

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ
GRADUAÇÃO EM DIREITO

EDIELSON DE MELO OLIVEIRA

EUTANÁSIA:
ASPECTOS SOCIAIS E COMPAIXÃO EM RESPEITO À DIGNIDADE DA PESSOA
HUMANA

SANTA RITA

2021

EDIELSON DE MELO OLIVEIRA

EUTANÁSIA:
ASPECTOS SOCIAIS E COMPAIXÃO EM RESPEITO À DIGNIDADE DA PESSOA
HUMANA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Direito do Departamento de Ciências
Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, como
exigência parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^a Silvana Aranha Trigueiro Carlini

SANTA RITA

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

O48e Oliveira, Edielson de Melo.

Eutanásia: aspectos sociais e compaixão em respeito à dignidade da pessoa humana / Edielson de Melo Oliveira.

- Santa Rita, 2021.

84 f.

Orientação: Silvana Aranha Trigueiro Carlini.

Monografia (Graduação) - UFPB/CCJ/DCJ.

1. Eutanásia. 2. Morte digna. 3. Autonomia. 4. Testamento vital. I. Carlini, Silvana Aranha Trigueiro. II. Título.

UFPB/CCJ-SANTARITA

CDU 34

EDIELSON DE MELO OLIVEIRA

EUTANÁSIA:
ASPECTOS SOCIAIS E COMPAIXÃO EM RESPEITO À DIGNIDADE DA PESSOA
HUMANA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas da
Universidade Federal da Paraíba, como exigência
parcial para a obtenção do título de Bacharel em
Ciências Jurídicas.

Orientadora: Profª Silvana Aranha Trigueiro Carlini

Banca Examinadora:

Data de Aprovação: _____

Prof.

Examinador 2

Examinador 3

AGRADECIMENTOS

Ao Deus em que eu acredito e sirvo o qual me capacitou, dando sabedoria e paciência nesta jornada.

Aos meus pais que se empenharam durante a vida para que eu tivesse a melhor educação possível.

Aos familiares e amigos que por algum momento acreditaram, e aqueles que também descreditaram, pois todos tiveram a sua importância.

Aos amigos que não irei citar os nomes, mas sabem que estiveram sempre apoiando e torcendo pelo sucesso.

A todas as professoras e professores que durante a minha vida deixaram aprendizados, compartilhando conhecimentos e contribuindo para minha formação pessoal e profissional.

As professoras que estiveram em minha banca e as contribuições dadas para o trabalho.

Em especial agradeço a senhorita Rafaella Ferreira por toda ajuda, conselhos, reclamações, pelo incentivo dado durante todo o processo e por estar comigo nos bons e maus momentos. Gostaria também de te agradecer por me agraciar com seu amor e companheirismo.

RESUMO

O exposto trabalho monográfico amplia a discussão sobre a legalização da prática da eutanásia na legislação brasileira, em defesa de alterações no Código Penal vigente, tendo em vista o princípio da dignidade da pessoa humana, alcançado em suas decisões. A pesquisa tem por objetivo destacar as necessidades da legalização da eutanásia no Brasil, sob o argumento de princípios constitucionais e bioéticos, avaliando problemáticas atuais, nas quais buscam obter a análise que se adeque ao intuito de lidar com a morte de forma mais digna, sem traçar aspectos religiosos, culturais, sociais ou judiciários, ao decorrer do processo decisório. A pesquisa adota um formato bibliográfico, tendo por base autores renomados que retratam a figura da prática da eutanásia na sociedade.

Palavras-chave: Eutanásia. Morte digna. Autonomia. Testamento vital.

