XXIV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - UFS

BIODIREITO

LIZIANE PAIXAO SILVA OLIVEIRA

RIVA SOBRADO DE FREITAS

SIMONE LETÍCIA SEVERO E SOUSA

Copyright © 2015 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – Conpedi
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UFRN
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. José Alcebíades de Oliveira Junior - UFRGS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcílio Pompeu - UNIFOR
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes - IDP
Secretário Executivo -Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Conselho Fiscal
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG /PUC PR
Prof. Dr. Roberto Correia da Silva Gomes Caldas - PUC SP
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches - UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS (suplente)
Prof. Dr. Paulo Roberto Lyrio Pimenta - UFBA (suplente)

Representante Discente - Mestrando Caio Augusto Souza Lara - UFMG (titular)

Secretarias
Diretor de Informática - Prof. Dr. Aires José Rover – UFSC
Diretor de Relações com a Graduação - Prof. Dr. Alexandre Walmott Borgs – UFU
Diretor de Relações Internacionais - Prof. Dr. Antonio Carlos Diniz Murta - FUMEC
Diretora de Apoio Institucional - Profa. Dra. Clerilei Aparecida Bier - UDESC
Diretor de Educação Jurídica - Prof. Dr. Eid Badr - UEA / ESBAM / OAB-AM
Diretoras de Eventos - Profa. Dra. Valesca Raizer Borges Moschen – UFES e Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - UNICURITIBA
Diretor de Apoio Interinstitucional - Prof. Dr. Vladmir Oliveira da Silveira – UNINOVE

B615

Biodireito [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UFS;
Coordenadores: Riva Sobrado de Freitas, Liziane Paixão Silva Oliveira, Simone Letícia Severo e Sousa. – Florianópolis: CONPEDI, 2015.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-030-5
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: DIREITO, CONSTITUIÇÃO E CIDADANIA: contribuições para os objetivos de desenvolvimento do Milênio.

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Encontros. 2. Biodireito. I. Encontro Nacional do CONPEDI/UFS (24. : 2015 : Aracaju, SE).

CDU: 34

CONPEDI
Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Florianópolis – Santa Catarina – SC
www.conpedi.org.br

XXIV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - UFS

BIODIREITO

Apresentação

(O texto de apresentação deste GT será disponibilizado em breve)

ASPECTOS PRINCIPIOLÓGICOS E LEGAIS DA ORTOTANÁSIA NO BRASIL

PRINCIPLES AND LEGAL ASPECTS OF ORTHOTHANASIA IN BRAZIL

Williana Ratsunne Da Silva Shirasu

Resumo

A morte é um fenômeno natural que desperta o interesse do ser humano desde os tempos primitivos. Há, porém, certa resistência quanto ao reconhecimento da morte como um fator natural, pois muitos decidem lutar inútil e desesperadamente contra a morte, fomentando práticas como a obstinação terapêutica, para que haja a qualquer custo o prolongamento da vida. A vida, contudo, deve ser digna. Em resposta a esse conflito, torna-se válido o estudo da ortotanásia, que resulta da preocupação com a dignidade do paciente, com ênfase na morte natural, sem indução, mas também sem prolongamentos extremamente forçados, que apenas denigrem o paciente como pessoa humana. O presente trabalho nasce então a partir da análise do fenômeno morte quanto ao direito à vida digna do ser humano, especificamente nos casos que envolvem pacientes terminais. Questiona-se, com base no sistema jurídico vigente no Brasil, se são lícitas as práticas ortotanásicas, pelas quais o médico suspende procedimentos para prolongar a vida do paciente terminal de modo a minimizar-lhe a dor e o sofrimento em vista da sua dignidade como pessoa humana. Para tanto, faz-se uma análise acerca do dever de agir do médico de acordo com a lei penal e com os princípios da bioética. O estudo não é conclusivo, sendo apenas uma reflexão sobre o tema, que é objeto de discussão não somente no âmbito jurídico, mas também ético.

Palavras-chave: Ortotanásia, Dignidade humana, Morte digna

Abstract/Resumen/Résumé

Death is a natural phenomenom, one that piques the interest of humans since primitive times. There is, however, some resistance about recognizing death as a natural occurence, and many decide to fight uselessly and desperately against it, engaging in practices such as therapeutic obstinacy, to extend life at any cost. Life, however, must be dignified. As an answer to this conflict, stands to reason the study of orthothanasia, which results from the concern with the patient's dignity, with emphasis on natural death, promptless, but without forced life-support as well, that only belittes the patient's humanity. This paper steems from the analysis of death in correlation to the right to a dignified life, specifically in cases of terminal patients. It is questioned, based on Brazil's current legal system, if ortothanasis is a legal practice, through which the physician suspends life-support procedures, to minimize the terminal patient's pain and suffering, considering their dignity as an human being. For this purpose, an analysis is

made concerning the physician's duty to act according to criminal law and bioethics principles. Instead a reflection on the topic, subject of discussion not only in legal fields, but also in ethical ones.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Orthothanasia, Human dignity, Dignified death

1. Introdução

Em virtude do atual desenvolvimento da ciência e da tecnologia, muitos mecanismos foram criados para viabilizar a cura de pacientes e a manutenção da vida ao seu máximo. Nunca houve tantas ferramentas para auxiliar o homem em sua luta contra a morte como hoje. A morte é um fenômeno natural que desde os tempos mais primitivos desperta o interesse do ser humano. É um fator comum entre os seres viventes e, mesmo com os avanços científicos, ainda não foi subjugada pela *ratio* humana.

Todavia, há considerável resistência quanto ao seu reconhecimento como um fator natural. Muitos decidem lutar inútil e desesperadamente contra a morte, fomentando práticas como a obstinação terapêutica, para que haja a qualquer custo o prolongamento da vida. Busca-se assim viver sob a ótica quantitativa em vez de se primar pela qualidade de vida, consubstanciada em uma vida digna.

De acordo com os resultados de uma pesquisa realizada pela *Economist Intelligence Unit* (EIU, 2010), o Brasil encontra-se em antepenúltimo lugar no ranking de qualidade de morte. Entre os 40 países analisados na pesquisa, o Brasil ficou na 38ª posição, com índices melhores apenas do que Uganda (39ª) e Índia (40ª), que ficaram atrás no ranking.

Os principais fatores que levaram o Brasil a essa situação foram os problemas com o sistema de saúde, os altos custos dos procedimentos médicos, a má qualidade e a pouca disponibilidade de tratamentos paliativos, que objetivam possibilitar as melhores condições possíveis para que a morte ocorra de forma natural, tanto para o paciente como para seus familiares e profissionais que o atenderam.

Isso ocorre, todavia, não apenas por problemas estruturais no âmbito do sistema de saúde nacional, mas também pelas barreiras culturais comuns às sociedades ocidentais, que priorizam procedimentos curativos em detrimento dos cuidados paliativos. Manter a vida a qualquer custo é muitas vezes um objetivo supremo.

À luz do princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no art.1º, III, da Constituição Federal de 1988, será mesmo que a busca obstinada pela cura, quando o paciente apresenta um quadro clínico irreversível, é condizente com a vida digna? Por outro lado, o mero cuidado paliativo em um paciente terminal não seria a própria configuração da eutanásia ou outra variação do crime de homicídio tipificado no Código Penal Brasileiro?

O presente trabalho nasce então a partir da análise do fenômeno morte quanto ao

direito à vida digna do ser humano, especificamente nos casos que envolvem pacientes terminais. Questiona-se, com base no sistema jurídico vigente no Brasil, se são lícitas as práticas ortotanásicas, pelas quais o médico suspende procedimentos para prolongar a vida do paciente terminal, de modo a minimizar-lhe a dor e o sofrimento em vistas a sua dignidade como pessoa humana.

2. Dignidade humana e princípios da bioética

A preocupação com a vida é algo tão inerente ao direito que não basta apenas a sua mera garantia sob o prisma biológico, há que existir vida com dignidade. Em vista disso, o princípio da dignidade da pessoa humana torna-se, na medida em que os regimes democráticos se aprimoram, fundamento do próprio Estado, não significando, portanto, mero direito subjetivo, mas sim sustentáculo axiológico da sociedade.

A dignidade da pessoa humana é compreendida como o "valor próprio que identifica o ser humano como tal" (SARLET, 2011, p. 38). Incide, portanto, não apenas no âmbito jurídico-legal, mas nas questões filosóficas, sociais e políticas, o que comprova que dignidade é um conceito multidimensional, envolvendo-se simultaneamente várias dimensões de direitos em diferentes perspectivas.

De acordo com o art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, "todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade". E "toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar (...)".

A partir disso, vê-se o reconhecimento da dignidade humana como um dos corolários dos direitos do homem, assim como são o direito à vida e à liberdade. Compreende-se que tais direitos estão profundamente interligados, pois "dignidade e vida caminham lado a lado (SANTORO, 2010, p. 5) ".

