paciente tenha o seu sofrimento estendido por meio de medidas desnecessárias, que só servem para atrasar a sua morte, é que se assegurará a este a não submissão ao tratamento desumano ou degradante, garantindo a correta aplicação do artigo 5º, inciso II, da Carta Magna (GODINHO, 2017).

Além disso, salienta-se que a distanásia se opõe a eutanásia, que, como já analisado, é a conduta médica que visa promover a morte do paciente com uma doença incurável e(ou) terminal, a fim de cessar o seu sofrimento. Ilustrando bem a distinção entre a distanásia, a ortotanásia e a eutanásia, expõe-se o seguinte conceito:

entre dois limites opostos, de um lado a convicção profunda de não abreviar intencionalmente a vida (eutanásia) e de outro a visão de não implementar um tratamento fútil e inútil, prolongando o sofrimento e adiamento a morte inevitável (distanásia), entre o não abreviar e o não prolongar está o cuidar com arte, humanidade e ternura do ser que está para partir (ortotanásia). Como fomos cuidados para nascer, precisamos também ser cuidados ao nos despedirmos da vida. Cuidar é um desafio que une competência tecnocientífica e ternura humana, sem esquecer que “a chave para morrer bem está no bem viver!”. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 453)

Outro conceito fundamental a ser analisado é o suicídio assistido. Kovács (2003, p. 149) elucida que “[...] é o próprio paciente que realiza o ato, embora necessite de ajuda para realizá-lo, e nisto difere do suicídio, em que esta ajuda não é solicitada”.

Trata-se, então, de uma conduta adotada pelo próprio paciente para pôr fim à sua vida, sem a interferência direta de um terceiro sobre o seu comportamento, mesmo que, por piedade, preste amparo moral ou material para que o ato se consuma (LOPES; LIMA; SANTORO, 2018). Na mesma senda, Dadalto (2019) complementa que ele se configura quando o sujeito, acometido por uma doença incurável e(ou) terminal, abrevia a sua própria vida, com o auxílio de um médico ou não, que lhe fornecerá os meios para que possa, sozinho, terminar com a sua existência.

Ademais, cabe observar que o auxílio ao suicídio se difere do induzimento. No primeiro, a vontade vem do paciente, enquanto que no segundo, a pessoa age sobre

a vontade do enfermo, interferindo com sua liberdade de ação. Ainda, pontua-se que as duas formas admitem combinação. Ou seja, é possível que uma pessoa seja instigada e assistida, ao mesmo tempo, em seu suicídio (BARROSO; MARTEL, 2012).

De mais a mais, destaca-se que o suicídio assistido não se confunde com a eutanásia. Kovács (2003, p. 149) explica que a distinção se dá sobre quem realiza o ato. Segundo a autora, “[...] no suicídio assistido é o próprio paciente que realiza o ato, embora necessite de ajuda para realizá-lo [...]”, ao passo que na “boa morte” “[...] o pedido é feito para que alguém execute a ação que vai levar à morte [...]” do paciente.

Confluindo neste entendimento, Villas-Bôas (2017) também elucida que os institutos são distintos, porquanto a eutanásia é a conduta médica benevolente que tem por finalidade promover a morte do paciente com uma doença incurável ou terminal, enquanto que o suicídio assistido é a conduta em que a morte seria causada pelo próprio enfermo, com o auxílio de outrem. Ainda, para Lopes, Lima e Santoro (2018, p. 77):

[...] não há como se confundir o suicídio assistido com a eutanásia, porque nesta é pessoa diversa quem executará a ação ou omissão que será a causa do evento morte, ao passo que naquele a conduta capaz de gerar o evento morte é praticada pela própria pessoa que vem a falecer.

O último conceito a ser analisado é o de mistanásia. O termo, de acordo com Pessini e Ricci (2017, p. 182), tem origem etimológica de “mis” e “thanatos”, que indica “morte infeliz”. Para os autores, compreende-se por ser “[...] a morte do pobre, resultado de uma vida precária e com pouca ou nenhuma qualidade. É uma morte indireta, causada pelo abandono, omissão ou negligência social e pessoal”.

Villas-Bôas (2017, p. 107) ressalta que é uma morte que transcende o contexto médico hospitalar. Isto é, trata-se de uma morte miserável, que afeta indivíduos que “[...] sequer chegam a ter um atendimento médico adequado, por carência social, por falta de condições e de oportunidades econômicas e políticas [...]”. É a morte de pessoas que acabam vindo à óbito com uma precária ou até mesmo sem assistência médica (LAVOR, 2018).

As vítimas da mistanásia são aquelas que não possuem condições econômicas de suportar os gastos com o tratamento da própria saúde (LAVOR, 2018). Na maior

parte das vezes, o indivíduo não consegue nem a chegar a ter uma atenção médica de saúde avançada como, por exemplo, UTIs, mas tão somente “[...] as macas e o chão de corredores lotados de hospitais públicos, carentes como seus pacientes”. A mistanásia, portanto, leva ao descaso e a piora da angústia do paciente (VILLAS-BÔAS, 2017, p. 108).

## **4 EUTANÁSIA E ORTOTANÁSIA NO DIREITO BRASILEIRO**

Examinados os conceitos de eutanásia, ortotanásia e outras definições fundamentais para compreensão do tema, cabe fazer uma análise jurídica e comparativa dos dois primeiros conceitos e em que contexto se insere a autonomia do paciente frente à terminalidade da sua existência no ordenamento jurídico brasileiro.

Portanto, neste ponto, analisa-se a adequação destes institutos através da Constituição Federal de 1988, o Código Penal e, em especial, da Resolução nº 1.805 de 2006 do Conselho Federal de Medicina, perpassando, ainda, por uma abordagem jurídica da autonomia do sujeito diante do caminhar para o final da sua existência.