ABSTRACT

The monographic work expands the discussion on the legalization of the practice of euthanasia in the Brazilian legislation, in defense of changes in the existing Penal Code, in view of the principle of human dignity, achieved in its decisions. The research aims to highlight the needs of validating euthanasia in Brazil, under the argument of constitutional and bioethical principles, evaluating current problems, in which they seek to obtain the analysis that fits the intention of dealing with death in a more dignified manner, without tracing religious, cultural, social or judicial aspects, throughout the decision-making process. The research adopts a bibliographic format, based on renowned authors who portray the practice of euthanasia in society.

Keywords: Euthanasia. Decent death. Autonomy. Living Will.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 ASPECTOS GERAIS DA EUTANÁSIA.....	12
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO.....	12
2.2 DIREITO DE MORRER.....	12
2.3 FUNÇÃO ATIVA DA EUTANÁSIA.....	14
2.4 REALIZAÇÃO DO PROCESSO EUTANÁSICO.....	15
3 MODO DE ATUAÇÃO: PRÁTICA DA EUTANÁSIA E VONTADE DO PACIENTE.....	16
3.1 EUTANÁSIA ATIVA E PASSIVA.....	16
3.2 ASPECTOS DE INTENÇÃO DIRETA E INDIRETA, NA PRÁTICA DA EUTANÁSIA.....	17
3.3 VONTADE DO PACIENTE: VOLUNTÁRIA, NÃO VOLUNTÁRIA E INVOLUNTÁRIA.....	18
3.4 FINALIDADE DA EUTANÁSIA: LIBERTADORA, ELIMINATÓRIA, ECONÔMICA E SOLIDÁRIA.....	19
3.5 EUTANÁSIA SOCIAL OU MISTANÁSIA.....	20
4 EUTANÁSIA E AS RELIGIÕES MUNDIAIS.....	22
4.1 A RELIGIOSIDADE EM DIVERSOS CONTEXTOS.....	22
4.1.1 CRISTIANISMO E EUTANÁSIA.....	23
4.1.2 FÉ E EUTANÁSIA.....	24
4.1.3 JUDAÍSMO E EUTANÁSIA.....	25
4.1.4 PERSPECTIVA JUDÁICA.....	26

4.1.5 ISLAMISMO E EUTANÁSIA.....	27
4.1.6 FÉ ISLÂMICA.....	27
4.1.7 BUDISMO E EUTANÁSIA.....	28
4.1.8 CRENÇA BUDISTA.....	31
4.1.9 ESPIRITISMO E EUTANÁSIA.....	31
4.2 SEMELHANÇA SOBRE BUDISMO E O ESPIRITISMO.....	33
4.3 RELIGIÕES AFRO-BRASILEIRAS	34
4.4 RELIGIÃO E SOCIEDADE.....	36
4.4.1 ARGUMENTOS E CONTRA-ARGUMENTOS DA RELIGIÃO ACERCA DA EUTANÁSIA.....	37
4.5 A DOR COMO PARTE DA VIDA.....	38
5 DISTINÇÃO ENTRE SUICÍDIO ASSISTIDO, DISTANÁSIA, ORTOTANÁSIA E EUTANÁSIA.....	39
5.1 EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO.....	39
5.2 EUTANÁSIA E DISTANÁSIA.....	40
5.3 EUTANÁSIA E ORTOTANÁSIA.....	44
6 ENQUADRAMENTO LEGAL DA EUTANÁSIA NO BRASIL.....	48
6.1 DEFESA À EUTANÁSIA.....	49
6.2 MODELOS REFERENTES A EUTANÁSIA.....	49
6.3 ORDENAMENTO JURÍDICO	51
7 A NECESSIDADE DE REGULAMENTAÇÃO LEGAL DA MATÉRIA.....	53
7.1 LEGITIMAÇÃO DA EUTANÁSIA E ORTOTANÁSIA.....	53
7.2 NOVO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO E A EUTANÁSIA.....	57

7.3 INDUZIMENTO, INSTIGAÇÃO OU AUXÍLIO AO SUICÍDIO.....	59
8 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE.....	61
8.1 OPTAR POR UMA DECISÃO.....	61
8.2 TESTAMENTO VITAL.....	65
8.3 MANDATO DURADOURO.....	70
8.4 EFEITOS DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS.....	73
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
10 REFERÊNCIAS.....	78