Viver com dignidade é um pressuposto básico para a felicidade do ser humano. O homem deve então ser tratado com dignidade em todos os momentos de sua vida, desde o nascer até o morrer. Se a morte é o caminho natural de todos os seres vivos, e o homem tem direito à vida digna, logo, a morte, sendo esta a etapa final da vida, também deverá ocorrer com observância à dignidade da pessoa humana.

Ora, há considerável resistência quanto ao reconhecimento da morte como um fator

natural. Muitos decidem lutar inútil e desesperadamente contra a morte, fomentando práticas como a obstinação terapêutica, para que haja a qualquer custo o prolongamento da vida. Busca-se, assim, viver sob a ótica quantitativa ao invés de se primar pela qualidade de vida.

Sem embargo, há que existir um processo de morrer humanizado, no qual em vez do confronto à morte a todo custo, o indivíduo a aceite como fenômeno natural e busque viver o tempo que lhe resta da melhor forma possível. Em resposta a essa situação, a medicina paliativa tem sido desenvolvida como uma reação à medicina moderna, esta objetiva antes de tudo a cura, com ênfase na perseverança e na tecnologia; aquela preza pela compaixão afetiva que envolve o paciente e os profissionais da saúde, centralizando-se na solidariedade e dignidade humana.

Nesse sentido, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), cuidado paliativo é uma forma de cuidar que objetiva a melhora da qualidade de vida do paciente e de sua família diante dos problemas associados às doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento através da identificação precoce e avaliação impecável e tratamento da dor e de outros sintomas.

Objetiva-se possibilitar as melhores condições possíveis para que a morte ocorra de forma natural, tanto para o paciente como para seus familiares e profissionais que o atenderam. Estes devem agir com cautela, buscando controlar a dor e o desconforto do paciente, com zelo pela sua integridade físico-mental, assim como prestando assistência à família.

Maria Helena Diniz (2007, p. 35) defende a filosofia do hospice, segundo a qual a morte é considerada como etapa natural da vida, não cabendo ao homem antecipá-la nem prolongá-la quando ela for inevitável. O paciente deve aproveitar o tempo que lhe resta para unir-se a sua família, enquanto os profissionais da saúde cuidam das suas dores, de modo a controlá-las e atenuar os males, assistindo ao paciente independemente das condições de pagamento.

O Código de Ética Médica, acerca do assunto, dispõe que o médico deve atuar sempre em benefício do paciente, com respeito à vida humana, sem nunca fazer uso dos seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral ou para exterminar o ser humano, nem atentar contra sua dignidade e integridade.

Outrossim, o Conselho Federal de Medicina, órgão de cúpula da categoria médica,

dispõe, através da Resolução 1.805/2006[1]:

> **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.

Vê-se, com isso, forte preocupação em relação aos direitos do ser humano, principalmente nas situações em que há doença e vulnerabilidade. Há ingerência da ética nas questões científicas que envolvem a vida, e tal relação tem sido ampliada em virtude dos próprios avanços tecnológicos, que constituem ferramentas indispensáveis ao desenvolvimento de novas técnicas e equipamentos que podem ser usados pela medicina.

Assim nasce a bioética, que, sem desconsiderar o fator científico-tecnológico, prima pela ética nas relações médicas e ciências da vida, considerando o ser humano em sua dignidade, de modo que o homem jamais tenha seu corpo usado em nome da ciência como um meio para outra finalidade que não seja o seu bem. Este é o fim a ser alcançado.

Possui como princípios básicos a autonomia, beneficência, não maleficência e a justiça. Pelo princípio da autonomia, a capacidade do ser humano deve ser respeitada, de modo que cada um decida conforme o que julgar melhor, até porque o paciente tem o domínio de sua própria vida e da sua intimidade. Isso implica no fato de que mesmo cabendo ao médico indicar o procedimento adequado, é o paciente quem decide livremente sobre si e seu bem estar, haja vista a sua liberdade assegurada constitucionalmente.

O princípio da beneficência, por sua vez, preza pelo bem-estar do paciente, de modo que os profissionais da saúde evitem os danos, conforme obviamente as suas possibilidades. Beneficência advém do termo latino *bonum facere* (fazer o bem), objetiva minimizar os riscos. Previsto nos incisos II e VI dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica, o princípio da beneficência originou-se pelo juramento de Hipócrates (pai da medicina), que se comprometia a aplicar os regimes objetivando o bem do paciente. Por este princípio, o compromisso maior do médico é manter o paciente vivo, ainda que a contragosto do paciente.

O princípio da não-maleficência, por seu turno, visa proteger o paciente ao obrigar ao médico a não acarretar-lhe nenhum dano intencional. Com isso, o médico não poderá submeter o paciente a danos que lhe ofereçam riscos desnecessários sem dar-lhe nenhum

[1] Resolução suspensa por decisão judicial (Ação civil pública n 2007.34.00.014809-3 do Juízo da 14ª Vara Federal – DF)

benefício. Por meio desse princípio a conduta médica de submeter o paciente a tratamentos ineficazes, que apenas o causa danos físicos e morais, passa a ser incoerente com os próprios cuidados paliativos.

O princípio da justiça busca proteger os menos favorecidos ao prezar pela imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios. Expressa a justiça distributiva ao defender que a igualdade de todas as pessoas, em dignidade e em direitos, deve ser respeitada com o objetivo de tratar a todos de forma justa e equitativa.

A formulação desses princípios surgiu como um Código de Ética Médica voltado para proteger a vida das pessoas diante dos riscos de desumanização e violação ao ser humano. Sem embargo, a Bioética não se restringiu apenas à relação médico paciente, pois ultrapassou a ética médica tradicional, tornando-se um conhecimento interdisciplinar. Não se consolidou apenas como um mero objetivo de normatizar o exercício profissional na área da saúde, mas sim um verdadeiro trunfo para humanizar os efeitos do impacto das tecnologias nas ciências biológicas. Essencialmente não busca o consenso, mas sim a ampla discussão acerca das questões de vida e morte.

3. Uma compreensão necessária: eutanásia, suicídio assistido, mistanásia, distanásia e ortotanásia

Não é incomum a ortotanásia ser confundida com a eutanásia, o suicídio assisitido, a mistanásia e a distanásia. Por tal razão, para fins de melhor compreensão do presente objeto de estudo, faz-se necessária uma compreensão quanto às peculiaridades de cada um desses casos apresentados.

3.1. A eutanásia

Compreende-se por eutanásia, conforme a origem etimológica da palavra (do grego, *eu*= boa, *thánatos*= morte), a boa morte, a morte sem dor nem sofrimento. Consiste na conduta, positiva ou negativa, que objetiva abreviar a vida do paciente incurável em vista de lhe suprimir a dor e o sofrimento.

O agente é motivado pela compaixão para com o próximo, podendo incorrer na prática da eutanásia ativa ou passiva. Pela primeira, o evento morte resulta da ação direta do médico ou de pessoa interposta. A segunda, por sua vez, ocasiona a morte através de condutas

omissivas, em que se suprimem ou se interrompem os procedimentos médicos indispensáveis à sobrevivência do indivíduo.

Trata-se de por fim à vida de alguém, mediante o seu consentimento expresso ou presumido, em prol de abreviar-lhe o sofrimento, sendo sua recuperação de dificílimo prognóstico. Troca-se um doloroso prolongamento da existência por uma cessão imediata da vida, a pedido do ofendido, podendo ser praticada através de comportamento comissivo (eutanásia ativa) ou omissivo (eutanásia passiva) (CAPEZ, 2010).

Distingue-se ainda a eutanásia ativa entre direita e indireta. Enquanto a primeira é resultante de atos positivos que levam o indivíduo a morte, como o caso da injeção de um veneno letal para abreviar a vida do paciente, a segunda caracteriza-se pela utilização de fármacos com o fim primeiro de aliviar a dor do paciente, mas que indiretamente o levará a óbito. Isso ocorre, por exemplo, nos casos em que o aumento progressivo na dosagem de analgésicos desencadeia lesões tóxicas no paciente, a ponto de que este fique fragilizado de tal modo que venha a falecer.

Tem-se então que, enquanto a eutanásia ativa direta possui efeito principal negativo (a morte de alguém) e efeito secundário positivo (alívio do sofrimento), a eutanásia ativa indireta é inversa, pois seu efeito principal é positivo (alívio do sofrimento) e o secundário negativo (a morte de alguém).

A eutanásia não é admita no ordenamento jurídico brasileiro, pois a vida é constitucionalmente considerada um direito inviolável. Suprimir a vida de alguém, ainda que seja para por fim a sua dor e a seu sofrimento, é crime. Poderá configurar homicídio, enquadrando-se como um crime privilegiado, pois o sujeito agira imbuído de relevante valor moral, auxílio ao suicídio ou omissão de socorro.