### **4.1 Eutanásia e o seu impedimento no ordenamento jurídico brasileiro**

Dentre os princípios e direitos contidos na Constituição Federal de 1988, é necessário abordar o direito à vida, uma vez que é dele que decorre o dever de proteção da existência humana e o debate sobre a possibilidade ou não de dispor dele por intermédio da eutanásia (MENDES; BRANCO, 2020). No texto constitucional, ele está positivado no artigo 5º, caput, sendo colocado como o primeiro dos cinco valores básicos elencados na lista de direitos fundamentais, que assim dispõe:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (BRASIL, 1988, <http://www.planalto.gov.br>).

Ante a sua magnitude, este direito apresenta uma característica de defesa, que visa impedir que sejam praticados atos contra a existência humana. Logo, atentar ou ameaçá-lo implica na sua violação e, é nesse contexto, que a sua proteção passa a ser um dever do Estado, que também impõe aos sujeitos o não desrespeito a esse bem jurídico tutelado constitucionalmente (MENDES; BRANCO, 2020).

Aliás, tamanha é a importância dessa defesa que, havendo violação ou ameaça à vida, pode haver punição para aquele que pratica um ato contra ela. Assim, matar alguém ou a simples tentativa de tirar a vida de uma pessoa, por exemplo, constitui crime pelo que prevê a legislação penal brasileira, porquanto implica na violação da existência humana, a qual é, sobretudo, um pressuposto fundamental na ordem constitucional (CAPEZ, 2021).

Ainda nesta ideia de defesa, cabe lembrar que o suicídio assistido também é crime, com previsão no artigo 122 do Código Penal, onde o objeto jurídico é justamente tutelar o direito à vida e a sua preservação, uma vez que “a ninguém é dado o direito de ser cúmplice na morte de outrem, ainda que haja o consentimento deste, pois a vida é um bem indisponível” (CAPEZ, 2021, <https://app.saraivadigital.com.br>).

Há, ainda, a Lei nº 13.819 de 2019 (BRASIL, 2019) que institui uma política nacional de prevenção a automutilação e ao suicídio, a ser implementada pela União e demais entes federativos, o que reforça o fato de que o ordenamento jurídico brasileiro é todo voltado à proteção do direito à vida e a sua preservação por diversos instrumentos legais de instituições jurídicas e políticas, que visam assegurar esta defesa.

Nesse contexto, veja-se, então, que a questão da eutanásia, a princípio, vai contra esta defesa. Ou seja, ela enfrenta a inviolabilidade e inafastabilidade do direito à vida e, diante dele, coloca em debate se é possível o paciente ter a escolha de dispor deste bem jurídico ante o seu sofrimento, bem como se o médico poderia retirar a sua vida a seu pedido e se este direito poderia se sobrepor a sua autonomia.

Em resposta a isso, Mendes e Branco (2020, <https://app.saraivadigital.com.br>) explicam que o direito à vida não comporta a possibilidade de dispor sobre ele, porque não pode ser confundido com uma liberdade. Para eles, os poderes públicos também não podem anuir com a prática da eutanásia, pois ela não é compatível com este direito, já que dele não se pode extrair tal possibilidade. Nessa senda, para os autores:

a eutanásia é incompatível com o direito à vida, mesmo que haja consentimento do paciente. Incumbe ao Estado o dever de não apenas praticar tais atos como também o de aparelhar o ordenamento jurídico para a sua repressão.

Existem argumentos, por outro lado, no sentido de que não haveria impedimento constitucional à eutanásia e que eventual regulamentação a favor caberia ao legislador ordinário se manifestar, sendo nestes termos, inclusive, a entrevista dada por Barroso à Folha de São Paulo (2006), o qual, na época, ainda não era Ministro do Supremo Tribunal Federal.

Constituindo um exemplo destes argumentos usados na defesa da viabilidade jurídica da eutanásia, menciona-se a peça vestibular do mandado de injunção nº 6.825, impetrado perante o Supremo Tribunal Federal, onde foi sustentado que por meio da hermenêutica jurídica seria possível encontrar de forma implícita na Carta Magna a possibilidade do exercício de um direito à morte digna através da “boa morte”. Tal tese usou como fundamentos princípios como o da dignidade da pessoa humana, da vedação à tortura, ao tratamento desumano ou degradante, da liberdade individual, da integridade física e moral. O remédio constitucional, contudo, teve negado o seu seguimento por questões formais, não sendo analisado o mérito (BRASIL, 2019).

Majoritariamente, entretanto, o que se tem é que o direito à vida não abrange a possibilidade de dispor sobre ele, o que significa dizer que a eutanásia é incompatível com a Constituição atual (MITIDIERO; SARLET; MARINONI, 2021), ficando as argumentações expostas nos parágrafos acima apenas no âmbito das especulações.

Na legislação infraconstitucional, a eutanásia, tanto na sua forma ativa como passiva, configura crime de homicídio privilegiado (que é uma modalidade de homicídio). Aqui vale esclarecer que este enquadramento leva em conta circunstâncias de caráter subjetivo, onde o legislador buscou dar tratamento diverso ao delito, cujo motivo determinante levaria a uma menor reprovação moral da conduta homicida, prevendo, então, causa especial de atenuação da pena (CAPEZ, 2021).