1 INTRODUÇÃO

Ao tratar de observações realizadas a partir do destino no qual pode ser traçado, a frase descrita na Capela dos Ossos em Évora, Portugal “*Nós ossos que aqui estamos pelos vossos esperamos*” ou até mesmo a frase do cemitério de Paraibuna, São Paulo, Brasil que diz: “*Nós que aqui estamos por vós esperamos*”, servem para retratar que a vida irá findar-se e independente da forma, o fim chegará, variando apenas em relação à crença adotada pelo indivíduo acerca da terminalidade da vida. Ou seja, a morte continua sendo inevitável, mesmo com os avanços da ciência.

Embora seja citada como um tema interligado à morte, a eutanásia é apresentada em modalidades no que diz respeito à vida e a sua terminalidade, conceituando, exemplificando e diferenciando cada instituto, de acordo com a sua forma de atuação. Ao que se refere às decisões nas quais envolvem a eutanásia, esta prática, em países como, Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suíça, Reino Unido, Colômbia, Canadá e Estados Unidos, poderão ser solicitados por indivíduos os quais almejam de forma clara e objetiva, a garantia de suas diretivas antecipadas de vontade, nas quais deverão ser respeitadas e seguidas pelo Estado, como também, pela equipe médica responsável pelo indivíduo (CASTRO et al., 2016).

Partindo do pressuposto de que a morte é um inevitável para todos os seres, o presente trabalho tem por objetivo demonstrar as pesquisas nas quais foram evidenciados os aspectos finais da vida humana. A partir disso, teve-se como foco principal, a prática da eutanásia e as discussões sobre a morte e o destino dos que vivem.

No decorrer deste trabalho acadêmico, será destacado o objetivo na defesa do instituto da eutanásia e serão abordados os fundamentos necessários de conceitos favoráveis e contrários para a prática e aceitação na Constituição brasileira. Com isso, será exposta de forma pontuada, a prática da eutanásia em diversos aspectos sociais, relacionando os aspectos éticos, religiosos e jurídicos.

Como método de procedimento, foi escolhido o método bibliográfico, tendo como base e fundamento, a análise de autores renomados, os quais são especialistas nas crenças sobre a prática da eutanásia, em perspectivas de aceitação e negação, como também, artigos publicados os quais verificaram a multidisciplinaridade entre a temática, fazendo com que pudesse manter o objetivo final e uma contextualização no que se refere a perspectiva ética, social, cultural, médica, religiosa e jurídica.

Portanto, o resultado da pesquisa acadêmica está apresentada como monografia, a partir da compilação dos fundamentos de autores relacionados a esta abordagem, nos quais dissertaram sobre o tema proposto, buscando apresentar a defesa da temática e a legalização da prática da eutanásia no Ordenamento Jurídico Brasileiro.

Em vista disso, o presente trabalho irá expor as ideias por meio de oito capítulos. O primeiro capítulo irá retratar os aspectos gerais da eutanásia, abordando o contexto histórico e temas correlacionados. No segundo capítulo, foi destacado o modo de atuação da prática e classificação da eutanásia, além de um elo profissional e individual, na qual abordará as modalidades da eutanásia. O terceiro, aborda a eutanásia em diversos segmentos religiosos mundiais.

Ao decorrer do quarto capítulo, será apresentada a distinção entre o suicídio assistido, a distanásia, a ortotanásia e a eutanásia. Na quinta parte, foi desenvolvido o enquadramento legal da eutanásia no Brasil. No sexto capítulo, serão apresentados argumentos favoráveis à necessidade da regulamentação legal da matéria. O oitavo capítulo aborda sobre os aspectos das diretivas antecipadas de vontade e como poderão ser utilizadas no instituto da eutanásia.