A maioria dos países não permite a eutanásia e a equiparam ao homicídio. Todavia, tal postura tem sido modificada, ainda que lentamente, no direito alienígena, de modo que a eutanásia sofre um processo de legalização. Por meio da aprovação da "Lei relativa à Eutanásia e ao Suicídio Assistido", em 28.11.2000, a Holanda foi a pioneira quanto a institucionalização legal da eutanásia. Para que seja aplicável, os doentes devem ser adultos com quadro clínico irreversível e devem solicitar voluntariamente a sua morte. No caso de crianças, deve haver o consentimento dos pais, e a criança deve ser maior de 12 anos (BBC, 2014).

O médico, antes de tudo, deve informar ao paciente acerca da evolução da doença e

das alternativas que a medicina pode oferecer. Além disso, deve haver a opinião de outro médico acerca da situação do paciente (UFRGS, 2003).

Na Bélgica, conforme lei de 28.05.2002, a eutanásia é compreendida como o ato realizado por terceiro que faz cessar de forma intencional a vida de um indivíduo a pedido deste. O Parlamento promulgou a lei autorizando a eutanásia, mediante a satisfação dos seguintes requisitos: deve ser realizada por médico; o paciente deve ser maior ou menor emancipado com plena capacidade e consciência na época de sua solicitação voluntária; o paciente esteja em condição irremediável, padecendo de sofrimento físico e mental constante e insuportável resultante de uma condição acidental ou patológica grave e incurável; que o médico comunique ao paciente acerca de sua situação e expectativa de vida e que haja uma segunda opinião médica.

Em 2014, o direito à eutanásia na Bélgica foi ampliado para os menores em estado terminal que padecessem de dores físicas insuportáveis, mas tal procedimento só seria permitido mediante a autorização dos pais e análise de junta médica de pediatras e psiquiatras (BBC, 2014).

Na América Latina, acerca do assunto, destacam-se as legislações do Peru, Uruguai e Colômbia. A legislação peruana, por exemplo, estabelece o homicídio piedoso, no qual o agente, movido por piedade, mata um enfermo incurável que solicita de maneira expressa e consciente como forma de por fim a uma dor intolerável. O autor é punido com pena privativa de liberdade não maior que três anos. Na Colômbia, é prevista a hipótese de perdão judicial para o homicídio eutanásico.

Em Portugal, o homicídio praticado mediante consentimento ou a pedido livre e consciente da vitima, poderá ser atenuado. Na Itália também há um rigor menor quando o homicídio é consentido pela vítima, desde que esta tenha mais de dezoito anos, seja mentalmente sã, consciente e não tenha pedido pela morte mediante violência, ameaça ou fraude. Na Alemanha e na Suíça, o tratamento da questão também ocorre de forma semelhante (PESSINI, 2005).

Na Polônia, caso o agente pratique a conduta com o consentimento da vitima e movido por sentimento compassivo, é possível excluir a sua culpabilidade. Na Espanha, através da tipificação do crime de participação em suicídio, poderá o autor ter sua pena reduzida se ajudar a vitima a morrer mediante seu inequívoco pedido (PESSINI, 2005).

No Japão, a eutanásia vem sendo admitida há mais de trinta anos pelos tribunais. Houve um caso julgado pela Corte Suprema de Nagoya em que um rapaz colocou veneno em um copo de leite e pediu à mãe para ministrá-lo ao pai, doente terminal que havia solicitado isso ao filho. A Corte de Nagoya, na decisão, estabeleceu seis condições a serem satisfeitas para a autorização da eutanásia, expostas por Leo Pessini (2005, p. 380). A saber:

> 1) A enfermidade seja considerada terminal e incurável pela medicina atual e a morte seja iminente;
> 2) O paciente padeça de uma dor intolerável, que não pode ser aliviada;
> 3) O ato de matar deve ser executado com o objetivo de aliviar a dor do paciente;
> 4) O ato deve ser executado somente se o próprio paciente fez um pedido explícito;
> 5) Cabe ao médico realizar a eutanásia, caso isto não seja possível, em situações especiais será permitido receber assistência de outra pessoa;
> 6) A eutanásia deve ser realizada utilizando-se métodos eticamente aceitáveis.

Identifica-se claramente o móvel da conduta, que é a compaixão. Logo, não pode ser caracterizada como eutanásia nenhuma conduta que tenha por objetivo outro que não seja minorar o sofrimento do paciente. Não se pode falar então em eutanásia eugênica[2], criminal[3], econômica[4], experimental[5] nem solidária[6].

3.2. O suicídio assistido

O suicídio assistido, por sua vez, consiste na eutanásia realizada pelo próprio individuo. Nesse caso, o terceiro presta apenas assistência material ou moral para a realização do ato. Difere do suicídio porque no suicídio assistido o indivíduo é movido pelo sofrimento físico e moral em virtude de uma enfermidade terminal ou de um quadro clínico irreversível, enquanto no primeiro o individuo deseja por termo a sua vida por quaisquer outras circunstâncias (SANTORO, 2010).

---

[2] Entende-se por "eutanásia" eugênica a morte dada a indivíduos malformados. É feita com a finalidade de melhorar a raça. Tal prática era comumente realizada em Esparta, onde crianças com malformação eram assassinadas pelos próprios pais, visto que seriam incapazes de atuar na política guerreira espartana (PESSINI, 2005).

[3] A eutanásia criminal seria aquela realizada nos indivíduos que praticaram ilícitos contra a sociedade. Não é coerente com a eutanásia, visto que se configura na verdade como pena de morte (PESSINI, 2005).

[4] A eutanásia econômica seria a morte dada a todos que acarretam a sociedade elevado custo financeiro em virtude de sua assistência, como ocorre com os doentes incuráveis, inválidos, anciãos etc (PESSINI, 2005).

[5] A eutanásia experimental seria a morte dada a certos indivíduos em prol de viabilizar a realização de experimentos científicos para o progresso da ciência (PESSINI, 2005).

[6] Na eutanásia solidária, o paciente incurável seria morto para doar seus tecidos e órgãos para quem possua mais chances de vida (PESSINI, 2005).

Vale destacar que o suicídio, nessas condições, realizado sem a intervenção de um terceiro, não se configura como suicídio assistido, mas sim como suicídio por motivos eutanásicos. Quanto à participação desse terceiro, temos configurado o crime disposto no art. 122 do CP, visto que aquele que auxiliar uma pessoa a praticar o suicídio poderá ser condenado a pena de dois a seis anos, caso seja consumado o suicídio, ou de um a três anos caso resulte em alguma lesão de natureza grave.

Tal prática ganhou notoriedade através do Dr. Jack Kerkovian, o Dr. Morte. Foi um médico estadunidense que se popularizou mundialmente por defender o suicídio assistido, de modo que a morte fosse aceita não como um fato, mas como um direito de todos (UFRGS, 1998). O Dr. Morte defendeu a eutanásia não somente no plano teórico-científico, mas estendeu suas ideias ao plano prático ao criar a máquinas de suicídio, tais como a Thanatron e a Mercytron. Por meio delas auxiliava os pacientes terminais a dar cabo de suas vidas, sob a crença de que as pessoas possuem o direito de viver sem sofrimento. Como a vida sem sofrimento não seria possível, dada a irreversibilidade do estado do paciente, defendia o direito à morte da pessoa, para que esta não vivesse no completo sofrimento protraído no tempo.

No decorrer da história, inúmeros foram os casos em que as pessoas praticaram suicídio assistido. Perante as leis brasileiras, contudo, tal pratica é vedada, pois a lei pune quem instigar ou auxiliar alguém a cometer suicídio. Um exemplo de suicídio assisitido é o caso de uma pessoa tetraplégica que, através de auxílio de um terceiro, ingere substância letal para por fim a sua própria vida, mediante seu consentimento. Caso não haja o consentimento do indivíduo, o terceiro incorre na prática do crime de homicídio.

3.3. A mistanásia

Considera-se mistanásia a morte do indivíduo antes do tempo, sem minorar-lhe a dor ou sofrimento. Pode ser decorrente da ausência do Estado quanto à garantia dos direitos básicos dos cidadãos, situação a qual a populariza como eutanásia social, visto que, de certo modo, as próprias mazelas que assolam a sociedade são as que repercutirão na morte do indivíduo. É aquela ocasionada pela fome, desemprego, ausência ou precariedade de serviços médicos, que levam o paciente à morte antes do tempo (SANTORO, 2010).

Tal caso é fato razoavelmente comum em países como o Brasil, em que muitos doentes não conseguem sequer ser assistidos pelo sistema de saúde pública. Morrem antes de

serem atendidos e medicados, sem leitos nos hospitais. A mistanásia é uma clara ofensa ao princípio da dignidade humana e demonstra abertamente a ineficiência do Estado em prestar condições mínimas para as pessoas terem qualidade de vida.