No caso da eutanásia, Capez (2021, [www.https://app.saraivadigital.com.br](https://app.saraivadigital.com.br)) explica que a causa de redução de pena se dá pelo motivo de relevante valor moral, uma das hipóteses de homicídio privilegiado, onde “deve o agente ter agido por sentimento altruísta, de piedade ou compaixão”. Sobre esse aspecto, o autor acrescenta que:

corresponde a um interesse individual. É o caso da eutanásia, em que o agente, por compaixão ante ao irremediável sofrimento da vítima, antecipa a sua morte. O motivo, porém, há necessariamente de ser relevante. O valor social ou moral do motivo há que ser analisado segundo critérios objetivos, ou seja, tendo em vista sempre o senso comum e não segundo critérios pessoais do agente.

Ademais, embora não haja uma regulamentação específica deste tipo penal, verifica-se que a doutrina coloca a eutanásia como espécie de homicídio simples. Logo, ela encontra previsão legal no artigo 121, parágrafo 1º, do Código Penal vigente, que estabelece que a pena será reduzida de um sexto a um terço em relação àquela do caput do mesmo artigo, que trata do homicídio simples, a qual é de seis a vinte anos (VILLAS-BÔAS, 2017). Nestes termos, é o que traz o dispositivo:

Art. 121. Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

Caso de diminuição de pena:

§1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço. (BRASIL, 1940, <http://www.planalto.gov.br>).

Outro ponto a ser destacado é que a modalidade passiva da eutanásia se caracteriza por ser um crime omissivo impróprio, dado que o agente tem o dever e o poder de agir para evitar o resultado por ter obrigação legal de proteção, cuidado ou vigilância, nos termos do que preceitua o artigo 13, parágrafo 2º, alínea “a”, do Código Penal (CAPEZ, 2021). Sobre esse ponto, Villas-Bôas (2017, p. 124) também pontua que:

[...] a conduta pode ser perpetrada na forma ativa ou passiva, não se confundindo, nesse último caso, com a omissão de socorro prevista no art. 135 do mesmo Diploma, haja vista a condição de garantidor verificada no caso de homicídio eutanásico por abstenção, caracterizando uma omissão imprópria, ou um delito comissivo por omissão, uma vez que perpetrada por aquele que, de regra, detinha dever de cuidado para com o enfermo.

Para mais, cabe frisar que, além de ilícito penal, a eutanásia é prática eticamente vedada aos médicos, conforme art. 41, caput, do atual Código de Ética Médica que proíbe o profissional de “abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido

deste ou de seu representante legal” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, <https://cem.cfm.org.br>).

Assim, apesar de a eutanásia não ter uma tipificação expressa na legislação penal atual, porquanto tratada, tacitamente, como espécie de homicídio simples, a sua ocorrência constitui crime de homicídio privilegiado, cuja motivação serve apenas como causa de diminuição da pena por motivo de relevante valor moral. Em adição, por fim, trata-se de instituto eticamente vedado pelo Conselho Federal de Medicina e incompatível com a Constituição atual, pois violador do direito fundamental à vida.

#### **4.2 A viabilidade da ortotanásia à luz da Resolução nº 1.805 de 2006 do Conselho Federal de Medicina**

Vale lembrar que a ortotanásia é caracterizada por ser uma conduta médica omissiva, consistente na possibilidade de limitação ou suspensão de tratamentos ou procedimentos em pacientes com doenças graves e em fase terminal, sem antecipar e nem prolongar a morte do sujeito. Importa ressaltar, também, que ela se difere da eutanásia passiva, que é a antecipação da morte do paciente através de uma conduta omissiva.

A legislação brasileira, como visto, não permite a realização da eutanásia ativa e passiva. Entretanto, a ortotanásia é autorizada no Brasil pela Resolução nº 1.805 de 2006 do Conselho Federal de Medicina, tendo como suporte jurídico o princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988 e no artigo 5º, inciso III, da mesma lei, que estabelece que ninguém será submetido à tortura, ao tratamento desumano ou degradante (GODINHO, 2017).

A resolução em comento trouxe uma fundamentada exposição de motivos, que foram invocados para dar embasamento à permissão deste instituto no país, diante das insuficiências do Código Penal vigente sobre esse tema, tendo como uma das razões a necessidade de regulamentar a relação entre médico e paciente, nos casos em que este último se encontra com uma doença grave e em fase terminal (BARROSO; MARTEL, 2012).



Sobre a normativa, destaca-se que ela é composta por três artigos, que são de grande relevância, pois estabelecem a maneira como deve se dar a atuação médica na condução de pacientes no final da sua existência, levando em consideração, ainda, a vontade desses sujeitos ou de seus representantes legais (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006).

Antes de adentrar ao estudo sistemático das disposições da norma em comento, é válido mencionar que todo o conteúdo da resolução se encontra resumido na sua ementa, evidenciando a viabilidade da ortotanásia. Nestes termos, traz o dispositivo:

na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006, <https://sistemas.cfm.org.br>).

Em uma análise detida das disposições, o artigo 1º desta resolução estabelece que é autorizado ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente com uma doença em fase terminal, em situações graves e incuráveis, observadas a vontade dele ou de seu representante legal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006). Sobre esse ponto, a doutrina traz que:

[...] fora do campo estritamente jurídico, há a Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina, que autoriza o médico a praticar a ortotanásia, que consiste na possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis. Essa possibilidade está prevista desde que exista autorização expressa do paciente ou de seu responsável legal. (CAPEZ, 2021, <https://app.saraivadigital.com.br>).

Na sequência, tem-se que os parágrafos 1º, 2º e 3º do artigo mencionado acima tratam, basicamente e respectivamente, da obrigação do médico em esclarecer as modalidades terapêuticas adequadas ao caso, bem como que a decisão a ser tomada no caput do artigo deve ser fundamentada e lançada no prontuário e que, por fim, será assegurado ao paciente ou seu representante legal o direito a uma segunda opinião médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006).

