XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA – DF

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

SÉBASTIEN KIWONGHI BIZAWU

MÔNICA NEVES AGUIAR DA SILVA

HERON JOSÉ DE SANTANA GORDILHO

Copyright © 2017 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

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

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
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

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

B615
Biodireito e direito dos animais [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Sébastien Kiwonghi Bizawu; Mônica Neves Aguiar Da Silva; Heron José de Santana Gordilho - Florianópolis: CONPEDI, 2017.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-398-6
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Desigualdade e Desenvolvimento: O papel do Direito nas Políticas Públicas

1.Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Biodireito. 3. Animais. 4.Proteção.
XXVI Encontro Nacional do CONPEDI (26. : 2017 : Brasília, DF).

CDU: 34

CONPEDI

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito
Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA – DF

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

Apresentação

Prezados leitores: a Revista de Direito Animal e Biodireito, apresenta volume 2, número 2, para divulgar trabalhos de pesquisa em Bioética e Direito Animal produzidos pelos programas de pós-graduação do Brasil.

O artigo A INFLUENCIA DA BIOÉTICA NO BIODIREITO, de Lívia Rosa Franco Ferreira e Gustavo Matos de Figueiroa Fernandes, professores da Faculdade de Saúde e Ecologia Humana (MG) abordarão a vedação do non liquet no biodireito brasileiro.

O artigo A REPRODUÇÃO ASSISTIDA POST MORTEM NO DIREITO BRASILEIRO, de Raphael Rego Borges Ribeiro, doutorando em Direito pela Universidade Federal da Bahia (BA), avaliará se a reprodução assistida é compatível com o ordenamento jurídico brasileiro.

O artigo O DILEMA ENVOLVENDO A TESTEMUNHA DE JEOVÁ E A TRANSFUSÃO DE SANGUE: UMA ANÁLISE À LUZ DA BIOÉTICA E DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS, de Marcos Jose Pinto, professor da Universidade federal de Mato Grosso do Sul (MS), analisará o conflito entre os direitos fundamentais da vida e da liberdade religiosa nos casos em recusa a transfusão de sangue por motivos religiosos.

O artigo A RELAÇÃO MÉDICO- PACIENTE NA ATUALIDADE: POR UMA VISÃO ALÉM DO DEBATE ENTRE AUTONOMIA E INFORMAÇÃO, de Marina Carneiro Matos Sillmann, professora da Faculdade de Direito e Ciências Sociais do Leste de Minas gerais (FALESTE-MG) e Marcelo De Mello Vieira, Carlos Alexandre Moraes, PROFESSOR DA FACULDADE DE ESTUDOS ADMINISTRATIVOS DE MINAS GERAIS (MG), vai analisar modelos colaborativos entre os profissionais de saúde e os pacientes,sem que isto represente uma redução de autonomia daqueles que se encontra em situação de vulnerabilidade.

Carlos Augusto Lima Franco, Mestre em Ciências da Religião pela Universidade do Estado do Pará se propõe a analisar, pelo artigo SACRIFÍCIO DE ANIMAIS, PROTEÇÃO AMBIENTAL E LIBERDADE: UM DIÁLOGO POSSÍVEL?, os aspectos constitucionais da prática de sacrifícios animais enquanto manifestação da liberdade religiosa. Procura, ainda,

enfatizar que esta só tem sentido enquanto modo de se determinar em razão da crença, havendo precípua necessidade de respeito às distintas expressões de fé, ainda que não pertencentes à denominada "cultura majoritária".

A revista inicia com o artigo ANIMAIS NÃO-HUMANOS E O INSTITUTO DA GUARDA NO ÂMBITO DO DIREITO DE FAMÍLIA, das professoras Leonora Roizen Albek Oliven e Mery Chalfun, da Universidade Veiga de Almeida (RJ), analizarão a necessidade de reconhecer a natureza jurídica dos animais como sujeito de direitos, atribuindo a guarda responsável em casos de rompimento ou modificação da relação familiar.

O artigo E DIREITO: O AFETO COMO FUNDAMENTO DA FAMÍLIA MULTIESPÉCIE, de autoria da professora Doutora Tereza Rodrigues Vieira, professora do programa de mestrado em Direito da Universidade Paranaense (PR), irá demonstrar a importância dos estudos teóricos e empíricos desenvolvidos pela antrozoologia e sua repercussão jurídica nas discussões sobre a família multiespécie.

O artigo A DESCARACTERIZAÇÃO DA BRIGA DE GALO COMO MANIFESTAÇÃO CULTURAL E O RECONHECIMENTO DA INCONSTITUCIONALIDADE DA LEI FLUMINENSE N. 2.895/1998, de Cleuber Lucio Santos Júnior, mestrando em Direito pela Dom Helder Câmara, que analisará os fundamentos da declaração de inconstitucionalidade da Lei Fluminense n. 2.895/98.

Mayana Sales Moreira, Mestre em Direitos Sociais e Novos Direitos, busca analisar pelo trabalho intitulado "O TESTAMENTO VITAL E O CÓDIGO PENAL BRASILEIRO: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DO SEU CONTEÚDO" quais situações casuísticas permitem ou não a recusa de tratamentos médicos, no sentido de que nem todo conteúdo do testamento vital poderá ser atendido pelo médico, haja vista a necessidade de se analisar sua compatibilidade com o Código Penal Brasileiro que proíbe, por exemplo, a eutanásia.

O artigo A PROBLEMÁTICA DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PET SHOP, MÉDICO E CLÍNICA VETERINÁRIAN PELOS DANOS CAUSADOS AOS ANIMAIS, de Carlos Alexandre Moraes e Marta Beatriz Tanaka Ferdinandi, professores da Faculdade de Direito da UNICESUMAR, analizará a responsabilidade civil dos profissionais que desenvolvem suas atividades em clínicas veterinárias e pets shops, em razão de danos causados aos animais sob os seus cuidados.

A autora Liliana Maria Gomes, em seu artigo intitulado “ANIMAL: SUJEITO OU INSTRUMENTO?”, aborda a relação do homem com os animais não humanos, analisando o

pensamento de autores que tratam do tema, como Peter Singer, apontando a utilização de animais vivos em práticas de ensino superior e em pesquisas científicas. Como conclusão, “os animais podem e devem ser utilizados na pesquisa/educação, porém, não como objetos de estudo, mas enquanto sujeitos, como pacientes, assim como os humanos participam nas pesquisas clínicas, sendo tratados com respeito à sua integridade física e com o mínimo de sofrimento possível.”

DIREITO DO MAR: PESCA E PROTEÇÃO AO ATUM EM ALTO-MAR, da autoria de Cristiana Nepomuceno De Sousa Soares e André de Paiva Toledo, procura analisar a aplicabilidade e efetividade da Convenção de Montego Bay na proteção do Atum Azul da pesca predatória. Cabe, então, ao direito do mar apresentar respostas à preservação de algumas espécies de peixe, considerando que a Conferência das Nações Unidas sobre o Direito do Mar (CNDUM) é um instrumento jurídico internacional, representando um avanço no direito internacional ambiental. Os autores ressaltam a importância da decisão do Tribunal Internacional do Direito do Mar no caso do atum de barbatana azul envolvendo a Austrália e Nova Zelândia contra Japão para preservação desta espécie para o ecossistema marinho e os limites da pesca, colocando o sistema de quotas de pesca como fundamental para a sustentabilidade da exploração econômica dos recursos naturais do alto-mar.