Outra hipótese de mistanásia é aquela decorrente de erro médico. Há um diagnóstico errado, prescrição de tratamento sem os exames necessários, entre outros. Tais condutas certamente ensejarão a responsabilização civil do médico, tendo em vista a responsabilidade subjetiva, e também este poderá responder pelo crime de homicídio culposo por ter agido com imperícia, imprudência ou negligência. Além disso, poderá ser também responsabilizado o hospital pela transgressão do dever geral de cuidado, pois em vez de zelar pela vida do paciente não ofereceu condições razoáveis para o seu tratamento, desencadeando a sua morte.

Ademais, ocorrerá mistanásia quando o paciente é submetido à prática médica má. O médico age voluntariamente ao submeter o paciente à morte precoce e/ou dolorosa, usa a medicina contra o doente. É o que acontece, por exemplo, quando o médico submete o paciente à retirada de seus órgãos para transplante antes da morte encefálica. Esse ato é crime, conforme disposição do art. 14 da Lei 9.434/97.

3.4. A distanásia

Entende-se por distanásia o excesso cometido pelo médico em lutar pela vida do paciente a qualquer custo, de modo que a tentativa de retardar ao máximo a morte iminente do doente terminal seja uma agressão à sua dignidade como pessoa humana. Também conhecida como obstinação terapêutica[7], essa prática envolve a aplicação de métodos terapêuticos em pacientes que possuem quadro clínico irreversível, levando-o a uma morte lenta e sofrida.

O termo distanásia em seu sentido literal significa afastamento da morte (*dys*, do grego, afastamento e *thánatos*, morte), é, portanto, a busca pelo prolongamento exagerado da morte de um paciente. Pode ser empregado o termo como sinônimo de tratamento inútil. PESSINI (2006, p. 01) explica que:

> Trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. No mundo europeu fala-se de "obstinação terapêutica", nos

[7] O termo "obstinação terapêutica" (l'acharnement thérapeutique) foi introduzido na linguagem médica francesa por Jean-Robert Debray, no início dos anos 50, e foi definido como sendo "o comportamento médico que consiste em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado, é menor que os inconvenientes previsíveis" (PESSINI, p. 01).

> Estados Unidos de "futilidade médica" (medical futility). Em termos mais populares a questão seria colocada daseguinte forma: até que ponto se deve prolongar o processo do morrer quando não há mais esperança de reverter o quadro? Manter a pessoa "mortaviva" interessa a quem?

Com os avanços tecnológicos e a sua forte ingerência no campo científico, a medicina possibilitou ao médico manter os pacientes vivos por mais tempo, oportunizando-os a tentar salvar o paciente. Nesse conflito que surge entre a luta pela vida e a postergação da morte, o paciente é inclinado a viver mais de forma quantitativa do que qualitativa. Isso implica na agressão de sua dignidade como pessoa humana, visto que acarreta ao paciente, e também a sua família, uma tortura descomunal.

O Código Deontológico Médico de 1931, por exemplo, dispunha que um dos propósitos da medicina seria sempre conservar e prolongar a vida (art. 16 do Código Deontológico Médico). Ter uma vida longa era um dos maiores objetivos das pessoas. O critério norteador das condutas médicas era meramente quantitativo: viver mais.

Contudo, tal visão foi mudando ao longo do tempo. Em 1988, entrou em vigor o Código de Ética Médica, norteando os médicos não a uma insana busca pela longevidade do paciente, mas sim da saúde do ser humano. Houve uma ruptura paradigmática do critério que norteava os profissionais da saúde. O "viver mais" tem cedido espaço para o "viver melhor". Isso porque a dignidade da pessoa humana foi priorizada, a ponto de levantar a questão no campo doutrinário, jurídico, social e religioso.

3.5. A ortortanásia

A palavra ortotanásia advém do grego *orthós* = normal, correta e *thánato*s = morte. Designa, portanto, a morte correta, a morte no seu devido tempo. É o caso, por exemplo, do doente que se encontra em um quadro de enfermidade irreversível, sendo-lhe a morte um fato iminente, independente de qualquer ação ou omissão de outrem.

O médico, consciente da situação do paciente, comunica-lhe o seu estado e, mediante sua vontade expressa, suprime o tratamento curativo em detrimento dos cuidados paliativos. Possui o objetivo de tornar viável a esse paciente viver, da melhor forma possível, o átimo de existência que lhe resta, em vez de obrigá-lo a se submeter a tratamentos desgastantes que jamais poderão curar, ou sequer apaziguar os seus males, mas antes só irão denegri-lo como pessoa humana em seu leito de morte para que viva momentos a mais.

É nesse sentido que PESSINI (2006, p. 390) entende que:

> Ortotanásia se refere ao direito de morrer com dignidade. É uma abordagem do problema que toma como tônica a solicitude pela pessoa que está morrendo, prestando atenção às suas necessidades físicas, psicológicas e espirituais. Promover a ortotanásia significa trabalhar para que as pessoas possam morrer humanamente, tendo sua dor aliviada e tranquilas na convicção estão rodeadas por amor e carinho e que não andam sozinhas no vale da sombra da morte.

Para tanto, é imprescindível que a morte do paciente seja considerada iminente e inevitável, de modo que qualquer tratamento empregado seja inútil, pois não lhe trará condições de cura efetiva, apenas uma postergação da vida do indivíduo a alto custo. Além disso, deve haver o consentimento do paciente ou de seus familiares para que o médico suspenda os tratamentos curativos, que configuram obstinação terapêutica, e aplique o tratamento paliativo.

Esse consentimento é consequência do princípio da autonomia, defendido pela Bioética, hoje fortalecido pelo novo Código de Ética Médica. Destaca-se ainda que o móvel da conduta do médico deve ser o bem-estar físico, psíquico, social e espiritual do paciente. Difere, pois, das outras condutas anteriormente elencadas, porque mesmo tratando da morte, possuem repercussões distintas.

A ortotanásia não pode ser entendida como eutanásia, visto que a eutanásia é realizada para abreviar a vida do paciente incurável em vista de lhe suprimir a dor e o sofrimento, enquanto a ortotanásia visa o bem do paciente terminal através da abstenção, supressão ou limitação de tratamento curativo e a adoção dos cuidados paliativos ante a iminência da morte inevitável do paciente.

Na eutanásia há uma antecipação do momento morte, enquanto na ortotanásia há apenas o a realização da conseqüência natural da vida, a morte. Além disso, é válido destacar que a eutanásia não seria aplicável apenas a pacientes terminais, mas também a pessoas com más formações congênitas etc.

Há quem entenda que a ortotanásia seria o mesmo que eutanásia passiva ou por omissão. Como foi visto, a eutanásia por omissão objetiva aliviar o sofrimento do paciente encurtando lhe o seu período vital através de um não fazer. Contudo, a ortotanásia vai além da conduta meramente omissiva, pois não se trata apenas de um simples não fazer. É a "morte correta", que ocorre através da abstenção, supressão ou limitação de todo tratamento fútil,

extraordinário ou desproporcional, ante a iminência da morte do paciente, sendo que esta não tenha sido buscada nem provocada[8].

Nessa situação, em que o paciente encontra-se diante de morte iminente e inevitável, o médico passa a empregar cuidados paliativos objetivando o bem estar físico, psíquico, social e espiritual do paciente. A semelhança entre a ortotanásia e a eutanásia passiva é evidenciada pelo móvel da conduta que é a compaixão a alguém sem possibilidades de cura, viabilizando a morte sem dor ou sofrimento pela omissão na prestação ou na continuidade do tratamento médico.

Todavia, divergem quanto ao início do processo mortal. Na ortotanásia a causa do evento morte já se iniciou. Independentemente da continuidade do tratamento, o paciente irá falecer irremediavelmente. Na eutanásia passiva, a omissão é a causa do resultado. É uma sutil distinção que possui considerável relevância.

A ortotanásia também não se confunde com o suicídio assistido, pois este consiste em uma conduta positiva tipificada como auxílio ao suicídio conforme a lei penal brasileira. Trata-se de uma ação que dá causa ao resultado morte. Enquanto a ortotanásia é apenas uma consequência inevitável do ciclo natural da vida.

Não há que confundir também a ortotanásia com a distanásia, visto que uma é exatamente o extremo da outra. A distanásia se caracteriza pela obsessão do médico em manter a vida biológica a qualquer custo, atentando contra o processo natural da morte. O paciente já deveria ter morrido, mas, devido à obstinação terapêutica, ele continua vivendo de forma prolongada pelos excessos médicos capazes de comprometer a sua dignidade. É vedada constitucionalmente, visto que se trata de uma situação desumana e degradante.