O artigo 2º da normativa em comento, por sua vez, determina que o paciente permanecerá recebendo os cuidados necessários para amenizar a dor, ficando assegurado o seu conforto físico, psíquico, social, espiritual, bem como o direito à alta hospitalar. O artigo 3º, última disposição a ser pontuada, estabelece que o momento da entrada em vigor da resolução seria da data da sua publicação, revogando normas em sentido contrário (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006).

Entretanto, cabe pontuar que, em maio de 2007, o Ministério Público Federal propôs uma ação civil pública, autuada pelo nº 2007.34.00.014809-3, que teve tramitação perante a 14ª Vara Federal do Distrito Federal, questionando a aludida normativa. Na demanda, o parquet postulava a suspensão liminar dos efeitos da resolução, argumentando que se estaria diante da prática de homicídio por omissão e não do exercício regular da medicina, tendo o referido pleito sido concedido (GODINHO, 2017).

Ocorre que, no mérito, o pedido formulado pelo Ministério Público Federal não prosperou, porque foi revisto, inclusive, pelo próprio parquet em alegações finais. Ao afastar a ilicitude da resolução, argumentou-se que o artigo 13, parágrafo 2º, do Código Penal dispõe que a omissão só é penalmente relevante quando o agente deveria e poderia agir para evitar o resultado, o que não é o caso da ortotanásia, já que a limitação ou a suspensão de tratamentos têm por finalidade não prolongar inutilmente a vida e o sofrimento do paciente, cuja morte é certa (GODINHO, 2017; DADALTO, 2019). Nesse ponto, Lopes, Lima e Santoro (2018, p. 104-105) também explicam que:

[...] é clara a licitude da ortotanásia, posto que embora o médico deva assistir o seu paciente, não tem efetivamente o poder de salvá-lo. Nota-se que é necessária a indispensável capacidade de agir (requisito dos crimes omissivos impróprios), não havendo qualquer finalidade em simplesmente prolongar a sua vida quando a morte for iminente e inevitável, especialmente porque o meio utilizado não se mostra adequado por atentar contra a dignidade desse paciente, por meio de tratamento desumano e degradante.

Em dezembro de 2010, foi prolatada sentença, revogando a liminar antes concedida, com o conseqüente reconhecimento da constitucionalidade da resolução em comento (GODINHO, 2017; DADALTO, 2019). Assim, a normativa teve sua

vigência renovada pelo Poder Judiciário, em vista da decisão de mérito proferida na aludida ação.

Frisa-se, também, que a resolução trouxe limites bem demarcados da atuação médica no tratamento de pacientes em estado terminal, sendo que “a análise sistemática dos dispositivos da Resolução não deixa margem a dúvidas: permitir a prática da eutanásia não compõe o objetivo da norma [...]”. Ainda, ressalta-se que a normativa deixa claro, na exposição de motivos, que não se devem adotar tratamentos fúteis e desproporcionais ao paciente, afastando à distanásia (GODINHO, 2017, p. 144).

Por todo exposto, tem-se que a ortotanásia, diferentemente da eutanásia, é plenamente viável no ordenamento jurídico brasileiro pela Resolução nº 1.805 de 2006 do Conselho Federal de Medicina e que, mais do que isso, trata-se de medida tendente a humanizar o processo do morrer, na medida em que busca regulamentar a relação entre médico e paciente nas situações em que se constata a fase terminal da doença.

#### **4.3 Uma breve análise sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes na Resolução nº 1.995 de 2012 do Conselho Federal de Medicina**

Como visto no decorrer deste trabalho, a ciência e a medicina vêm se transformando e se adequando no que toca à forma de condução e tratamento de pacientes com uma doença incurável e terminal. Ao longo do tempo, contudo, a autonomia destes sujeitos nem sempre foi considerada e respeitada (DADALTO; SAVOI, 2017).

A relação entre médico e paciente, antes, tinha uma base paternalista onde “[...] a palavra do médico era tida como inquestionável e sua autoridade era respeitada passivamente pelo paciente [...]” (DADALTO; SAVOI, 2017, p. 154). Muitas vezes, atualmente e infelizmente, essa relação assimétrica no tratamento de doentes ainda ocorre (KOVÁCS, 2003).

É nesse contexto, então, que com o intuito de superar essa questão, bem como diante da ausência de regulamentação de diretivas antecipadas de vontade do paciente dentro do campo da atuação médica, que foi elaborada, em 2012, pelo Conselho Federal de Medicina, a Resolução nº 1.995 (LOPES; LIMA; SANTORO,

2018). Da norma, é interessante destacar, para este trabalho, o artigo primeiro, que assim dispõe:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012, <https://sistemas.cfm.org.br>).

Veja-se que o propósito da norma é possibilitar que o paciente possa se autogovernar, permitindo que ele deixe clara a sua vontade através de instruções prévias e expressas sobre os limites terapêuticos que devem ser empreendidos quando não tiver condições de manifestar o seu desejo em algum momento da vida, mais precisamente quando estiver com uma doença incurável e terminal (KREUZ; FRANCO, 2018).

É preciso deixar claro, a fim de evitar pensamentos no sentido de que as diretivas antecipadas são destinadas apenas as pessoas que estão no final da sua existência, que elas podem ser feitas em qualquer momento da vida, por sujeito capaz, como “[...] uma oportunidade para refletir sobre a própria finitude, sem que esta se encontre profetizada por um prognóstico fechado” (KREUZ; FRANCO, 2018, p. 74).