2 ASPECTOS GERAIS DA EUTANÁSIA

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

Temáticas sobre a morte são debatidas desde a antiguidade aos dias atuais. A vida e a morte propagam dúvidas nas sociedades com o decorrer dos séculos, o mistério de seu início e fim, além do poder e dos direitos sobre elas. Nos casos em que a morte é solicitada pela própria vítima, há discussões e polêmicas, acerca do acontecido. (SOARES, 1997).

Discussões sobre o percurso da morte promoveu debates sociais; a partir disso, foi empregada pela primeira vez, a terminologia “Eutanásia”, pelo fundador da ciência moderna, Francis Bacon (1561 – 1626), durante o século XVII. (DINIZ, 2003). Estas nomenclaturas detêm a origem em uma composição proveniente do grego, com a junção do *eu* (bem) e *thanatos* (morte), ampliando um conceito de boa morte, morte piedosa, morte suave, nos quais são classificados em significados como: morte apropriada, morte piedosa ou morte benéfica. (SÁ *et al.*, 2011).

Em prova disto, nos primórdios, a eutanásia não era vista como uma forma de interferir diretamente no curso natural da morte, não era um meio utilizado para facilitar um menor período de vida dos seres. Porém, como um processo intencional para permitir que a morte ocorresse da melhor forma possível, ou seja, que a morte sucedesse de maneira menos dolorosa. (BORGES, 2001).

A eutanásia realiza um papel ativo no que se refere ao encurtamento da vida; havendo uma quebra do curso natural do término da vida, prevenindo o paciente de uma futura morte dolorosa. (COLE *et al.*, 1975).

O acompanhamento moral e espiritual do enfermo é o que o levaria a uma boa morte. Uma assistência exerceria a função de guiar o caminho que possibilitaria ao enfermo em estado terminal, uma quietude acerca de sua moral e da parte espiritual, findando a sua vida com uma morte digna. (DIJON, 1982). Com o decorrer do tempo, a aplicação da eutanásia foi modificada, ampliando novos entendimentos da atualidade.

2.2 DIREITO DE MORRER

É possível compreender a perspectiva do direito à morte, através de relatos descritos sobre as causas das mortes de pessoas com um grande conhecimento e destaque social; o

exemplo do médico neurologista, psiquiatra e fundador das abordagens psicanalíticas e da psicodinâmica Sigmund Schlomo Freud (1856 – 1939). Após inúmeras tentativas para controlar um câncer de maxilar, o qual o acometia há dezesseis anos, Sigmund solicitou a morte digna, ao médico e amigo, Max Schur (1897 – 1969), o qual realizou o procedimento, aplicando duas injeções de morfina; posteriormente, declarou óbito a de Sigmund Freud, aos 83 anos de idade.

Em contrapartida, declarações em referência ao direito de morrer transcorrem em oposições com bases em conceitos de que a vida é um bem indispensável, na qual deverá ser usufruída de forma positiva, vista socialmente como uma continuação do fôlego da vida, sem considerar atentados diretos a própria existência.

Seguindo a assertiva descrita por Gonçalves (2008), só há relevância jurídica os elementos da personalidade que consubstanciem, desenvolvam ou facultem a plenitude ontológica da pessoa, a sua absoluta realização final. Deste modo, afirmam que os atentados à própria vida, é um ato que deve ser considerado judicialmente como ilícito, mesmo que esta ação não seja declarada como punível para o ordenamento jurídico brasileiro. De acordo com Pádua (2004), nem tudo que não é sancionado, anda pelos caminhos da licitude, atentando como uma atitude que vai contra os princípios éticos. Dessa forma, opõe-se a aceitar o “Direito ao suicídio” e realiza um comparativo do suicídio, com a prática da eutanásia.