A ortotanásia destaca-se então como um meio-termo entre a eutanásia, que é a antecipação da morte, e a distanásia, que é o prolongamento da vida. CESARIN (2008, p.8) ao discutir sobre a ortotanásia, eutanásia e distanásia entende que todas elas se referem à situação em que há doença incurável e sofrimento físico insuportável. Porém, distinguem-se uma das outras pela intenção de quem produz ou omite prevenir a morte (intenção do agente), pelo modo e pelo meio empregado, ainda que seja sempre indolor.

São, portanto, condutas distintas, visto que os agentes possuem objetivos diferentes ao praticarem a conduta. Na eutanásia a intenção do agente é apenas por fim ao sofrimento da

[8] Nesse sentido, Gisele Mendes de Carvalho (2001) explica que a pretensão é humanizar o processo da morte sem buscar prolonga-lo de forma abusiva. Não consiste em provocar a morte, pois esta resultará da enfermidade do sujeito e não da ação ou omissão do profissional da saúde.

vítima, direcionando-se pelo sentimento da compaixão. Na distanásia, o agente busca a todo custo prolongar a vida do paciente, ainda que isso venha a agredir a sua dignidade como pessoa humana.

Nesses casos, não raro, é possível haver algum interesse político ou econômico em manter o paciente vivo a qualquer custo, como ocorreu, por exemplo, com Tancredo Neves (FOLHA, 1985). A vida do paciente torna-se uma espécie de ferramenta nas mãos do homem, que a usa conforme melhor lhe aprouver nos seus jogos de disputa pelo poder. Na mistanásia, em suas várias hipóteses, a intenção poderá ser, por exemplo, a mera abreviação da vida do paciente em virtude da prática médica má ou para reduzir os custos do Estado com a saúde, entre outras. Difere de forma acentuada da ortotanásia porque não há uma preocupação com a vida do paciente, tampouco com a sua dignidade.

4. A questão da legalidade da ortotanásia no Brasil

Para um entendimento satisfatório acerca da ortotanásia no ordenamento jurídico brasileiro não basta apenas estudá-la de forma generalizada. Faz-se necessário um estudo mais específico de tal conduta de acordo com a compreensão à luz da teoria crime. Nessa perspectiva, ressalta-se que a chave para uma ponderada análise da questão sob a ótica criminal consiste na devida compreensão conceitual de eutanásia ativa, passiva e ortotanásia, principalmente com relação à tipicidade da conduta com vistas à relevância da omissão (CABETTE; 2011, p. 88).

Isso porque a temática é certamente controvertida e possui entendimentos diversos no campo doutrinário. Até mesmo a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) manifestou-se sobre o tema, firmando o entendimento de que a resolução nº 1805/06 do Conselho Federal de Medicina iria de encontro ao Código Penal, podendo o médico ser até mesmo acusado de omissão de socorro, homicídio ou participação em suicídio (OABSP, 2006).

Aponta-se também que a resolução em epígrafe contradiz-se com o Código de Ética Médica, posto que este impede o médico de "utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal" (art. 66). Seria então uma conduta criminosa que ensejaria a responsabilização penal por atentar contra a paz pública ao supostamente incitar, publicamente, a prática de crime (art. 286, do CP).

Além disso, há o entendimento de que as práticas eutanásicas e ortotonásicas violam princípios sociais e morais, de modo que defendê-las seria uma apologia ao crime e à

desmoralização da sociedade (MARCAO, 2012). Entende-se ainda que as referidas condutas seriam exemplos clássicos de homicídio privilegiado. Nesse sentido, MIRABETE (2007, p. 34) diz que:

> Assim, o autor do homicídio praticado com o intuito de livrar um doente, irremediavelmente perdido, dos sofrimentos que o atormentam (eutanásia) goza de privilégio da atenuação da pena. O Código Penal Brasileiro não reconhece a impunibilidade do homicídio eutanásico, haja ou não o consentimento do ofendido, mas, em consideração ao motivo, de relevante valor moral, permite a minoração da pena. É punível a eutanásia propriamente dita (ação ou omissão do sujeito ativo que, por sua natureza ou intenção causa a morte, por ação ou omissão com a finalidade de evitar a dor) e mesmo a ortotanásia (emprego de remédios paliativos, acompanhamento médico sem procedimento de cura etc)., mas discute-se a possibilidade de não se falar em homicídio quando se interrompe uma vida mantida artificialmente por meio de aparelhos.

Tais entendimentos, todavia, partem de uma compreensão incoerente acerca dessas condutas, pois arrolam a ortotanásia como um sinônimo de eutanásia passiva. É sabido que na eutanásia, seja na modalidade ativa como na passiva, a vítima morre devido à ação ou omissão do autor, que poderia não causar (ativa) ou impedir (passiva) a ocorrência do evento morte.

Na ortotanásia, diferentemente, há apenas uma abstenção do agente de provocar sofrimento para a vítima. O autor nada pode fazer para evitar o evento morte. Com isso, nota-se que na ortotanásia o autor não possui opção de agir. Qualquer ação sua não irá curar o paciente, nem melhorar a sua saúde, mas antes irá intensificar a sua agonia, provocando-lhe prolongado sofrimento.

Dessa forma, esse não-fazer é irrelevante penalmente. Nesse sentido, CABETTE (2011, p. 89) entende que tais fatos só poderiam ser relevantes no âmbito criminal se o sistema penal fosse estruturado sobre concepções de responsabilidade objetiva. O CP, por seu turno, dispõe em seu art. 19 que alguém só pode ser responsabilizado por aquilo que "houver causado ao menos culposamente", rechaçando, assim, a responsabilidade objetiva.

Feitas essas considerações, é cabível a contextualização da conduta sob a teoria do crime. Em linhas gerais, compreende-se que o crime é um fato típico, antijurídico e culpável. O fato típico ocorre por meio de uma conduta, que gera um resultado, pelo qual se evidencia o nexo de causalidade entre essa conduta e esse resultado, sendo que haja a perfeita subsunção da conduta ao modelo abstrato previsto na lei, o tipo.

A conduta consiste em qualquer comportamento humano, comissivo ou omissivo,

voluntário e consciente, doloso ou culposo, dirigido a uma finalidade[9]. A conduta comissiva é aquela em que o agente direciona sua ação a uma finalidade contrária ao ordenamento jurídico. Na conduta omissiva, por sua vez, ocorre uma abstenção do agente, que deixa de fazer algo a que estava obrigado pela lei. Os crimes omissivos podem ser próprios ou impróprios. O primeiro trata-se da transgressão da norma através da omissão propriamente dita, na qual deveria ser observado o dever genérico de proteção. O crime omissivo impróprio, considerado tipo aberto, trata da omissão cometida por quem tem um dever especial de proteção, figurado na pessoa do garante ou garantidor. Este poderá ser o agente que tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância, ou de outra forma, tenha assumido a responsabilidade de arcar com o resultado ou ainda tenha criado o risco da ocorrência do resultado com seu comportamento anterior. O agente garantidor devia e podia agir para evitar o resultado. Sua omissão é penalmente relevante.

A conduta deverá ser dolosa ou culposa. O crime doloso caracteriza-se pela vontade e consciência voltadas à realização de conduta ilícita. O dolo poderá ser direto, quando o agente quer de fato cometer a conduta incriminadora, e indireto, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo. O dolo direito poderá ainda ser de 1º grau, em que o agente volta sua conduta para o que quer fazer de fato em relação ao fim proposto e aos meios escolhidos, e poderá ser de 2º grau, quando ocasiona consequências necessárias, efeitos colaterais[10]. O dolo indireto, por seu turno, poderá ser alternativo ou eventual. No primeiro, a vontade do agente se encontra direcionada de forma alternativa em relação ao resultado (dolo alternativo objetivo) ou à pessoa (dolo alternativo subjetivo).[11]

O crime culposo, por sua vez, de acordo com o art. 18, II, CP, ocorre quando o agente dá causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia. Trata-se de uma ação ou omissão humana que produz resultado antijurídico não desejado pelo agente, mas que era

[9]Há, contudo, determinadas situações que excluem a tipicidade de determinada ação devido a não caracterização da conduta. Ora, a conduta é um comportamento humano, comissivo ou omissivo, voluntário e consciente, doloso ou culposo, dirigido a uma finalidade. Isso implica dizer que quando não há voluntariedade e consciência não há como afirmar-se a ocorrência de uma conduta. É o que ocorre quando há caso fortuito ou de força maior, em que predomina a força natural, nos estados de inconsciência do sujeito, como ocorre no sonambulismo e hipnotismo, nos movimentos involuntários como atos reflexos e coações físicas irresistíveis (*vis absoluta*).

[10] A doutrina ilustra como exemplo de dolo direto de 1º grau o caso do terrorista internacional que, querendo matar determinada autoridade política, coloca um explosivo no avião em que a vítima viajaria. O dolo em relação à autoridade política é de 1º grau, enquanto em relação aos demais passageiros haveria um dolo direto de 2º grau.