Outro ponto fundamental é que, conforme Lopes, Lima e Santoro (2018, p. 114), as Resoluções nº 1.805 de 2006 e 1.995 de 2012 do Conselho Federal de Medicina são complementares, sendo esta última regulamentadora da ortotanásia. Nas palavras dos autores:

as duas resoluções se complementam, o que significa que as diretivas antecipadas de vontade previstas na Resolução n. 1.995/2012 visam a regulamentar a ortotanásia, conduta ética e lícita, assim como a garantir ao paciente o direito de não se submeter a determinados tipos de tratamento que possam violar a sua autonomia e dignidade.

Desse modo, tem-se que as duas resoluções mencionadas devem ser interpretadas em conjunto, a fim de evitar, inclusive, que se abra espaço para eventual prática da eutanásia. Ainda, pontua-se que a resolução nº 1.995 de 2012 do Conselho Federal de Medicina orienta o trabalho e as decisões médicas, não ferindo qualquer princípio ou lei, desde que a escolha do paciente não vise à

realização da eutanásia ou entre em confronto com a ordenamento jurídico brasileiro (KREUZ; FRANCO, 2018).

No mais, em relação às demais disposições, observa-se, apenas, que elas definem como o médico deverá proceder nas situações em que há a indicação de representante legal pelo paciente, bem como quando será possível desconsiderar as diretivas antecipadas e quais providências adotar no caso de eventual conflito ético sobre essa questão (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Para mais, destaca-se que a norma em comento, ao garantir a autonomia do paciente no final da sua vida, possibilita a reconfiguração da relação entre o médico e este “[...] levando em consideração a decisão compartilhada e os valores imprescindíveis àquele sujeito dono de sua existência [...]” (KREUZ; FRANCO, 2018, p. 87).

Também é imprescindível ressaltar que, mesmo que o paciente possa não ter conhecimento técnico sobre a medicina, ele sabe os limites do seu corpo e da sua mente. É daí que há a importância de possibilitar que o indivíduo tenha o poder de escolher quando suspender ou limitar tratamentos em determinadas situações, o que lhe assegurará autonomia e a dignidade no findar da sua existência (KREUZ; FRANCO, 2018).

Desse modo, tem-se que a Resolução nº 1.995 de 2012 do Conselho Federal de Medicina surge como um meio de assegurar a boa relação entre médico e paciente, bem como a autonomia e a dignidade deste no final da sua existência, devendo a normativa ser analisada em conjunto com a Resolução nº 1.805 de 2006 da mesma Autarquia.

## 5 CONCLUSÃO

A questão desta monografia foi analisar a possibilidade de suspensão ou limitação de tratamentos ou procedimentos em pacientes acometidos por uma doença grave, incurável e em fase terminal, através da ortotanásia, no direito brasileiro, sobretudo, pela Resolução nº 1.805 de 2006 do Conselho Federal de Medicina.

A base desta pesquisa foi construída no primeiro capítulo, onde se fez uma reflexão filosófica sobre a finitude da vida humana e as questões éticas ligadas ao processo de terminalidade da existência de pacientes, bem como da atuação de médicos e demais profissionais frente a estas situações e os princípios bioéticos vinculados ao assunto.

Neste momento do trabalho, compreendeu-se que a perspectiva da morte é um dos fatores que pressiona os limites da ciência e da medicina para aumentar o tempo de existência humana, uma vez que, com os progressos obtidos ao longo dos anos por estes campos do conhecimento, foi possível adiar cada vez mais a sua ocorrência.

Entretanto, tamanha foi tal evolução, que se tornou necessário identificar como a morte é definida, onde, após estudos, chegou-se ao critério de morte encefálica. Não bastasse isso, para esta pesquisa, ainda era necessário deixar claro que a morte não é um fenômeno simples, já que ela envolve também o processo do morrer.

Nessa seara, inferiu-se que o morrer pode ser um processo que se alonga no tempo. Ilustrando bem essa questão, foi afirmado que isso seria o caso de pacientes com uma doença terminal, onde se concluiu que o morrer se prolonga entre o início da constatação da irreversibilidade do quadro clínico até o final da existência do sujeito.

Ademais, foi apontado que, durante o morrer, ainda há o sofrimento físico, social, espiritual e psíquico do paciente, além da angústia daqueles que estão a sua volta e, com isso, questionou-se: o médico poderia abreviar a vida do sujeito para cessar o seu sofrimento? O que o médico pode fazer ante a impossibilidade de cura do paciente? Deve-se deixar que ele sofra durante o morrer, abandonando-o a própria sorte?

A base da solução para tais dilemas éticos foi verificada através do estudo do atual Código de Ética Médica, que proíbe médicos de antecipar a morte de pacientes nestas situações, deixando claro, contudo, que eles também não podem manter a vida do paciente a qualquer custo, aumentando-lhe o sofrimento, quando constatada a terminalidade da sua existência e que devem garantir o máximo de conforto ao sujeito.

Ao final do capítulo, buscou-se compreender de onde se originava essa preocupação com o ser humano frente a terminalidade da vida, caso em que se concluiu que a responsável por isso seria a bioética e que ela, bem como os princípios da beneficência, da autonomia e da justiça se vincula com o tema da presente monografia e, também, com as normativas que foram abordadas nesta pesquisa.

Já no segundo capítulo, foi feita uma análise conceitual de expressões que se relacionam a interferência humana no morrer e que estão vinculadas ao estudo, tratando de termos como a eutanásia e suas modalidades ativa e passiva, a ortotanásia e os cuidados paliativos, além de conceitos correlatos como a distanásia, o suicídio assistido e a mistanásia, que são de suma importância para compreensão do tema.

Aqui importa dizer que para desenvolver este ponto do trabalho foi necessário trazer aspectos conceituais da eutanásia para que fosse possível chegar ao tema desta pesquisa e enfrentar uma discussão doutrinária acerca da classificação do instituto, caso em que se optou por tratar apenas daquela atinente ao modo de atuação do agente (eutanásia ativa e passiva), o que seria imprescindível para explicar as distinções entre a eutanásia passiva e a ortotanásia, bem como defender a ilicitude da primeira e a licitude da segunda no ordenamento jurídico brasileiro, no último capítulo.