Fernanda Luiza Fontoura de Medeiros e Paloma Rolhano Cabral no DIREITO DOS ANIMAIS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO CONTROLE DE ZOONOSES: UMA CRÍTICA AO TRATAMENTO DA LEISHMANOISE questionam a efetividade dos tratamentos utilizados no Brasil, tendo em vista a existência de condutas alternativas que preservam a vida do animal. Para as autoras, “as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde desrespeitam o preceito de constitucionalidade das ações governamentais e não encontram eco entre as medidas juridicamente aceitáveis para assegurar o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado para as gerações presentes e futuras.”

O problema da possibilidade e limites do uso de técnicas de seleção embrionária é tratado com afinco por Ana Letícia Valladão Giansante e Sérgio Nojiri no título "DESIGNER BABIES: ASPECTOS BIOÉTICOS DA SELEÇÃO EMBRIONÁRIA NA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA". Discutem a possibilidade de uso dessas técnicas estabelecendo uma distinção entre finalidade terapêutica ou não terapêutica. Concluem pela ausência de um critério específico mesmo naquele caso.

Suelen de Souza Fernande, a seu turno, no artigo “OS ANIMAIS, OS ZOOLÓGICOS E O CONFLITO DE DIREITOS” analisa a situação jurídica dos animais no ordenamento jurídico pátrio e sua efetiva proteção. O reconhecimento dos direitos aos animais não humanos afastaria o seu uso da prática cultural de mantê-los presos em zoológico.

CARNIVORISMO E CIÊNCIA: A DOMINAÇÃO MASCULINA PERPETUADA PELO DIREITO é tema do artigo trazido pela mestranda Gabrielle Tabares Fagundez e Paulo Roney Ávila Fagundez. Buscam os autores analisar, criticamente, a subjugação reproduzida pelos hábitos alimentares, ciência e direito sobre os animais, traçando parâmetros comparativos com a dominação realizada sobre as mulheres na sociedade patriarcal.

Isadora Orbage de Britto Taquary, sob o título O DIREITO À MORTE E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA, destaca que a compreensão da morte e do morrer vem sofrendo grandes mudanças no decorrer da história, juntamente com as transformações da sociedade em relação às atitudes frente à morte. Analisa, ainda, os conceitos de morte e sua definição para o fim de compreender a eutanásia, o suicídio assistido , a distanásia e a ortotanásia, averiguando suas esferas no Brasil e buscando a reflexão desses métodos que amenizam o sofrimento à luz da dignidade da pessoa humana.

Aracelli Mesquita Bandolin Bermejo e Rita de Cássia Resquetti Tarifa Espolador estudam os limites da autodeterminação nos negócios biojurídicos e a autonomia bioética a eles aplicada no artigo A AUTODETERMINAÇÃO NOS NEGÓCIOS BIOJURÍDICOS: UMA NECESSÁRIA RELEITURA DA AUTONOMIA PRIVADA SOB O ASPECTO LIBERAL.

Temos a certeza de que o público leitor encontrará nesta versão da Revista material de alto padrão.

Profª. Drª. Mônica Neves Aguiar da Silva (UFBA)

Prof. Dr. Sébastien Kiwonghi Bizawu (Dom Hélder

Câmara) Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho (UFBA)

O DIREITO À MORTE E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

THE RIGHT TO DIE AND THE DIGNITY OF THE HUMAN PERSON

Isadora Orbage de Britto Taquary [1]

Resumo

A compreensão da morte e do morrer vem sofrendo grandes mudanças no decorrer da história, juntamente com as transformações da sociedade em relação as atitudes frente à morte. Assim sendo, o presente artigo analisa os conceitos de morte e sua definição e objetiva-se a compreender a eutanásia, o suicídio assistido, a distanásia e a ortotanásia, averiguando suas esferas no Brasil e buscando a reflexão desses métodos que amenizam o sofrimento à luz da dignidade da pessoa humana.

Palavras-chave: Conceito de morte, Eutanásia, Suicídio assistido, Distanásia, Ortotanásia, Dignidade da pessoa humana

Abstract/Resumen/Résumé

The understanding of death and dying has undergone great changes in the course of history, along with the changes of society in relation to attitudes towards death. Thus, the present article analyzes the concepts of death and its definition and aims to understand euthanasia, assisted suicide, dysthanasia and orthothanasia, ascertaining their spheres in Brazil and seeking to reflect on those methods that ameliorate suffering in the light of the dignity of the human person.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Death concept, Euthanasia, Assisted suicide, Dysthanasia, Orthothanasia, Dignity of the human person

[1] Mestranda em Psicologia da Saúde

I INTRODUÇÃO

A noção de morte é um "conceito inacabado", devido a tecnologia, a medicina tem a possibilidade de prolongar a vida por meios artificiais tornando a morte um processo evolutivo, o qual necessita de uma constatação passo a passo e deixa de ser um evento instantâneo e determinado (MINAHIM, 2000).

Há dois tipos de morte, a morte clínica e a morte biológica. A morte clínica acontece primeiro, está relacionada com o conceito habitual de fim da persona do que com a deterioração celular total, no qual ocorre posteriormente com a autólise após a morte, em que as células que permaneciam vivas sofrem um processo de morte individual por autodigestão enzimática. E a morte biológica se refere as células, tecidos e órgãos, que param de funcionar individualmente resultando na morte do organismo por inteiro, em todos os seus componentes (VILLAS-BÔAS, 2008).

A ciência médica definia a morte, tradicionalmente, como sendo a suspensão da atividade cardiopulmonar, isto é, o coração e os pulmões paravam de funcionar. A ruína do aparelho respiratório leva a falta de oxigenação corporal provocando a morte celular, sendo este o critério de diagnóstico de óbito mais simples de ser verificado em termos clínicos. No entanto, em 1968, Harvard Medical School publicamente redefiniu a morte como "morte encefálica", após o primeiro transplante cardíaco feito pelo cirurgião Christian Barnard, na África do Sul, em 1967. Com isso, os transplantes se tornaram desejados por todo o mundo, a partir disso foi necessário a criação de uma comissão para elaborar critérios com valor científico sobre as bases do diagnóstico de morte encefálica. O produto das deliberações da comissão foi publicado e editado no Journal of the American Medical Association, com o título "A Definition of Irreversible Coma" (COIMBRA, 2009).

A compreensão da morte e do morrer vem sofrendo grandes mudanças no decorrer da história, juntamente com as transformações da sociedade em relação as atitudes frente a morte, progredindo desde uma experiência tranquila e até mesmo desejada na Idade Média para uma experiência cheia de angústia, medo e aflição, devendo ser evitada de qualquer maneira nos dias atuais (SOUZA & BOEMER, 2005).

O processo de morrer gera medo e traz consigo o aspecto do sofrimento indesejável, isto é, a aflição física torna o falecimento um evento agressivo e aversivo. O homem, ao perceber a aproximação da própria morte é levado a rever suas prioridades e os valores de sua existência, tornando a consciência da morte reveladora da insignificância do acúmulo de posses e dos cuidados cotidianos muitas vezes inadequados na vida dos homens (AISENBERG & KASTENBAUM, 1983).