[11] A doutrina exemplifica a situação do dolo indireto alternativo quando determinado agente efetua disparos contra duas vítimas com o objetivo de matar ou feri uma ou outra. Em relação a sua conduta temos o dolo indireto alternativo objetivo, pois o agente quis produzir qualquer um dos resultados (ferir ou matar). Em relação à vítima, temos o dolo indireto alternativo subjetivo, pois o agente assumiu o risco de produzir um dos resultados em qualquer uma das vítimas, alternadamente.

previsível e evitável se o agente tivesse agido de outra forma. Há uma inobservância do dever objetivo de cuidado e um nexo de causalidade entre a conduta do agente e o resultado lesivo. Difere do crime doloso devido à finalidade do agente, que, nos crimes culposos[12], age para a realização de um fim lícito. Todavia, devido a sua imprudência, negligência ou imperícia dá causa a um resultado pelo emprego inadequado dos meios escolhidos e empregados.

Tendo realizado o agente a conduta, poderá responder pelo resultado, desde que haja uma relação de causalidade entre a conduta realizada e o resultado por ela produzido. Há duas teorias que procuram explicar o resultado. A teoria naturalística entende que o resultado é a modificação no mundo exterior, logo haveria crimes sem resultado, pois nem todo crime gera resultado físico, como é o caso dos crimes de mera conduta. A teoria normativa, por sua vez, entende que o resultado consiste na lesão ou ameaça de lesão ao bem-jurídico protegido pela lei penal. Com isso, não haveria crime sem resultado.

O Código Penal, no art. 13, adota a teoria normativa, visto que estabelece que não há crime sem resultado[13]. O resultado, de acordo com Luiz Flavio Gomes (2002, p. 59) seria a ofensa ao bem jurídico, expressada numa lesão ou perigo concreto da lesão. Tal resultado jurídico teria natureza normativa (é um juízo de valor que o juiz deve fazer em cada caso para verificar se o bem jurídico protegido pela norma entrou no raio de ação dos riscos criados pela conduta).

Nessa perspectiva, causa seria a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido. Juridicamente, prevalece a teoria da equivalência dos antecedentes causais, *conditio sine qua non*, segundo a qual a causa é todo fato sem o qual o resultado não teria se operado. Com o fito de limitar o alcance dessa teoria, a teoria da imputação objetiva surge deixando de lado a relação de causalidade puramente material para focar na relação de natureza jurídica, normativa. Não basta que o agente tenha produzido o resultado para estabelecer a relação de causalidade. Deve ser possível a sua imputação jurídica.

As causas, consideradas aquelas que interfiram no resultado, podem ser absolutas ou relativamente independentes. A causa absoluta é a que teria acontecido e produzido o resultado mesmo se não houvesse qualquer conduta do agente. Poderá ser, dependendo do momento em que ocorrer, preexistente, concomitante ou superveniente. A causa relativamente

[12] A culpa poderá ser consciente ou inconsciente. Na primeira, o agente prevê o resultado, mas acredita sinceramente que poderá evita-lo. Na segunda, o agente não consegue prevê o resultado previsível. Difere a culpa consciente do dolo eventual, visto que neste o agente não se importa que o resultado ocorra, enquanto naquela o agente repudia a possibilidade.

[13] Há divergência entre a doutrina acerca do conceito de resultado, visto que a maioria adota a teoria naturalística, distinguindo os crimes em materiais, formais e de mera conduta.

independente é aquela que somente poderá produzir resultado se conjugada com a conduta do agente, havendo uma relação de dependência entre a causa e a conduta do agente para a aferição do resultado. Poderá ser, dependendo do momento em que ocorrer, preexistente, concomitante ou superveniente. Nesse caso, a ortotanásia não é considerada causa absolutamente independente, tampouco relativamente independente.

Apesar de que, à primeira vista, pareceria um causa absolutamente independente, não nos parece que assim ocorre. A respeito disso, pronuncia-se CABETTE (2011) sobre o fato de que de uma forma ou de outra a conduta teria alterado o quadro do enfermo. Porém, até que ponto tal alteração realmente teria significado para a reprovabilidade da conduta. Como não há possibilidade de estabelecer relação de causalidade entre conduta e resultado na ortotanásia, e considerando o processo hipotético de eliminação, pelo qual causa é todo antecedente que não pode ser suprimido sem afetar o resultado, constata-se que a supressão da omissão não afetaria o desfecho fatal da moléstia.

A ortotanásia não pode ser caracterizada como crime, pois não preenche todos os elementos do fato típico. Não se enquadra em nenhuma das possibilidades elencadas acima, pois não haveria tipicidade na conduta do médico em suprimir o tratamento mediante o consentimento da vítima. Não é homicídio culposo, tampouco doloso. Não é causa excludente de ilicitude, visto que não é estado de necessidade, legítima defesa, nem exercício regular de direito ou estrito cumprimento do dever legal.

Quanto a tal enfoque, ainda que fosse considerada causa, o que não é o caso, poderia enquadrar-se como excludente de ilicitude dado o exercício regular de direito ou estrito cumprimento do dever legal, visto que o médico deve respeitar a dignidade do paciente, não submetê-lo a tortura nem a tratamento desumano ou degradante, além do que pelo Código de Ética Médica, deverá agir com zelo ao bem-estar do paciente. Mesmo se fosse “causa”, não seria uma causa reprovável. Não há, todavia, como ser considerada causa, pois esta é resultante do mal que aflige o enfermo e não dos cuidados paliativos médicos.

CESARIN (2008, p.14) entende que a ortotanásia seria uma figura atípica penalmente, pois, como o processo de morte já se instalou, não teria como ser causa de morte da pessoa. É, na verdade, uma forma de evitar a distanásia, “(...) principalmente porque a morte é inevitável; quanto à ela, a única questão a ser colocada é “quando” e “como”, e não “se” vamos morrer”.

No caso da imputação de uma conduta omissiva deve haver uma posição de garantia do agente. No âmbito da responsabilidade penal, porém, é necessária a capacidade de agir do médico, para que satisfaça o binômio "devia e podia agir". SANTORO (2010, p. 162) entende que o médico, nesse caso, não possui o poder de salvar o paciente, carecendo, portanto, da capacidade de agir exigida nos crimes omissivos impróprios.

Gisele Mendes de Carvalho, no mesmo sentido, conclui que:

> É cediço, porém, que a iniciação, continuação ou ampliação de um tratamento determinado encontram-se condicionadas à possibilidade de o médico cumprir sua função curativa, de acordo com o atual estágio de evolução das ciências médicas e com os meios disponíveis. Se o quadro apresentado pelo paciente não indica qualquer probabilidade de evolução, não existe o dever de tratar, mas apenas de ministrar cuidados paliativos, indispensáveis contra a dor e o sofrimento, sob pena de incorrer o facultativo em obstinação terapêutica (distanásia). O prolongamento irracional da vida biológica ultrapassa os limites do dever de assistência imposto pela lex artis, que aqui obriga o médico apenas à administração de cuidados essenciais. O dever de assistência do facultativo encontra-se limitado, portanto, como qualquer outro dever de agir, à existência de reais possibilidades de prolongamento da vida – e não da morte- do enfermo. Ausente essa possibilidade, a desconexão dos aparelhos que mantêm vivo o paciente não se amoldaria ao tipo do delito de homicídio, uma vez que, para que se perfaça a tipicidade nos delitos omissivos impróprios, 'não basta que o autor esteja na posição de garante: faz-se mister que tenha capacidade de ação (possibilidade materal de evitar o resultado). Não haverá omissão punível por atipicidade da mesma.

O processo mortal, no caso da ortotanásia, já teve início. Não há como, por mais avançada que esteja a ciência, nem por mais capacitado que seja o profissional, impedir a ocorrência da morte. De fato o médico tem o dever de agir, mas será que tem o poder de agir diante do fato certo e iminente?

O limite do dever de agir do médico deve ser respaldado pela justiça e humanidade. Caso seja da vontade do paciente, porque submetê-lo a um tratamento altamente destrutivo como a quimioterapia, por exemplo, quando essa prática irá apenas aumentar os seus dias de sofrimento? Haveria uma legalização da prolongação da agonia do doente?

É preciso, sem embargo, ponderar se a ortotanásia seria de fato uma prática não somente viável legalmente falando, mas também se a sua licitude expressa causaria insegurança no meio social. Há quem entenda que a ortotanásia representa um grande perigo à sociedade, visto que poderia haver situações em que a mesma, apesar de revestida das melhores intenções, resultasse em prejuízo ao paciente.