A proteção à vida, no ordenamento jurídico brasileiro, não acata a vontade e a decisão do indivíduo, quanto a escolha do seu próprio futuro, na qual é vista como um bem jurídico, de caráter misto, com valores sociais e coletivos em destaque (DEL CANO, 2000).

Desta maneira, independente de qual seja a intensidade do sofrimento do indivíduo, ele terá que sobreviver com dores fortes, até que a vida siga o curso natural, o levando a óbito; neste aspecto, também é impossibilitada a execução do direito de escolha acerca do seu fim, sendo vedado o auxílio de médicos especializados que irão atender as necessidades do indivíduo, para pôr fim ao seu sofrimento não sendo autorizado por poderes públicos a realização de uma morte considerada digna para o indivíduo no qual está na situação de sofrimento.

Ao vedar-se e limitar-se às escolhas acerca do término da própria vida, ela começa a pertencer não somente ao indivíduo e passa a incluir toda comunidade e espaço social, por ter influência direta e não conceder a permissão para realizar determinada escolha. Assim, contradiz a afirmativa que declara que a vida é um bem estritamente individual e que os atos acerca dela, terão consequências na vida em comunidade. (MARTÍNEZ, 2008).

2.3 FUNÇÃO ATIVA DA EUTANÁSIA

Francis Bacon conceituava dois tipos de eutanásia: a interna e a externa. A eutanásia interna representava a pacificação interior do doente, para que ele pudesse morrer em paz, descansando internamente. O segundo conceito é relacionado ao alívio do sofrimento físico. (NETO, 2004).

Através de uma interferência podendo ser em aspectos familiares, profissionais e de crenças na vida do indivíduo que deseja se proteger de sofrimentos de origem psíquica ou física, pois, ao encurtar a vida de forma direta, impede que a dor o consumisse; a depender do quadro clínico do enfermo, a partir disso, resultará em uma morte certa, resguardando o paciente de forma misericordiosa de seu sofrimento incurável, ou seja, tem como intuito o fim libertador de padecimentos intoleráveis e sem remédio, a petição de um sujeito. (ASÚA, 1992). Por ser uma ação direta a respeito da vida humana, também é definida como “homicídio eutanásico”. (SMANIO, 2008).

O tema elenca fortes críticas acerca de seu impacto na vida do ser humano, portanto, a eutanásia não poderá ser equiparada a um homicídio, pois, ao contrário do homicídio, a eutanásia destaca o sentimento de compaixão e de encontro do paciente com a sua liberdade, seja física ou psicológica, no qual irá quebrar o vínculo com o sofrimento (neste quadro, é manter-se vivo), visto que, para o paciente haveria uma penitência constante.

Viver em condições de sofrimento é possível desencadear no indivíduo, fatores interligados à ausência de vivacidade e intensificação de melancolia; o desejo constante de extinguir o sofrimento que o atinge; encontrando na eutanásia um fim digno e a esperança que através desta ação, terá paz e bem-estar, a partir de uma libertação misericordiosa de um sofrimento incurável, no qual foi mantido por longos períodos de sua vida.

Como em todo processo de constante evolução, a eutanásia mantém diversos questionamentos acerca de suas perspectivas. A título de exemplo, há dúvidas quanto ao responsável por realizar o procedimento, dado que poderia ser exercido através de um profissional da medicina ou qualquer cidadão com boas intenções e conhecimento empírico, com desejo de salvar outro indivíduo de seu sofrimento.

No entanto, para que ocorra a eutanásia, é necessário que o indivíduo seja o único responsável a solicitar expressamente seu desejo de morrer de forma digna, como também, daqueles que possam vir a representar-lhe, ou, será uma decisão na qual poderá ser presumida.

Ademais, outra contestação que é mantida em debate, é a condição do paciente. Para que a eutanásia exerça a sua funcionalidade, o paciente deverá estar em estado considerado terminal ou de forma que qualquer sofrimento já tenha sido reconhecido como o suficiente para pôr fim à vida do indivíduo.