Segundo Kübler-Ross (1978), o homem desde seus primórdios sempre abominou a morte e a repulsará. Com isso, se torna inadmissível para o inconsciente imaginar o fim da vida na terra e, se tem um fim, este é a causa de uma intervenção maligna. Acarretando assim, uma necessidade de se negar a morte, impossibilitando uma transição psicológica ou ritos de passagem para auxiliar aqueles que sofrem a perda, no sentido de mudar a relação com uma pessoa viva para uma relação com uma pessoa morta.

Atualmente, o pluralismo ético se mantem presente na sociedade ocidental, embora seja influenciada por uma cultura cristã não há apenas uma concepção do que é certo ou errado, existindo várias vertentes, permitindo que se reivindique por dignidade diante do sofrimento humano, construindo assim a discussão pelo direito à morte de pacientes terminais (MARTINEZ & BERSOT, 2015).

Os avanços tecnológicos na saúde e a dificuldade existente de encarar a morte, estão extremamente relacionados com as influências morais dominantes de cada sociedade, principalmente no que concerne sobre a eutanásia, suicídio assistido e outras formas de dar fim ao sofrimento e a própria vida, porém minorias defendem a liberdade do indivíduo em decidir sua própria morte (MARTINEZ & BERSOT, 2015).

A partir desse pressuposto o presente artigo objetiva-se a compreender a eutanásia, o suicídio assistido, a distanásia e a ortotanásia, analisando suas esferas no Brasil e buscando a reflexão desses métodos que amenizam o sofrimento a luz da dignidade humana.

2 EUTANÁSIA

Francis Bacon (1605), propôs o termo Euthanásia, significando o alívio do sofrimento de pacientes terminais. A palavra eutanásia tem origem no grego (eu, bem e thánatos, morte) etimologicamente é a “morte calma”, “morte harmoniosa” e “morte sem angústia. Na antiguidade greco-romana, o direito de morrer era reconhecido, permitindo aos doentes terminais sem esperança por um fim em suas vidas e, para isso, obtinham auxílio algumas vezes. No entanto, com o surgimento do cristianismo e a noção da vida sagrada como um dom de Deus que deve ser preservado e cultivado, o direito à morte deixou de ser reconhecido.

Platão, Sócrates e Epícuro compreendiam que o sofrimento causado por uma doença dolorosa justificava o suicídio. Na Europa, indo ao encontro do entendimento dos filósofos, era justificado a eliminação de deficientes, pacientes terminais e portadores de doenças “indesejáveis”, se tornando um instrumento de higienização social. Na Colômbia, em 1997, a

Corte Constitucional definiu que ninguém poderia ser responsabilizado criminalmente por dar fim a vida de um paciente terminal que deu com clareza o seu consentimento. A Colômbia, foi o primeiro país sul americano a instituir o direito à morte, criado em 1999 (MARCELINO,1997; GOLDIM, 2000).

A eutanásia possui diferentes terminologias, a eutanásia duplo efeito que significa a morte acelerada indireta, sendo resultado das ações médicas feitas com o propósito de aliviar o sofrimento do paciente terminal. A eutanásia voluntária, é a morte provocada com o consentimento do paciente, já a eutanásia involuntária, sendo à morte provocada sem o consentimento do paciente. Distanásia, é o prolongamento exacerbado da morte de um paciente, empregada como sinônimo de tratamento inútil. Ortotanásia ou Eutanásia terapêutica, significa a morte no seu tempo certo, é um processo de humanização da morte, aliviando os sinais e sintomas da doença. Neste tipo, não se utiliza recursos que causem maior sofrimento apenas usa-se recursos para zelar por uma pessoa que está morrendo. Por fim, o "suicídio assistido" ocorre quando o paciente requisita a ajuda de outra pessoa para realizar sua morte por não ter condições de fazer sozinho (GOLDIM, 1997).

O processo de morte ainda é pouco compreendido pelos profissionais da saúde como sendo uma parte dos cuidados do paciente e de sua família. Entretanto, a morte faz parte da existência e, cuidar do indivíduo que está morrendo, deveria ser parte da assistência da saúde, visto que a vida não é eterna e que cada momento vivido deve ser valorizado inclusive o processo de morrer (GIROND & WATERKEMPER,2006).

Os paciente acometidos com doenças terminais e seus familiares vivem um estresse permanente devido as incertezas do processo da doença. Devido a essa incerteza ininterrupta a família é levada ao esgotamento emocional, principalmente quando se percebe o paciente sofrendo de dor. A dor é o sofrimento emocional acarretado ao longo desse processo, fazendo com que o paciente e sua família desejem a morte buscando o alívio do sofrimento prolongado (OLIVEIRA & OGASAWARA, 1992).

De acordo com a medicina, a eutanásia representa uma forma de minimizar os sofrimentos de pacientes terminais ou em estado de coma irreversível sem possibilidade de sobrevivência, facilitando a morte ou proporcionando os meios para alcançá-la. Autores como Morache (1904) e Morselli (1933), trazem no conceito de eutanásia a prática de uma morte que visa atenuar os sofrimentos do doente e de seus familiares, visto que a morte será inevitável no ponto de vista médico, ademais, acreditam que, levar a morte à alguém é uma forma de piedade e compaixão.

Na conceituação jurídica, a eutanásia seria o "direito de matar" ou o "direito de morrer", cabido pela justificativa de morte provocada para aliviar os sofrimentos, ou por medida de seleção ou de eugenia. A eutanásia traz a discussão sobre o direito de uma pessoa dar fim a sua vida ou ter o auxílio de outra para tanto. Segundo Francis Bacon, o médico deve ser a pessoa responsável por aliviar os sofrimentos e as dores, mesmo quando esse alívio seja a morte calma. Contudo, este pensamento vai de encontro com a ética médica estabelecida pela tradição de Hipócrates, que impõe ao médico o dever de proteger e preservar a vida humana, jurar abster-se de toda ação ou omissão, com intenção direta e deliberada de dar fim a vida, permitindo ao médico e aos profissionais da saúde causar a morte e influenciando a desconfiança no profissional de saúde pelos pacientes (SANTOS, 1992).

Após o genocídio judeu ocorrido na Segunda Guerra Mundial, a eutanásia começou a ser vista com uma prática que feria os direitos humanos, passando a ser criminalizada, sendo idealizada pela provocação dolosa da morte de alguém. Apesar do objetivo de por fim ao sofrimento e dor do paciente, o ato é considerado crime de homicídio na maioria dos países signatários dos tratados de direitos humanos (SANTOS, 2011, p.80; SÁ, 2005, p. 41).

Nos países como Holanda, Bélgica e alguns Estados americanos, como Oregon, a eutanásia é regulamentada com o preceito de que a vida é um direito e não uma obrigação, evitando a dor e o sofrimento de pessoas sem qualidade de vida, com doenças terminais e incuráveis que causam solidão, angústias, medo e um grande transtorno a família e amigos, permitindo o direito à morte digna (ROCHA, 2014).