O primeiro caso é o de erro de diagnóstico. O médico supostamente entende que o paciente acometido de uma enfermidade grave não tenha mais possibilidades de sobreviver,

sendo-lhe a morte iminente, suspende o tratamento curativo e emprega apenas os cuidados paliativos. Com isso, se o médico estiver equivocado quanto ao quadro clínico do paciente, podendo este ter sido curado se não tivesse abandonado o tratamento, e o paciente vem a óbito, seria um dano irreparável.

Porém, é necessário analisar que o erro de diagnóstico não é uma consequência da licitude da ortotanasia, mas sim uma fatalidade decorrente da falibilidade humana, no caso, poderia ser uma imperícia médica ou ainda uma negligencia por não ter realizado determinado exame no paciente.

Outro caso que merece destaque é a descoberta de um remédio curativo. Se o paciente abandona o tratamento para aceitar o transcurso natural de sua vida com a morte, e após certo tempo é descoberto um remédio que, caso ele não tivesse abandonado o tratamento, poderia tê-lo salvo. Todavia esse caso parecer ser um caso isolado que não pode ser aplicado a todas as pessoas. Haveria ainda a possibilidade de pretextos e abusos médicos em relação ao paciente. Todavia entendemos que isso enquadra-se como mistanásia e não ortotanásia, haja vista a prática médica má, conforme acima discutido.

A ortotanásia, além de atender ao princípio da dignidade da pessoa humana, corresponde ao princípio bioético da autonomia do paciente, pelo qual o paciente possui a faculdade de decidir pelo tratamento que lhe parecer melhor após a devida orientação médica, pois cabe ao paciente decidir sobre a sua própria vida e possui o direito de ser respeitada a sua intimidade.

A alteração do curso causal que promove acarreta benefícios ao doente: a preservação de sua dignidade, bem constitucionalmente tutelado. É uma alteração positiva, pois sem ocasionar a morte do indivíduo, retira-se apenas o sofrimento. É coerente, portanto, com os princípios que regem o Estado.

5. Avanços legislativos relacionados à ortotanásia

Conforme citado anteriormente, em 2006 o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução n 1.805, publicada em 28 de novembro. De acordo com o documento em epígrafe o médico poderia suspender ou limitar procedimentos e tratamentos que prolongassem a vida do doente em fase terminal, mediante a sua vontade:

> **Art. 1º** É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.
>
> **§ 1º** O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.
>
> **§ 2º** A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.
>
> **§ 3º** É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.
>
> **Art. 2º** O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Diante do exposto, dada a obrigação do médico de prestar cuidados paliativos ao doente disposta na resolução, o Ministério Público Federal ajuizou Ação Civil Pública perante a 14ª Vara Federal da Justiça Federal do Distrito Federal, sob o n. 2007.34.00.014809-3, com pedido de antecipação de tutela, considerando que o Conselho Federal de Medicina editou norma usurpando de sua competência, visto que conforme o art. 22, I CF, é de competência privativa da União legislar sobre direito penal.

Em 23 de outubro de 2007, o juiz federal Roberto Luis Luchi Demo, partindo do entendimento que a ortotanásia caracterizaria o crime de homicídio, entendeu cabível a medida de tutela antecipada e suspendeu os efeitos da resolução supracitada. De acordo com o magistrado, a ortotanásia configura o crime de homicídio da mesma forma que a eutanásia. Nesse sentido, entendeu que o próprio Anteprojeto de reforma da parte especial do Código Penal confirmaria a atual tipificação da ortotanásia no ordenamento jurídico brasileiro ao descriminalizá-la.

Todavia, de acordo com o entendimento adotado neste trabalho, a ortotanásia não é crime, pois, apesar de o médico ter o dever de prestar assistência ao paciente, não poderá salvá-lo da morte, carecendo, dessa forma, de capacidade de agir exigida nos crimes omissivos impróprios (SANTORO, 2010, p. 165).

Com isso, a Resolução poderia ser considerada válida, tendo em vista que o Conselho Federal de Medicina, nos termos do art. 2º da Lei 3.268/1957, pode regulamentar a atividade médica. Não haveria assim uma usurpação de competência, mas apenas a intenção de asseverar, sob o ponto de vista ético, que é permitido ao médico suspender ou limitar procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

Em busca de sanar as dúvidas quanto à legalidade dessa prática, o anteprojeto de reforma[14] da parte especial do Código Penal estabelece a ortotanásia como causa de exclusão de ilicitude. Quanto à eutanásia, esta é alocada em dispositivo diverso, como uma causa de homicídio privilegiado, com pena inferior à prevista na lei vigente, o que corrobora o entendimento de que ortotanásia e eutanásia não se confundem.

A nosso sentir, todavia, não haveria que se falar em descriminalização da ortotanásia, porque a mesma não pode ser considerada crime. Não haveria o dever legal de agir do médico, que não pode ser considerado agente garantidor do bem jurídico em crime omissivo impróprio. Ademais, partindo-se do pressuposto que ortotanásia não seria crime, o Conselho Federal de Medicina pode regulamentar a atividade médica, nos termos do art. 2º da Lei nº 3268/1957.

Com o objetivo de possibilitar ao médico o "desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de um medicamento que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa", o Deputado Federal Inocêncio Oliveira apresentou os projetos PL 4.662/81 e PL 732/83, que defendiam o direito de morrer do paciente que estivesse sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, mediante o acordo dos familiares.

Em 1991, o Deputado Federal Gilvam Borges apresentou o PL 1.989/91, permitindo a família do doente terminal, diante da irreversibilidade do seu quadro clínico, solicitar ao médico a realização da eutanásia ou então a autorização para que os doentes terminais pudessem usar drogas para abreviar a sua vida. Seria, portanto, uma tentativa de legalizar a eutanásia e o suicídio assistido. Em 1993, o mesmo deputado propôs a realização de plebiscito sobre a eutanásia. A Comissão de Constituição e Justiça, todavia, emitiu parecer desfavorável aos projetos supracitados.

Por outro lado, em 1995 e em 2005 o Deputado Federal Osmanio Pereira, através dos Projetos de Lei PL 999/95 e 5.058/05, propôs que a eutanásia fosse tipificada como crime

[14] Homicídio
Art. 121. Matar alguém:
Pena – Reclusão, de seis a vinte anos.
Eutanásia
§ 3º Se o autor do crime agiu por compaixão, a pedido da vítima, imputável e maior, para abreviar - lhe sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave:
Pena - Reclusão, de três a seis anos.
Exclusão de ilicitude
§ 4º Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos, a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente, ou na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão.

hediondo. Os projetos foram arquivados em face do término da sua legislatura. Tramitam, porém, atualmente na Câmara dos Deputados os Projetos de Lei 2.283/07 e 3.207/08, cujo escopo é definir a eutanásia como crime hediondo. Vê-se com isso que enquanto as práticas da eutanásia e do suicídio assistido começam a ser legalizadas nos outros países, o legislador brasileiro segue uma política de cunho mais repressivo, ou protecionista, do Estado.

Quanto à ortotanásia, atualmente tramitam os Projetos de Lei nº 3.002/08[15], apensado ao PL nº 6715/2009 e o PL nº 116/00, ambos em defesa da exclusão da ilicitude. O PL nº 3.002/08 define ortotanásia como "suspensão de procedimentos ou tratamentos extraordinários, que têm por objetivo unicamente a manutenção da artificial da vida de paciente terminal, com enfermidade grave e incurável". Autoriza-se a sua prática. A tendência, portanto, é a do reconhecimento expresso da licitude da ortotanásia no Brasil, conferindo-se segurança jurídica ao assunto em questão.

Registre-se que em 17 de setembro de 2009, o Conselho Federal de Medicina aprovou o novo Código de Ética Médica, através da Resolução nº 1931[16], determinado que os médicos são obrigados a prestar cuidados paliativos. A partir disso, *in contrarium sensu*, entende-se que é proibida aos médicos a prática da distanásia e também a eutanásia. O dispositivo, ainda que indiretamente, respalda eticamente a conduta do médico quanto à ortotanásia e representa uma inovação que vem ao encontro dos princípios defendidos pela Constituição Federal, em especial a dignidade da pessoa humana.

6. Conclusão

A vida é um dos direitos mais importantes do ser humano. O direito de viver é uma garantia que supera outros direitos tais como o direito à educação, à moradia, ao lazer, por

[15] Art. 3º. É permitida ao médico assistente a prática da ortotanásia, mediante solicitação expressa e por escrito do doente ou seu representante legal:
I. A solicitação deve ser feita em formulário próprio, datado e assinado pelo paciente ou seu representante legal na presença de duas testemunhas;
II. O médico assistente e outros profissionais que trabalhem nos serviços de saúde onde se interna o paciente não podem atuar como testemunha;
III. A decisão quanto à solicitação de que trata o caput deverá ser proferida por junta médica especializada.