Há critérios os quais são seguidos com firmeza e seriedade, pois, não são considerados válidos ao ato da eutanásia contra a vontade do paciente ou se não for realizada por compaixão; ao contrário disto, irá descaracterizar o sentido da “boa morte”, defendido pela eutanásia, convertendo a figura da “morte digna”. Uma vez que, outras pessoas do entorno do paciente decidirem em qual momento deverá viver ou não viver, além das condições nas quais seriam observadas para oferecer a vida desta pessoa, um sentido de dignidade, pois, o conceito de vida digna, varia de acordo com indivíduo.

2.4 REALIZAÇÃO DO PROCESSO EUTANÁSICO

Ao observar, é possível destacar que o processo para a realização da eutanásia é de uma forma na qual não ocorra o crescimento do sofrimento ocasionado no paciente; além disso, deverá ser realizado por um profissional especializado na área, com conhecimentos específicos e técnicas médicas, para evitar outro sofrimento na vida daquele paciente.

Deste modo, há um cuidado para que o paciente não venha sentir dores, em um ato no qual deverá trazer paz, e não dores nas quais aumentem a sua penitência, evitando maiores sofrimentos. Os profissionais capacitados, os quais deverão ser selecionados e aptos para a ação eutanásica, antes de aplicar a medicação ou a substância letal, avaliam todo o quadro clínico e as condições do enfermo, tendo em vista um melhor desempenho.

A ação eutanásica não poderá ser realizada ao prazer dos indivíduos despreparados. Não será observada apenas a compaixão na realização da ação eutanásica, pois, um ato falho, descuidado ou não profissional, poderá medrar o sofrimento do paciente, impossibilitando ao cônjuge, em um ato de misericórdia regada a compaixão, colocar fim na vida de seu consorte

com disparos de arma de fogo, pelo fato de não suportar os seus clamores para que cesse a sua angústia e sofrimento, mesmo que estes clamores sejam consequência de uma moléstia incurável; tal ato contraria o sentido da morte digna e de uma boa morte, podendo levar ao paciente e aquele que comete a ação “eutanásia”, a atenuação do sofrimento e da angústia.

Sendo assim, será cabível aos ordenamentos jurídicos, admitir que a eutanásia fixe os elementos a serem efetivados, utilizados e seguidos de possíveis consequências, nas quais serão derivadas da prática eutanásica. Nos países em que a figura da eutanásia é aceita, a exemplo da Holanda e da Bélgica, quando são seguidos todos os protocolos de segurança, a prática eutanásica torna-se legítima. No entanto, em países nos quais não são adeptos da prática, caso venha ocorrer a eutanásia, aquele que optar pela ação, será punido. Porém, poderá haver a figura da redução da pena, pois será levado em conta a motivação do ato, ou seja, será um crime cometido por comiseração e a pedido da vítima. Há também, países nos quais as figuras da eutanásia não são reconhecidas e aquele que pratica, responde pelo crime de homicídio; mesmo que ocorra uma explicação sobre a motivação por razão humanitária (a exemplo do Brasil), isto significa, a homicídio piedoso, misericordioso ou compassivo. (GUIMARÃES, 2011).

No que se refere a prática eutanásica, não há menção expressa. No Brasil, aquele que praticar, poderá de acordo com os termos do § 1º do art. 21 do Código Penal, no qual descreve expressamente: “§1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço”. (GANEM, 2018).

3 MODO DE ATUAÇÃO: PRÁTICA DA EUTANÁSIA E VONTADE DO PACIENTE

3.1 EUTANÁSIA ATIVA E PASSIVA

Ao que se refere sobre o modo de atuação do agente, a eutanásia poderá ser ativa, sendo direcionada através de aspectos positivos, comissivos ou determinada por ações; e passiva denominada como negativa omissiva ou designada por omissão. (RAMOS, 2003).