No Brasil, a eutanásia vai de encontro com o dever do Estado de assegurar o direito à vida como princípio e valor irrenunciável, o qual nenhum cidadão tem o direito de decidir sobre a própria morte ou de outrem. Além das questões legais, a eutanásia se confronta com os aspectos morais, filosóficos e religiosos (CORVINO, 2013).

O Código Penal Brasileiro – Decreto-Lei nº 2.848/40, em vigor, não traz o entendimento de eutanásia mas no seu artigo 121, § 1º, tipifica o crime de "homicídio privilegiado", no qual "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". No mesmo artigo, a pena para homicídio simples (matar alguém) é de reclusão de seis a vinte anos e, no artigo 122, temos o entendimento do suicídio, em que induzir ou instigar alguém ao suicídio ou prestar auxílio para fazê-lo incide em pena de reclusão de dois a seis anos caso haja consumação do suicídio, ou reclusão de um a três anos, se pela tentativa ocasionar lesão corporal de natureza grave.

O Anteprojeto do Código Penal Brasileiro de 1999, trabalhado pela Comissão nomeada pelo Ministro Íris Rezende, propõem a alteração dos dispositivos da Parte Especial do Código Penal, em que determina ao homicídio a pena de reclusão de seis a vinte anos, distinguindo-se no Anteprojeto dois tipos de eutanásia, a ativa e a passiva. A eutanásia ativa ocorre pelo ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, utilizando-se da misericórdia, sendo ativa no momento em que o agente ministra uma substância capaz de causar a morte instantânea e indolor. E a eutanásia passiva ou indireta ocorre quando acontece o falecimento do paciente, por questões de terminalidade, por ausência de uma ação médica ou pela interrupção de uma medida extraordinária, podendo ser chamada de eutanásia por omissão ou ortotanásia. Assim sendo, os médicos possuirão duas diretrizes de morte assistida, a ativa, que se utiliza de medicamentos para induzir o óbito e a morte assistida passiva ou ortotanásia, sendo a omissão ou a interrupção do tratamento (LIMA NETO, 2003).

> Trata-se, no anteprojeto, da eutanásia e da ortotanásia, com o intuito de aderir tais condutas ao artigo 121, §§ 3º e 4º. O dispositivo ficaria assim:
> Art. 121 [...]
> § 3º - Se o autor do crime é cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente, irmão ou pessoa ligada por estreitos laços de afeição à vítima, e agiu por compaixão a pedido desta, imputável e maior de dezoito anos, para abreviar-lhe o sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave e em estado terminal, devidamente diagnosticados. Pena – reclusão de 2 a 5 anos.
> § 4º- Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial se previamente atestado por dois médicos, a morte como iminente e inevitável, e desde que, haja o consentimento do paciente, ou na sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente ou irmão. – EXCLUSÃO DA ILICITUDE (GUERRA, FILHO, 2005, p.8).

No trabalho realizado por Corvino (2013), percebe-se a dificuldade da tipificação da eutanásia em pacientes terminais com doenças graves no Brasil, devido aos aspectos morais, éticos, ideológicos, humanos e jurídico-legal e por ser uma polêmica social e acadêmico-científica das áreas de Direito e da Saúde. Para a eutanásia ser efetivada, é necessário a participação direta ou indireta de um profissional da saúde, que consequentemente sofrerá algumas sanções na esfera civil, penal, religiosa cultural ou psicológica.

Em 1996, no Congresso Nacional, tramitou o projeto de Lei de número 125/96, referente a legalização da eutanásia no Brasil, de autoria do Senador Gilvam Borges do PMDB do Amapá, no entanto nunca foi levado para votação. No projeto de lei é proposto que a eutanásia seja permitida, desde que haja uma junta de cinco médicos atestando a inutilidade do sofrimento físico ou psíquico do paciente. A eutanásia teria que ser requisitada pelo próprio paciente e, caso o paciente não esteja consciente, a decisão caberá aos seus parentes mais próximos. Porém, o projeto de lei com o tema da eutanásia gera receio aos políticos

devido ao prejuízo eleitoral que pode ser causado pela votação do assunto (LIMA NETO, 2003).

Entretanto, em 2005 o Deputado Osmânio Pereira criou o projeto de lei de número 5058/2005 para definir a eutanásia como crime hediondo, indo de encontro a legalização da mesma ou de punições mais brandas para a prática, sendo o projeto arquivado no mesmo ano em que foi proposto devido a falta de apoio. Em sua justificativa pela criação do projeto afirma que:

> Ao garantir os direitos individuais fundamentais e invioláveis a todas as pessoas, sem qualquer distinção e, portanto, sem distinguir, tampouco, o estágio da vida em que se encontrem, a Constituição Federal cita, em primeiro lugar, o direito à vida. Fá-lo com toda a lógica, posto que, sem esse direito, que é de todos o primeiro, nenhum sentido teriam os demais. […] o objeto deste Projeto é a defesa da vida bem como da Constituição e da soberania do nosso País, contra a "cultura da morte", que vêm tentando nos impor os países estrangeiros onde isso já impera e contra pessoas e entidades que, conscientemente ou não trabalham à serviço desse propósito assassino (BRASIL, 2005, p.3).

3 SUICÍDIO ASSISTIDO

O suicídio assistido se assemelha a eutanásia sendo diversas vezes confundindo com a mesma, devido a sua prática em pacientes portadores de doenças incuráveis ou em estágio terminal que busca o término do sofrimento e da dor pela própria morte. Diferente da eutanásia, o suicídio assistido ocorre por uma atitude do próprio paciente com assistência de um terceiro, através de uma orientação, auxílio ou apenas observação (ROCHA, 2014).

A eutanásia apesar de também ser feita devido a sentimentos de piedade e realizada por terceiros, difere do suicídio assistido, pois o indivíduo sem autorização do paciente terminal decide tirar a vida de outrem, por sua única decisão. O suicídio assistido é decidido pelo próprio paciente, devido a sentimentos de revolta, dor, sofrimento pela sua condição terminal e por não conseguir realizar o suicídio sozinho pede ajuda a alguém para dar fim a sua vida (MARTINEZ & BERSOT, 2015).

O suicídio assistido ocorre por decisão consciente do paciente terminal, por sua doença ser causadora de grande sofrimento, o paciente decide por sua morte assistida. A morte é causada por aquele que da fim a própria vida e o terceiro colabora com o ato, seja prestando informações como também disponibilizando os meios e condições necessárias para a prática do ato (MARTEL, 2010).

Nos países como Holanda, Luxemburgo, Bélgica e Suíça é permitido a prática do suicídio assistido, existindo uma indústria especializada para este tipo de serviço. Nos Estados Unidos, alguns estados também permitem o suicídio assistido (DINIZ, 1991).

Na Holanda, em 12 de abril de 2012 foi publicada a "Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicidio Assistido", em seu artigo 293 estipula que o ato de dar fim a vida de outrem não é passível de pena na medida que for realizada por um médico que satisfaça os seguintes critérios:

> 1) deve haver uma solicitação voluntária e bem pensada da parte do paciente, bem como o médico deve estar convencido de que se trata de uma solicitação voluntária; 2) o paciente deve ser esclarecido sobre a sua doença e as perspectivas de vida; 3) deve-se concluir que não há outra atitude razoável a ser tomada; 4), o médico deve informar a real situação da saúde do enfermo, e ainda, o paciente deve ser informado das consequências de sua escolha (SANTOS, 2011, p. 53).