[16] Capítulo V
RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES
É vedado ao médico:
(...)
Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.
Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

exemplo. Viver é pressuposto para outros direitos. A morte, por seu turno, tão mal vista perante a maioria das pessoas também faz parte do ciclo da vida. Para uns é o término, o desfecho de uma história que poderia ser contada eternamente. Para outros, é o começo de uma nova caminhada, que ninguém sabe ao certo como é.

Morrer da forma correta seria realmente morrer no tempo certo, seguindo o curso natural da vida. A isso chamamos ortotanásia. Com o desenvolvimento da sociedade e a inserção dos valores como normas no ordenamento jurídico, a dignidade da pessoa humana surge como um parâmetro para a ação estatal, que, apesar de primar pela vida, não poderá excluir desse processo a dignidade da pessoa, seja no viver, seja no morrer.

Talvez a ideia de que a morte seja "ruim", enquanto a vida, mesmo com tamanho sofrimento, seja "boa", é porque costumeiramente associa-se a morte ao fracasso. A morte é considerada como uma derrota diante de uma doença, das fatalidades da vida ou das próprias aspirações humanas.

O coração do homem tem sede pela eternidade. O fato de encarar a morte com naturalidade significa para muitos a perda de esperança pela vida, como se o indivíduo fosse um desertor, um suicida. Quando o evento morte ocorre após intervenções médicas, não é raro a família queixar-se do profissional da saúde, imputando-lhe toda a responsabilidade pelo óbito do paciente. Para os familiares, alguém precisa ser o culpado, como se isso fosse realmente suprimir a dor da perda pelo ente querido.

Se o paciente morre, todavia, nem sempre isso é consequência da má prestação de serviços pelos médicos, tampouco da derrota do ser humano diante da sede pelo infinito. A morte é o caminho natural da vida. É fato certo, natural. O profissional da saúde deve fazer o possível para preservar o bem-estar físico e moral do paciente, mas conforme as possibilidades existentes. O homem não dá saúde a outrem. O máximo que ele pode fazer é cuidar dela da melhor forma possível.

Decerto que o emprego do termo "melhor forma possível" é um conceito subjetivo e poderá ser interpretado com significados variados. No presente estudo, sem embargo, adota-se uma interpretação à luz dos princípios constitucionais e dos princípios bioéticos, de modo que a "melhor forma possível" de se cuidar de um paciente é zelar pela sua integridade física, sem dispor de sua integridade moral, de seu bem-estar psíquico, da sua dignidade.

No caso do Brasil, há anos que a ortotanásia mostra-se como uma prática comum na sociedade, ainda que não haja previsão expressa quanto à sua licitude. Os médicos, ao

constatarem o quadro clínico do paciente, diante da inevitabilidade do evento morte, desenganam o paciente e passam a empregar cuidados paliativos, para que o moribundo viva o tempo que lhe resta com o mínimo de dor possível ao lado de seus familiares.

O Estado não considera a ortotanásia uma omissão penalmente relevante, dado que o médico, como agente garantidor, deve fazer o que está a seu alcance. A nosso sentir, o alcance do médico não é dar a vida, mas sim zelar por ela. Quando o paciente encontra-se em um quadro clínico irreversível, deve o médico empregar cuidados paliativos, de modo a viabilizar o bem-estar do paciente, oportunizando-lhe viver o tempo que lhe resta de forma digna.

Isso decorre da sua própria obrigação de zelar pela vida, até porque a vida não é apenas compreendida em seu sentido biológico. A vida caminha lado a lado com a dignidade, conforme acima apresentado. A vida deve ser digna. O direito de morrer dignamente não se confunde com o direito à morte. O direito de morrer de forma digna parte do pressuposto da dignidade humana, podendo o homem reivindicar vários direitos e situações jurídicas, como a sua liberdade, direitos da personalidade e autonomia, por exemplo.

Além disso, refere-se ao direito do indivíduo de ter uma morte natural, sem prolongamentos extremamente forçados que, no fim, são inúteis. O direito à morte seria a admissão de intervenções que causam a morte, o que não é permitido no ordenamento jurídico brasileiro, no qual a vida é um direito indisponível. A defesa do direito de morrer dignamente não significa defender qualquer procedimento que cause a morte do paciente, mas de reconhecer a liberdade da pessoa e sua autodeterminação em escolher o que é melhor para si.

Todavia, apesar de que o homem deva ter autonomia sobre sua vida, entende-se válida a ingerência estatal ao coibir condutas em que um terceiro possa por fim a vida de alguém que se encontra em uma situação tão fragilizada diante da vida. A autonomia da vontade não é centrada em uma suposta disponibilidade da vida.

A ortotanásia, por seu turno, não se enquadra nessa situação, pois o terceiro, no caso, o médico, não possui escolhas em deixar o paciente viver ou não. Ele irá morrer, inevitavelmente, ainda que o médico empregue todas as ferramentas possíveis. Não há o que se fazer. A morte é um fato certo. Não há vontade, nem querer.

Contudo, o entendimento acerca da licitude da ortotanásia ainda é muito divergente. Para por término à discussão, o Anteprojeto da reforma do Código Penal descriminaliza a ortotanásia. A nosso ver, isso ocorre não porque a ortotanásia sob a égide da lei vigente seja de fato crime, mas para acabar de uma vez por todas com as dúvidas acerca dessa prática.

Longe de esgotar o tema, e tampouco sem pretensões de fazer apologia à prática eutanásica, conclui-se que a dignidade da pessoa humana, a autonomia da vontade e a liberdade do paciente devem ser respeitadas sob a perspectiva do ordenamento jurídico brasileiro, não somente no que concerne à discussão no âmbito penal, mas também no âmbito da bioética.

O entendimento quanto à ortotanásia transcende a esfera penal para remeter-se aos parâmetros axiológicos constitucionalmente estabelecidos, de modo que resulta não na agressão à vida, mas na defesa desta na plenitude da dignidade humana. Acredita-se que a tendência será o seu reconhecimento expresso pelo sistema legal, haja vista o fortalecimento do sistema de valores, bem como o reconhecimento do caráter normativo dos princípios.

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais.** Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2006.

BBC. Em meio à polêmica, parlamento da Bélgica aprova eutanásia para menores. Disponível em: << http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/02/140213_belgica_aprovada_eutanasia_mdb >>. Acesso em: 01 de abril de 2015.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 4. ed. São Paulo: Malheiros, 1993.

BRASIL. **Código Penal.** Decreto-lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>> . Acesso em 04 de abril de 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada** em 05 de outubro de 1988. Disponível em << http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>>. Acesso em 04 de abril de 2015.

CABETTE, Eduardo Luiz Santos. **Eutanásia e Ortotanásia:** comentários à resolução 1.805/06 CFM. Aspectos éticos e jurídicos. 1ª ed. Curitiba: Juruá Editora, 2011.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal:** Parte especial. Vol. 2. 13. Ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal:** Parte geral. Vol. 1. 13. Ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

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

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual e o biodireito**. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

FOLHA. **Tancredo está à morte.** Disponível em: http://almanaque.folha.uol.com.br/brasil_15abr1985.htm. Acesso em: 02 de abril de 2015.

GOLDIM, José Roberto. **Eutanásia – Holanda.** Disponível em: http//www.bioetica.ufrgs.br. Acesso em: 04 de abril de 2015.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal:** Parte especial. Vol. 2. 9 ed. Rio de Janeiro: Editora Impetus, 2009.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal:** Parte geral. Vol. 1. 10 ed. Rio de Janeiro: Editora Impetus, 2008.

MARMELSTEIN, George**. Curso de direitos fundamentais.** 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MESQUITA, Teobaldo Campos. **Manual de elaboração e apresentação de trabalhos científicos.** 3 ed. Sobral: Edições Universitárias, 2011.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal:** Parte geral e parte especial. 3 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de bioética**. 7 ed. São Paulo: Loyola, 2007.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Fundamentos da Bioética**. 7 ed. São Paulo: Paulus, 1996.

PESSINI, Leo; GARRAFA, Volnei (org). **Bioética:** poder e injustiça. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2004.

RÖHE, Anderson. **O paciente terminal e o direito de morrer.** Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2004.

SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna**: o direito do paciente terminal. Curitiba: Juruá Editora, 2010.

SANTOS FILHO, Euclydes Antonio dos. **A Resolução nº 1805/06 do Conselho Federal de Medicina.** É melhor matar ou deixar morrer*?* Disponível em: www.jusnavigandi.com.br. Acesso em: 30 de março de 2015.

SARLET, Ingo Wolfang. A **eficácia dos direitos fundamentais**. 10ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011**.**

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 31 ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

TESSLER**,** Marga Inge Barth. "**Dignidade da Pessoa Humana, Direitos Fundamentais e Multiculturalismo". Mundo Jurídico**. Disponível em <<http://www.mundojuridico.adv.br/sis_artigos/artigos.asp?codigo=476>>. Porto Alegre: novembro de 2001. Acesso em 28 de dezembro de 2014.