Entendeu-se, com este capítulo, que a eutanásia é uma conduta médica benevolente que visa antecipar a morte de um paciente com uma doença sem cura e(ou) em fase terminal, a pedido deste ou de seu representante, a fim de cessar o sofrimento do qual ele padece. A “boa morte”, ainda, desdobra-se na modalidade ativa e passiva. A primeira se concluiu que é a ação médica deliberada de matar o paciente, enquanto que, na segunda, a morte do sujeito seria causada por uma omissão.

Quanto à ortotanásia, verificou-se que esta é uma conduta médica omissiva, consistente na possibilidade de suspensão ou limitação de tratamentos ou procedimentos inúteis e desproporcionais, que já não fazem mais efeito ao paciente que se encontra na fase terminal da sua doença, sem, contudo, antecipar ou retardar a morte deste. Logo, foi possível perceber, inclusive, que ela difere da eutanásia passiva, a qual antecipa a morte do paciente por meio de uma omissão médica.

Ou seja, concluiu-se que, apesar de os conceitos terem um ponto em comum que é a conduta omissiva, na eutanásia passiva a morte do paciente é ocasionada por uma omissão (o que condiz com a ideia de eutanásia, que é justamente a antecipação da morte do paciente seja por uma ação ou omissão), ao passo que na ortotanásia a abstenção não implica no óbito do sujeito, porquanto é a suspensão ou limitação de medidas quando a terminalidade da vida dele já está irremediavelmente em curso.

Vale observar que o estabelecimento da diferenciação entre a ortotanásia e a eutanásia passiva era um outro problema da monografia, visto que há autores que entendem que elas são sinônimas. Entretanto, tal questão foi superada neste trabalho, pois, como visto, defendeu-se e argumentou-se pela não equiparação dos conceitos.

Aliás, veja-se que a compreensão de que estes institutos não são a mesma coisa era de fundamental importância para a pesquisa, já que confundi-los ou equipará-los abriria espaço para legitimar a eutanásia passiva sob a forma da ortotanásia, o que não é admissível no direito brasileiro, já que a primeira é proibida e a segunda não.

De mais a mais, também se inferiu que a ortotanásia não é simplesmente uma conduta omissiva. O instituto ainda prima por assegurar ao paciente em situação terminal os cuidados necessários durante o caminhar para final da sua existência. Desse modo, inferiu-se que indissociável deste conceito é que surge a noção de cuidados paliativos, onde o dever de curar a doença passa a ser de cuidar do paciente, buscando amenizar a dor física e psicológica do sujeito durante este processo.

Com relação à distanásia, examinou-se que ela é caracterizada por levar o paciente a uma morte lenta e dolorosa pelo abuso no uso de recursos médicos



desproporcionais e inúteis. Por ocasionar no desrespeito à dignidade do sujeito, tal definição é eticamente vedada pelo Código de Ética Médica, sendo verificado que a ortotanásia é medida que visa afastar a distanásia, por repelir a aplicação de tratamentos desnecessários e fúteis ao paciente, bem como assegurar o máximo de conforto a ele.

Sobre o suicídio assistido, foi possível verificar que ele também é uma forma de intervenção humana no processo do morrer e que consiste em alguém prestar assistência ao paciente com uma doença grave, incurável e(ou) em estágio terminal para que ele, sozinho, possa retirar a sua própria vida. A mistanásia, por fim, é aquela que ultrapassa o contexto médico hospitalar e diz respeito a morte de pessoas que sequer chegam a ter atendimento de saúde por falta de condições financeiras, de oportunidades e de políticas públicas, sendo marcada pelo descaso com o sujeito.

O terceiro capítulo, que é o coração desta pesquisa, tratou da proibição à eutanásia ativa e passiva no Brasil, porquanto violadora do direito fundamental à vida, previsto na Constituição Federal de 1988, configurando crime de homicídio privilegiado pelo atual Código Penal. Ao mesmo passo, concluiu pela licitude da ortotanásia, respaldada pelo princípio da dignidade da pessoa humana, na vedação à tortura, ao tratamento desumano e degradante, assegurados pela Carta Magna e, sobretudo, na Resolução nº 1.805 de 2006 do Conselho Federal de Medicina. Ao final, promoveu-se uma análise breve e conjunta da norma citada com a Resolução nº 1.995 de 2012 da mesma Autarquia, que trata das diretivas antecipadas de pacientes.

Por todo exposto, foi possível inferir que, em sendo a morte uma das poucas certezas de que se tem sobre a vida, é fato que médicos e demais profissionais da saúde estarão diante de situações que envolvam pacientes com uma doença em estágio terminal, o que significa dizer que haverá uma necessidade de saber quais condutas ou medidas serão adequadas ao caso, bem como até quando aplica-las e qual será a autonomia que o sujeito terá sobre o seu corpo no final da sua existência.

Assim, na tentativa de dispor sobre as questões postas acima, o Conselho Federal de Medicina elaborou as Resoluções nº 1.805 de 2006 e 1.995 de 2012. Ao tratar do tema, as normas trouxeram amparo à conduta médica quanto à

possibilidade de limitar ou suspender tratamentos ou procedimentos desproporcionais e fúteis nos casos de pacientes com quadro irreversível e em fase terminal, sem abrir margem, contudo, à prática da eutanásia, além de assegurar ao sujeito a oportunidade de escolher sobre quais tratamentos ou medidas quer ou não se submeter.