Em contrapartida, na Holanda ainda é crime a eutanásia, apenas houve a descriminalização do suicídio assistido de pacientes terminais para maiores de 12 anos, ao contrário da Bélgica, que não estabeleceu limites de idade para o suicídio assistido. Já na Suíça, em seu Código Penal, no artigo 115, apenas é considerado crime o auxílio ao suicídio se a motivação for fruto de egoísmo de quem ajudou, tendo como exemplo a motivação no auxílio para se beneficiar com a herança (SANTOS, 2012, p.24-26).

Na Suíça existem três associações ativas fornecedoras de suicídio assistido, a chamada Exit, localizada na Suíça alemã com sede em Zurique e na Suíça francesa em Genebra, fundadas em 1982 e a Dignitas fundada em 1998 em Zurique (COUTO, 2008).

Em 1984, uma campanha da associação Right-to-die (Exit-Deutsche Schweiz) na Suíça defendeu o suicídio assistido, o qual deveria ser feito motivado pelo sentimento altruísta, portanto, se não houvesse motivação egoísta, não haveria implicação legal em auxiliar doentes a cometerem o suicídio. Foi assim que em 1998, surgiu em Zurique na Suíça a Dignitas, uma clínica especializada em suicídio assistido, permitindo que o ato se concretiza-se com segurança, privacidade e na presença de amigos e familiares (DIGNITAS, 2014).

A Dignitas possui requisitos para que seja feito o suicídio assistido, primeiro a pessoa que deseja fazê-lo deve entrar em contato com a Dignitas informando seu desejo. Posteriormente, deve juntar documentos médicos comprovando as questões relacionadas a sua doença terminal e seu prognóstico de saúde. Por fim, é exigido um relatório psicossocial da pessoa, com informações da situação do paciente com os familiares e com o trabalho, sendo a

partir dessas informações a análise do pedido. Quando o pedido não é aceito a Dignitas recomenda a terapia e/ou cuidados paliativos ao paciente (DIGNITAS, 2014).

A Exit também possui critérios para a realização do suicídio assistido, a pessoa deve fundamentar seu pedido em dados médicos confiáveis e revisados e o paciente deve ser portador de doença incurável, com morte previsível e que a doença acarrete sofrimentos psíquicos e físicos intoleráveis, somente após a análise desses fatores é marcado o procedimento (COUTO, 2008).

Atualmente, nos Estados Unidos há cinco estados federados que autorizam o suicídio assistido. O primeiro foi Oregon, em 1994, com a aprovação da Lei sobre a Morte Digna, sendo a primeira lei descriminalizante do suicídio assistido nos Estados Unidos. Em 1999, 33 pessoas solicitaram o suicídio assistido em Oregon, sendo que 27 pessoas morreram após a ingestão de drogas letais fornecidas pelo estado. As outras 6 pessoas faleceram antes de serem submetidas ao suicídio assistido. Para que se consiga a obtenção do suicídio assistido em Oregon a pessoa deve ser adulta, lúcida e capaz, residir em Oregon e a doença deve ser terminal sem perspectiva de cura (GOLDIM, 2010).

No ano de 2009 foi permitido o suicídio assistido em Washington, nos Estados Unidos, sendo o segundo estado com a permissão. Posteriormente, o estado de Montana também permitiu o suicídio assistido, sendo lícito que os médicos prescrevessem doses fatais de medicamentos aos pacientes com expectativa de vida menor que seis meses. Neste caminho, o estado de Vermont, no nordeste dos Estados Unidos, em 2013, permitiu o suicídio assistido, por fim, em 2014, também houve a permissão no estado americano do Novo México (SANTOS, 2011).

Na América do Sul, apenas a Colômbia descriminalizou o suicídio assistido, após decisão da corte suprema do país, sendo lícito esta ação quando o ato for realizado por profissional médico realizando o pedido e com consentimento explicito do paciente terminal. No entanto, no Brasil aquele que prestar assistência ao suicídio será responsabilizado por crime de induzimento, instigação ou auxílio, visto que a vida é considerada um bem jurídico inviolável (ARAÚJO, 2010).

A Organização Mundial da Saúde, realizou em 2014 um estudo que demostrou que o suicídio passou a ser uma epidemia global, matando mais de 800 mil pessoas por ano e 75% desses casos são registrados em países emergentes e pobres. O Brasil é o oitavo país do mundo com maior número de casos de suicídio, com mais de 11.800 em 2012. Observa-se a necessidade do debate sobre o suicídio assistido no ordenamento jurídico brasileiro, visto que

o desejo à morte por parte dos pacientes brasileiros terminais, com imenso sofrimento psíquico e/ou físico, é quase inevitável.

No suicídio, se houver a consumação do fato sem instigação de terceiros, ou seja, por vontade própria do agente, ninguém será responsabilizado pelo ato, ademais, o suicídio tentado, isto é, quando a pessoa não alcança sua intenção inicial de se matar, não é juridicamente punível, reforçando muitas vezes o desejo por tal ato e demonstrando que o direito a vida neste caso não é absoluto (BITTENCOURT, 2011).

Assim sendo, o terceiro que ajudar alguém a cometer suicídio, quando este não for consumado, responderá criminalmente conforme o artigo 122 do Código Penal, mesmo que seja motivado pelo desejo, sentimento de piedade e pelo sofrimento do paciente terminal. Dessa maneira, o suicídio assistido é proibido pelo direito brasileiro, versando nos crimes contra a vida conjuntamente com a eutanásia. Contudo, pelo direito à vida e por seu prolongamento, se permite a distanásia, postergando o sofrimento e dor do paciente terminal, podendo ser caracterizada como crime de tortura, mas sendo velado pelo dever de manter a vida (MARTINEZ & BERSOT, 2015).

4 DISTANÁSIA

A distanásia, de acordo com o Dicionário Aurélio é conceituada como "morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento", tem origem grega, em que o prefixo *dis* significa afastamento, é o prolongamento exacerbado da morte de um paciente. Ela se dá quando a família e a equipe médica decidem por prolongar o tratamento de um paciente terminal, realizando todas as terapias possíveis objetivando-se o prolongamento da vida, sendo chamada também de "obstinação terapêutica" (PESSINI, 2009).

A expressão "obstinação terapêutica" surgiu na França por Jean-Robert Debray, nos anos 50, sendo definida como o comportamento médico que utiliza de processos terapêuticos com danos nocivos maiores que os efeitos da doença (CUYAS, 1987).

Segundo Dogde (2009), a distanásia ocorre pelo uso de todos os meios terapêuticos possíveis, assim como meios experimentais e extraordinários no doente terminal ou incurável que agoniza, sendo que este já não possui condições de resistir ao fim de sua vida. É empregada como forma de prolongar a existência, porém sem expectativas de melhora, eficácia e reversão do estado de saúde.

Ao contrário da eutanásia que busca aliviar o sofrimento, a distanásia permite o prolongamento do sofrimento do paciente, ocorrendo apenas nos casos em que o prolongamento não é capaz de gerar qualidade de vida ao paciente, sendo causada de forma

cruel, promovendo degradação, sofrimento, dor e subtraindo a dignidade do paciente (MARTINEZ & BERSOT, 2015).

A distanásia se tornou um problema ético devido ao progresso técnico-cientifico, que passou a interferir nos processos de morte dos pacientes. A equipe médica assume a responsabilidade pela vida do paciente impedindo que a morte se aproxime, como se a decisão de morte estivesse nas mãos do médico e dos aparelhos (PESSINI, 2009).

Apesar do avanço tecnológico, a morte não se tornou controlável, ao contrário, a morte passou a ser mais temida, mais problemática, mais difícil de lidar, gerando angústias e incertezas. O término da vida para os profissionais de saúde é de difícil aceitação, sentem-se culpados, achando que falharam em manter a vida de seu paciente, mas o direito à vida deve ser respaldado pela morte digna, tornando-se um direito inalienável (PESSINI, 2009).

5 ORTOTANÁSIA

A ortotanásia surgiu para a evitar a distanásia, sua origem é do grego orthós: correta, reto e thanatos: morte, chamada como "boa morte". É a busca pela garantia da qualidade de vida do paciente terminal, sendo desnecessário o prolongamento dos processos de morrer e respeitando a dignidade desse paciente (SWIDEREK, 2007).

Segundo Swiderek (2007), a ortotanásia é um processo de humanização da morte que permite o alívio do sofrimento e a limitação da aplicação da tecnologia terapêutica quando seu uso é desproporcional ao sofrimento, objetivando a melhor qualidade de vida do paciente neste momento final de vida.

No Brasil, de acordo com a Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina e amparo do artigo 1º, inciso III da Constituição Federal, com o estabelecimento do princípio da dignidade humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, é admitida a aplicação da ortotanásia pelo médico para que haja um limite ou até mesmo a suspensão dos tratamentos que estão prolongando a vida do paciente desnecessariamente.

A ortotanásia é o regular exercício da medicina, assim, o médico compreendendo que a morte se aproxima, pode através de recursos tecnológicos da saúde e da evolução da doença, a pedido do paciente, suspender a medicação, não sendo mais necessária a atuação médica que apenas possui a capacidade de prolongar os sofrimentos e com isso a vida desse paciente (SÁ, 2005).

Portanto, a ortotanásia não provoca a morte mas busca o curso natural da doença terminal ou incurável, sem prolongamentos desnecessários, nem intervenções médicas exacerbadas que estão presentes na distanásia. Os tratamentos necessários na ortotanásia são

os cuidados paliativos, os quais buscam amenizar as dores e melhorar a qualidade de vida do paciente quando possível (MARTINEZ & BERSOT, 2015).

De acordo com Villas-Bôas (2009), a restrição de recursos artificiais para a manutenção da vida, quando não benéficos para o paciente, não tipifica crime. O médico, o paciente terminal e a família decidem sobre os tratamentos mais indicados ou não, priorizando sempre a dignidade da pessoa humana.

Apenas o médico poderá determinar a ortotanásia, visto que somente sua autoridade técnica pode diagnosticar a morte do paciente. O médico toma sua decisão baseada na autonomia do paciente, ou seja, o paciente consciente deve opinar sobre os procedimentos a serem realizados nos momentos finais da vida. Nos casos em que o paciente opte por não prolongar a sua vida, querendo esperar pela sua morte natural, deve-se iniciar os cuidados paliativos (assistências para o fim da vida), para se eximir do artigo 135 do Código Penal que trata da omissão de socorro (ROCHA, 2014).

Em 2006, após a aprovação da Resolução 1.805 pelo Conselho Federal de Medicina, o procurador dos Direitos do Cidadão do Distrito Federal, Wellington Oliveira, acreditou que a Resolução estimulava a prática de eutanásia pelos médicos. Com isso, Wellington Oliveira entrou com uma Ação Civil Pública na 14º Vara Federal do Distrito Federal, obtendo liminar que suspendia a Resolução 1.805. Entretanto, a procuradora Luciana Loureiro Oliveira, sucessora do procurador Wellington Oliveira, interpretou de forma contrária a questão, fundamentada pelo princípio constitucional da autonomia funcional, solicitou à Justiça que julgasse improcedente a ação proposta pelo Ministério Publico Federal (BRASIL, 2007).

Em 2010, o juiz de direito Roberto Luis Luchi Demo, responsável pela 14º Vara Federal do Distrito Federal, entendeu que não existe ilegalidade na suspensão do tratamento de pacientes terminais, acatando a nova posição do Ministério Público Federal, julgando improcedente a ação proposta anteriormente, autorizando pela sua decisão a ortotanásia (BRASIL, 2007).

O Conselho Federal de Medicina com o propósito de não ocorrer mais divergências, propôs em 2009 a Resolução 1.931, que entrou em vigor em 2010, a qual proíbe a eutanásia concomitante com o artigo 41 e autoriza a ortotanásia amparada pelo Código Penal em seu artigo 23. No entanto, a decisão do juiz da 14º Vara do Distrito Federal não possui efeito vinculante, permanecendo aberta a discussão, visto que há doutrinadores que interpretam as Resoluções de número 1.805 de 2006 e a de número 1.931 de 2009 inconstitucionais, no tocante que as Resoluções contrariam o direito constitucional à inviolabilidade da vida. Assim sendo, o médico que praticar ortotanásia pode responder por homicídio privilegiado, chamado

também de homicídio piedoso ou terapêutico, presente no artigo 121 no parágrafo 3º do Código Penal (NUCCI, 2010).

A Comissão responsável pela elaboração do Anteprojeto de Reforma do Código Penal, em trâmite no Congresso Nacional, prevê a ortotanásia como causa de excludente de ilicitude. Entretanto, mesmo com a sua aprovação, poderia se questionar a presença de vício de inconstitucionalidade como também o direito da família e do médico decidirem pela vida do paciente, na medida em que, atualmente, apenas o paciente é possuidor deste direito (PIERANGELLI, 1989).

6 DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A proteção e a valorização da vida humana se tornaram fundamentais, após a Segunda Guerra Mundial, permitindo que o direito à vida obtivesse grande relevância na história e na cultura ocidental, sendo exemplificado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, no seu artigo 3º, versando que toda pessoa possui direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal. O Pacto de São José da Costa Rica, editado pela Organização dos Estados Americanos, em 1969, no seu artigo 4º, inciso 1º, também demonstra a magnitude que o direito à vida obteve, abordando que o direito à vida deve ser protegido pela lei, em geral, desde da concepção, não permitindo que ninguém seja privado de sua vida arbitrariamente (MARTEL, 2010).

O direito à vida possui valor simbólico, é um direito inerente ao ser humano, não sendo necessário seu reconhecimento expresso. Entretanto, no Brasil, este direito somente se fez presente na Constituição Federal da República de 1988, em seu artigo 5º, porém, desde 1830, é atribuída pena de homicídio (SWIDEREK, 2007; SANDEL, 2012).

No Brasil, a decisão adotada pelo Supremo Tribunal Federal que permite o aborto em casos de anencefalia, mostra que o direito à vida não é absoluto. Não há no sistema constitucional brasileiro direitos e garantias fundamentais que tenham caráter absoluto. Na Carta Constitucional de 1988, há uma restrição ao direito à vida, permitindo que se institua a pena de morte em casos de guerra declarada (BRASIL, 2012).