A crítica que cabe se fazer, entretanto, é que as matérias que foram tratadas pelas normativas citadas estão apenas no plano administrativo e interno do Conselho Federal de Medicina. Embora produzam efeitos jurídicos, não há uma lei geral dispendo sobre estas questões e, em especial, no que diz respeito à ortotanásia, cuja norma regulamentadora, a princípio, cria um instituto novo no ordenamento do país, consistente na possibilidade de limitação ou suspensão de tratamentos ou procedimentos em pacientes com doenças graves e em fase terminal.

Levar o debate ético e jurídico existente em torno do tema à nível de processo legislativo é de extrema relevância, pois o Judiciário vem e tem sido provocado para resolução de demandas relacionadas à ortotanásia, à eutanásia e outras questões ligadas a estes temas, servindo como exemplo disto o próprio Mandado de Injunção nº 6.825 e a Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3, mencionadas nesta pesquisa.

A elaboração de uma lei geral, então, por parte do Poder Legislativo sobre estes assuntos conferiria maior segurança jurídica e facilitaria a tomada de decisões pelo Judiciário, bem como nas relações entre médicos e pacientes, afastando eventual temor pela responsabilização pela prática da ortotanásia, além da garantia efetiva da dignidade, do respeito e autonomia ao sujeito no caminhar para o final da sua existência.

Enquanto este marco legislativo para regular a dignidade da pessoa humana no processo do morrer não é construído, entende-se que a solução existente está sendo dada pelo Conselho Federal de Medicina através das aludidas resoluções para disciplinar a atuação médica na condução de pacientes com doença sem cura, grave e terminal. Ainda que se note a presença indireta da defesa da dignidade, ao se reconhecer nestas normativas a autonomia dos pacientes frente o fim da vida, tem-se que elas se mostram adequadas e necessárias, dentro dos limites das

regulamentações do órgão, já que, como dito, é fato que o médico e outros profissionais terão que lidar com pessoas nestas circunstâncias.

Embora a passos lentos o assunto seja discutido juridicamente, importa dizer que a Resolução nº 1.805 de 2006, conjuntamente com a Resolução nº 1.995 de 2012 do Conselho Federal de Medicina são um avanço no direito brasileiro por tratarem de questões complexas e pelo cuidado que se teve em regulamentá-las, uma vez que deixam claro que, por vezes, o dever de curar a doença deve abrir espaço para o de cuidar do paciente, a fim de ressignificar aquela vida que está se esvaindo, assegurando o maior conforto, dignidade e autonomia no final da existência.

## REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Claudia Quintana. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Declaração de Sidney sobre certificação da morte. *Revista Ordem dos Médicos*, Veneza, 1983, n. 11. Disponível em: [https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/10/nov\\_1983.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/10/nov_1983.pdf). Acesso em: 13 set. 2021.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. A morte como ela: Dignidade e autonomia individual no final da vida. *Revista Consultor Jurídico*, [s.l.], 11 jul. 2012. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 1 set. 2021.

BRASIL. *Decreto-Lei 2.848, de 7 de dez. de 1940*. Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 24 maio 2021.

BRASIL. *Decreto 9.175, de 18 de out. de 2017*. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, DF: Presidência da República, [2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/decreto/D9175.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9175.htm). Acesso em: 1 set. 2021.

BRASIL. *Lei 9.434, de 4 de fev. de 1997*. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1997]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9434.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm). Acesso em: 1 set. 2021.

BRASIL. *Lei 13.819, de 26 de abr. de 2019*. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm). Acesso: 23 out. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). *Agravo regimental no Mandado de Injunção*. Processo nº 6.825. AGRAVO REGIMENTAL NO MANDADO DE INJUNÇÃO. DIREITO À MORTE DIGNA. [...]. Agravante: George Salomão Leite. Agravados: Câmara dos Deputados; Senado Federal; Presidente da República. Relator: Min. Edson Fachin, 11 de abr. de 2019. Disponível em:

<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=749934134>. Acesso em: 11 out. 2021.

CAPEZ, Fernando. *Curso de Direito Penal*. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2021. E-book. Disponível em: <https://app.saraivadigital.com.br/leitor/ebook:760187>. Acesso em: 22 maio 2021.

CONSTITUCIONALISTA diz que lei ampara ortotanásia no país. *Folha de São Paulo [online]*, São Paulo, 4 dez. 2006. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0412200613.htm>. Acesso em: 12 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.480*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 8 ago.1997. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1997/1480>. Acesso em: 1 set. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.805*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 9 nov. 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 22 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.995*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 9 ago. 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 22 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 2.173*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 23 nov. 2017. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>. Acesso em: 1 set. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 2.217*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 27 set. 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 1 set. 2021.

CHEMIN, Marcia Regina Chizini; SOUZA, Waldir. A dignidade na morte sob a perspectiva das diretivas antecipadas de vontade. In: PERINI, Carla Corradi; PESSINI, Leo; SOUZA, Waldir (org.). *Bioética, humanização e fim da vida: novos olhares*. Curitiba: Editora CRV, 2018. p. 93-114. v.8.

DADALTO, Luciana; SAVOI, Cristina. Distanásia: entre o Real e o Ideal. In: GODINHO, A. M.; LEITE, G. S.; DADALTO, L. (coord.). *Tratado Brasileiro sobre Direito Fundamental à Morte Digna*. São Paulo: Almedina, 2017. p. 151-165.

DADALTO, Luciana. Morte digna para quem? O direito fundamental de escolha do próprio fim. Pensar: *Revista de Ciências Jurídicas*, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 1-11, jul./set. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/9555/pdf>. Acesso em: 24 maio 2021.