Assim sendo, o direito à vida deve ser protegido, mas não de forma absoluta, pois os próprios tribunais como o ordenamento jurídico brasileiro apontam suas limitações, em situações excepcionais. Como no caso da dignidade da pessoa humana, o direito à vida deve estar presente em toda a existência do indivíduo, desde o nascimento até a sua morte (MARTINEZ & BERSOT, 2015).

A dignidade humana, é o direito que a pessoa possui de ter suas necessidades reconhecidas como personalíssimas essenciais e com valor existencial intrínseco. A dignidade é um substrato, essencial para a concretização da vida, dos direitos fundamentais e dos direitos humanos, é a capacidade de cada indivíduo decidir sobre sua escolhas e caminhos (DWORKIN, 2009; MARTEL, 2010).

> Assim sendo, temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, nesse sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos (SARLET, 2008, p.63).

Dessa forma, a dignidade da pessoa humana deve estar presente ao longo da vida do cidadão, sendo a dignidade a caracterização da qualidade de vida. O indivíduo que perde sua dignidade, por motivo de doença terminal ou incurável, não deveria ser obrigado a prolongar seu sofrimento, muito menos a viver em uma situação deplorável, cruel ou próxima a tipificação de tortura (MARTINEZ & BERSOT, 2015).

7 CONCLUSÃO

A noção de morte é um "conceito inacabado", porém, com a tecnologia, a medicina tem a possibilidade de prolongar a vida por meios artificiais tornando a morte um processo evolutivo, o qual necessita de uma constatação passo a passo e deixa de ser um evento instantâneo e determinado.

Há dois tipos de morte, a morte clínica e a morte biológica. A morte clínica acontece primeiro, está mais relacionada com o conceito habitual de fim da persona do que com a deterioração celular total, a qual ocorre posteriormente com a autólise, após a morte, em que as células que permaneciam vivas sofrem um processo de morte individual por autodigestão enzimática. E a morte biológica se refere as células, tecidos e órgãos, que param de funcionar individualmente, resultando na morte do organismo por inteiro, em todos os seus componentes.

A compreensão da morte e do morrer vem sofrendo grandes mudanças no decorrer da história, juntamente com as transformações da sociedade em relação as atitudes frente a morte, progredindo desde uma experiência tranquila e até mesmo desejada na Idade Média para uma experiência cheia de angústia, medo e aflição, devendo ser evitada de qualquer maneira nos dias atuais.

O processo de morrer gera medo e traz consigo o aspecto do sofrimento indesejável, isto é, a aflição física torna o falecimento um evento agressivo e aversivo. O homem, ao perceber a aproximação da própria morte, é levado a rever suas prioridades e os valores de sua existência, tornando a consciência da morte reveladora da insignificância do acúmulo de posses e dos cuidados cotidianos muitas vezes inadequados na vida dos homens.

Na conceituação jurídica, a eutanásia seria o "direito de matar" ou o "direito de morrer", cabido pela justificativa de morte provocada para aliviar os sofrimentos, ou por medida de seleção ou de eugenia. A eutanásia traz a discussão sobre o direito de uma pessoa dar fim a sua vida ou ter o auxílio de outra para tanto. Segundo Francis Bacon, o médico deve ser a pessoa responsável por aliviar os sofrimentos e as dores, mesmo quando esse alívio seja a morte calma. Contudo, este pensamento vai de encontro com a ética médica estabelecida pela tradição de Hipócrates, que impõe ao médico o dever de proteger e preservar a vida humana, jurar abster-se de toda ação ou omissão, com intenção direta e deliberada de dar fim a vida, permitindo ao médico e aos profissionais da saúde causar a morte e influenciando a desconfiança no profissional de saúde pelos pacientes.

A eutanásia possui diferentes terminologias, são elas: a eutanásia duplo efeito, que significa a morte acelerada indireta, sendo resultado das ações médicas feitas com o propósito de aliviar o sofrimento do paciente terminal; a eutanásia voluntária sendo a morte provocada com o consentimento do paciente e, por último, a eutanásia involuntária que é à morte provocada sem o consentimento do paciente.

A distanásia, é o prolongamento exacerbado da morte de um paciente, empregada como sinônimo de tratamento inútil. Já a ortotanásia ou eutanásia terapêutica, significa a morte no seu tempo certo, é um processo de humanização da morte, aliviando os sinais e sintomas da doença. Neste tipo, não se utiliza recursos que causem maior sofrimento, apenas usa-se recursos para zelar por uma pessoa que está morrendo.

Por fim, temos o "suicídio assistido", em que o paciente requisita a ajuda de outra pessoa para realizar sua morte por não ter condições de fazer sozinho. Ocorre por decisão consciente do paciente terminal, devido ao grande sofrimento causado por sua doença, decidindo por sua morte assistida. A morte é causada por aquele que da fim a própria vida e o terceiro colabora com o ato, seja prestando informações, disponibilizando os meios e condições necessárias até a prática.

No Brasil, a eutanásia vai de encontro com o dever do Estado de assegurar o direito à vida como princípio e valor irrenunciável, no qual a nenhum cidadão cabe o direito de decidir

sobre a própria morte ou de outrem. Além das questões legais, a eutanásia se confronta com os aspectos morais, filosóficos e religiosos.

A proteção e a valorização da vida humana se tornaram fundamentais, após a Segunda Guerra Mundial, permitindo que o direita à vida obtivesse grande relevância na história e na cultura ocidental, sendo exemplificado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, no seu artigo 3º, versando que toda pessoa possui direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal. O Pacto de São José da Costa Rica editado pela Organização dos Estados Americanos, em 1969, no seu artigo 4º, inciso 1º, também demostra a magnitude que o direito à vida obteve, abordando que o direito à vida deve ser protegido pela lei, em geral, desde da concepção, não permitindo que ninguém seja privado de sua vida arbitrariamente.

Assim sendo, o direito à vida deve ser protegido, mas não de forma absoluta, pois os próprios tribunais e ordenamento jurídico brasileiro apontam suas limitações, em situações excepcionais. Como no caso da dignidade da pessoa humana, o direito à vida deve estar presente em toda a existência do indivíduo, desde o nascimento até a morte.

A dignidade humana é o direito que a pessoa possui de ser reconhecida com suas necessidades humanas, personalíssimas essenciais e com valor existencial intrínseco. A dignidade é um substrato, essencial para a concretização da vida, dos direitos fundamentais e dos direitos humanos, é a capacidade de cada indivíduo decidir sobre sua escolhas e caminhos.

O processo de morte ainda é pouco compreendido pelos profissionais da saúde como sendo uma parte dos cuidados do paciente e de sua família. Entretanto, a morte faz parte da existência, e cuidar do indivíduo que está morrendo deveria ser parte da assistência da saúde, visto que a vida não é eterna e que cada momento vivido deve ser valorizado inclusive o processo de morrer.

Por fim, o indivíduo que está em processo de morte, acaba por perder sua dignidade, sua identidade, sua liberdade e seus direitos, além de sua saúde para usufruir dos mesmos, por isso, se torna questionável até quando a pessoa deve sofrer com sua doença para que, enfim, ela tenha uma morte digna.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, W. B. C. **Termo em consentimento em eutanásia**.Dissertação (Mestrado em Direito Negocial). Programa de Pós Graduação em Direito Negocial. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

AISENBERG, R; KASTENBAUM, R**. Psicologia da morte.** São Paulo: Pioneira, 1983.

BACON, Francis. **The proficience and advancement of learning, divine and human** (1605). The Philosophical Works of Francis Bacon. Routledge, London, 1905.

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

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM n° 1.805/2006.** Disponível em:<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/ cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 15 de dezembro de 2016.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848/1940.** Código Penal. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br. Acesso em 12 de julho de 2016.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 125,** 1996.
BRASIL, Senado Federal. **Projeto de Lei nº 5058**, 2005.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Acórdão da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental**. n. 54. Relator: MELLO, Marco Aurélio Mendes de Farias. Publicado no DJ de 22-12-2012. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID= 3707334> Acesso em: 15 de dezembro de 2016.

COIMBRA, Cícero Galli. 2009 Disponível em: http://www.unifesp.br/dneuro/morteencefalica.php. Acesso em: 10 jul. de 2016.

CONVENÇÃO AMERICANA DOS DIREITOS HUMANOS**. Pacto de São José da Costa Rica, 1969**. Disponível em: < http://www.pge. sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose. htm>. Acesso em: 15 de dezembro de 2016.

CORVINO, J. D. F. **Eutanásia: um novo paradigma**. 2013.

COUTO, R. C. **Mitos e realidades sobre o suicídio assistido na Suíça**, 2008. Disponível em: <http://www.swissinfo.ch/por/eleitor-rejeita-restri%C3A7%C3%B5es-a-suic%C3%. Acesso em: 15 de dezembro de 2016.

DIGNITAS. **Who is Dignitas**. Disponível em: <http://www.dignitas. ch/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=1&lang=en>. Acesso em 15 de dezembro de 2016.

DINIZ, Maria Helena. O Estado Atual do Biodireito. São Paulo: Saraiva, 2002, p. 320-321. FERRAZ, Sergio. Manipulações Biológicas e Princípios Constitucionais: uma introdução. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 1991, p. 70-71.

DOGDE, Raquel Elias Ferreira. Eutanásia – Aspectos Jurídicos. Revista Bioética. 2009.

DWORKIN, Ronald. Domínio da Vida: Aborto, eutanásia e liberdades individuais.

São Paulo: Martins Fontes, 2009.

GIROND, J.B.R., WATERKEMPER, R. **Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos compreendendo conceitos e inter-relações.** Cogitare Enferm. v. 11 n. 3, set/dez, 2006.

GOLDIM, J.R**. Breve histórico da eutanásia** (série online). Disponível em http://www.bioetica.ufrgs.br/euthist.htm. 2000. Acesso em 11de julho de 2016.

GOLDIM, J. R. **Suicídio assistido** (série online). Disponível em: em:http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/suicass.htm. 1997-98. Acesso em 11 de julho de 2016.

GOLDIM, J. R. **Suicídio Assistido** – Oregon EEUU. 2010. Disponível em: < http://www.bioetica.ufrgs.br/eutanore.htm>. Acesso em: 15 de dezembro de 2016.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth; COELHO, Ana Maria. **Morte, estágio final da evolução**. Editora Record, 1978.

LIMA NETO, L. I. d. **A legalização da eutanásia no Brasil**. Jus Navigandi, Teresina, ano, v. 7, 2003.

MARCELINO, S.M.R. **Cuidando do paciente com câncer avançado em casa – acompanhamento por telefone**. Florianópolis (SP): Universidade Federal de Santa Catarina.1997.

MARTEL, Letícia de Campos Velho. Direitos Fundamentais Indisponíveis – Os limites e os padrões do consentimento para a autolimitação do direito fundamental à vida. Tese (Doutorado em Direito Público) – Programa em Pós-graduação em Direito Público, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: 2010.

MARTINEZ, S. R ; BERSOT, L. G. **Análise crítica da proibição do suicídio assistido no Brasil.** Revista Argumenta, n. 23, p. 283, 2015.

MINAHIM, Maria Auxiliadora. **Ainda sobre Biotecnologia e Direito Penal**. Revista dos Mestrandos em Direito Econômico da UFBA, Salvador, n. 8, jan/dez. 2000.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**. Declaração universal de direitos humanos**. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/11cndh/site/pndh/sis_int/onu/convencoes/Declaracao%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos-% 201948.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2016.

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

MORACHE, Georges Auguste. **Naissance et mort**. Alcan, 1904.

MORSELLI, G. E. **Tumors on the left temporal lobe.** The Journal of Nervous and Mental Disease, v. 78, n. 1, p. 86, 1933.

NUCCI, G. d.S. **Código Penal Comentado**. São Paulo. Editora Revista dos Tribunais, 10º ed. 2010.

OLIVEIRA, M. A.P; OGASAWARA, M. **Contribuição para uma postura humana em situação que se relaciona com a morte.** Rev. Esc. Enferm. USP 1992; 26(3):365-78.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**. Preventing suicide – A global imperative**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 15 de dezembro de 2016.

PESSINI, L. **Distanásia: até quando investir sem agredir?**. Revista Bioética, v. 4, n. 1, 2009.

PIERANGELI, J.H. **O consentimento do ofendido na teoria do delito.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.

ROCHA, R. d. **Eutanásia, Suicídio Assistido, Distanásia, Ortotanásia e Testamento Vital: Aspectos Éticos e Jurídicos Acerca da Morte Digna**. Jus Humanum: Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas e Sociais, v. 1, n. 3, p. 141-162, 2014.

SÁ, M. d. F. F. **Direito de Morrer: eutanásia, suicídio assistido**. 2.ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

SANDEL, M. J. **Justiça O que é fazer a coisa certa**. 6.ed. Rio deJaneiro: Civilização Brasileira, 2012.

SANTOS, M. C. C. L. **Transplante de Órgãos e Eutanásia.** São Paulo: Saraiva, 1992.

SANTOS, S. C. P. **Eutanásia e suicídio assistido: o direito e a liberdade de escolha**. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2011.

SANTOS, L. F. **Hoje não posso, é o dia que o meu pai escolher para morrer: A morte voluntária assistida na cultura ocidental do século XXI**. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, 2012, n. 22, p. 7.

SARLET, I. W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 6. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2008.

SOUZA, L. G. A; BOEMER, M. R. **O cuidar em situação de morte: algumas reflexões.** Medicina Ribeirão Preto, 38(1), 49-54. (2005).

SWIDEREK, L. **Em busca da morte digna: uma análise jurídico-penal.**Porto Alegre: Tese domínio público, 2007.

VILLAS-BÔAS, M. E. **A morte encefálica como critério de morte**. Revista do Programa de Pós-graduação em Direito da UFBA, Salvador, n. 17, p. 33-56, jan/dez. 2008.2, p. 43.

VILLAS-BÔAS, M. E. **A ortotanásia e o direito penal brasileiro**. Revista Bioética. Vol. 16, n° 01.2009.