DWORKIN, Ronald. *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. Tradução: Jefferson Luiz Camargo. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

FIORILLO, Celso Antonio Pacheco; DIAFÉRIA, Adriana. *Biodiversidade, patrimônio genético e biotecnologia no direito ambiental*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2013. *E-book*. Disponível em: <https://app.saraivadigital.com.br/leitor/ebook:582962>. Acesso em: 12 set. 2021.

FERREIRA; Sidnei; PORTO, Dora. Novo Código de Ética Médica, bioética e esperança. *Revista Bioética*, Brasília, v. 26, n. 4, p. 479-483, out./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/xYknbz6P8n7DgxXvbDdqWjy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 7 set. 2021.

GODINHO, Adriano Marteleto. Ortotanásia e Cuidados Paliativos: O correto exercício da Prática Médica no Fim da Vida. In: GODINHO, A. M.; LEITE, G. S.; DADALTO, L. (coord.). *Tratado Brasileiro sobre Direito Fundamental à Morte Digna*. São Paulo: Almedina, 2017. p. 131-150.

HOGEMANN, Edna Raquel. *Conflitos Bioéticos*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2013. *E-book*. Disponível em: <https://app.saraivadigital.com.br/leitor/ebook:581667>. Acesso em: 6 set. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Cuidados Paliativos*. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, [s.l.], 25 jul. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controle/cuidados-paliativos>. Acesso em: 1 set. 2021.

KREUZ, Giovana; FRANCO, Maria Helena Pereira. Diretivas antecipadas de vontade: bioética e envelhecimento. In: PERINI, Carla Corradi; PESSINI, Leo; SOUZA, Waldir (org.). *Bioética, humanização e fim da vida: novos olhares*. Curitiba: Editora CRV, 2018. p. 73-91. v.8.

KOVÁCS, Maria Julia. Bioética nas questões da vida e da morte. *Instituto de Psicologia*, São Paulo, 2003, v. 14, p. 115-167. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/d9wcVh7Wm6Xxs3GMWp5ym4y/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 1 set. 2021.

LAVOR, Francisco Paula Ferreira. Mistanásia: uma breve análise sobre a dignidade humana no Sistema Único de Saúde. *Jus.com.br*, [s.l.], ago. de 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/68102/mistanasia-uma-breve-analise-sobre-a-dignidade-humana-no-sistema-unico-de-saude-no-brasil>. Acesso em: 10 maio 2021.

LOPES, Antonio Carlos; LIMA, Carolina Alves de Souza; SANTORO, Luciano de Freitas. *Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de direito constitucional*. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2020. *E-book*. Disponível em: <https://app.saraivadigital.com.br/leitor/ebook:723530>. Acesso em: 23 set. 2021.

MITIDIERO, Daniel; SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme. *Curso de direito constitucional*. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2021. *E-book*. Disponível em: <https://app.saraivadigital.com.br/leitor/ebook:754447>. Acesso em: 29 set. 2021.

NALINI, José Renato. *Ética Geral e Profissional*. 7. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009. *E-book*. Disponível em: [https://www.academia.edu/25909769/E\\_TICA\\_E\\_tica\\_Geral\\_e\\_Profissional\\_Nalini](https://www.academia.edu/25909769/E_TICA_E_tica_Geral_e_Profissional_Nalini). Acesso em: 13 set. 2021.

NASSER, Cláudia; OISHI, Ana Caroline Escorsin do Nascimento; PERINI, Carla Corradi. Cuidador informal e o cuidado no fim da vida. *In*: PERINI, Carla Corradi; PESSINI, Leo; SOUZA, Waldir (org.). *Bioética, humanização e fim da vida: novos olhares*. Curitiba: Editora CRV, 2018. p. 31-39. v.8.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidado Paliativo*. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Brasília, [202-?]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Acesso em: 1 set. 2021.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. *Problemas atuais da bioética*. 11. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2014.

PESSINI, Leo; RICCI, Luiz Antonio Lopes. O que entender por mistanásia?. *In*: GODINHO, A. M.; LEITE, G. S.; DADALTO, L. (coord.). *Tratado Brasileiro sobre Direito Fundamental à Morte Digna*. São Paulo: Almedina, 2017. p. 167-191.

PERUZZO JÚNIOR, Léo. Autonomia, cuidado e respeito: o debate sobre o prolongamento assistido da vida. *Revista de Bioética y Derecho*, Barcelona, n.39, p. 121-134, 20 jan. 2016. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n39/1886-5887-bioetica-39-00121.pdf>. Acesso em: 1 set. 2021.

SANTOS, Manoel Antônio; AOKI, Fernanda Cristina de Oliveira Santos; CARDOSO, Érika Arantes de Oliveira. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v.18, p. 2625-2634, 22 maio 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YNSqKSyFzBVd8WgSxjM7dPK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2021.

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

URBAN, Cicero. Bioética e humanização em saúde. *In*: PERINI, Carla Corradi; PESSINI, Leo; SOUZA, Waldir (org.). *Bioética, humanização e fim da vida: novos olhares*. Curitiba: Editora CRV, 2018. p. 21-29. v.8.

UNESCO. *Ética na ciência*. UNESCO, Brasília, [202-?]. Disponível em: <https://pt.unesco.org/fieldoffice/brasil/expertise/ethics-brazil>. Acesso em: 13 set. 2021.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. Eutanásia. *In*: GODINHO, A. M.; LEITE, G. S.; DADALTO, L. (coord.). *Tratado Brasileiro sobre Direito Fundamental à Morte Digna*. São Paulo: Almedina, 2017. p. 101-129.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. A ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro. *Revista Bioética*, [s.], v. 16, p. 61-83, 22 abr. 2008. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/56/59](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/56/59). Acesso em: 10 maio 2021.