A eutanásia ativa será praticada por um ato comissivo, uma ação direta na qual resultará em óbito certo do paciente. Poderá ser realizada através de substâncias ministradas ao paciente que terá como fim certo a morte. A eutanásia passiva é definida como o ato de

propositalmente deixar de observar os tratamentos médicos úteis e proporcionados, que seriam responsáveis pelo prolongamento da vida do paciente e caso não seja observado tais tratamentos, o paciente terá sua morte antecipada. (BLANCO, 2012).

Na eutanásia passiva, o médico irá omitir a prestação de cuidados que são considerados vitais; (CIFUENTES, 1995). Desta forma intencional, permite que ocorra uma intervenção, quando se é possível para salvar a vida de um enfermo. (BEAUCHAMP, 1996). Este método não consiste tão-somente em deixar o paciente morrer, mas, evidencia que a morte do paciente seja em decorrência de uma conduta omissiva por parte daquele que teria o poder e a capacidade de prolongar a vida. (BLANCO, 2012).

O modo de atuação é um questionamento no qual elenca debates acerca de casos práticos; ao se referir a isto, o profissional da saúde, com os seus conhecimentos, deixa de aplicar medidas que irão garantir a vida do paciente. À exemplo da não aplicação de medicamentos, que resultará, em óbito do paciente. A conduta passiva do médico poderá se tornar em uma conduta ativa (positiva), a depender de qual interpretação será adotada. No entanto, a atitude do médico poderá ser executada em omitir (não tomando os devidos cuidados) ou de efetivamente desligar os aparelhos vitais, no qual poderá gerar discussões acerca do modo de atuação.

Do ponto de vista jurídico e ético, atualmente, não há diferença entre a eutanásia ativa ou passiva. No ambiente jurídico, ambas resultam em uma supressão antecipada da vida, tendo como diferencial a ação (eutanásia ativa) ou omissão (eutanásia passiva), assemelhando ambos os casos em elementos volitivos, pois, têm por objetivo encaminhar o paciente a uma morte digna, na qual, foi através de sua própria decisão.

3.2 ASPECTOS DE INTENÇÃO DIRETA E INDIRETA, NA PRÁTICA DA EUTANÁSIA

Ao definir o processo da ação da eutanásia, quanto a sua intenção na vida e na decisão dos indivíduos, há uma classificação de forma direta ou indireta. Na eutanásia direta, a morte do paciente o qual é encontrado com enfermidade, é vista como o objetivo direto e imediato, diante da conduta adotada pelo agente que irá praticar a eutanásia.

A eutanásia indireta, ou, “eutanásia de duplo efeito”, é quando o agente responsável pelos cuidados médicos do indivíduo enfermo, terá como seu propósito aliviar as aflições do paciente, buscando contribuir para a redução de suas dores.

O médico poderá fazer uso de medicamentos ou de alguma intervenção cirúrgica, caso necessário, tendo em vista a busca de uma melhora da saúde daquele que está acometido por alguma moléstia; porém, o paciente poderá não resistir a uma intervenção médica mais invasiva ou a aplicação de uma alta medicação e conseqüentemente ir a óbito.

3.3 VONTADE DO PACIENTE: VOLUNTÁRIA, NÃO VOLUNTÁRIA E INVOLUNTÁRIA

Com relação à vontade do paciente, há três definições apresentadas pela literatura especializada: voluntária, não voluntária e involuntária. Denominada como eutanásia voluntária, é realizada a pedido do paciente. A morte piedosa é executada através da vontade do paciente, o qual busca encontrar na eutanásia o alívio para as suas dores, solicitando o próprio direito de morrer, de forma considerada digna.

A modalidade da eutanásia voluntária, é a mais aceita e defendida, havendo discussões e debates acerca da temática, dando importância a busca da regularização da eutanásia. É mantida a afirmativa de que a prática eutanásica será realizada, apenas mediante a solicitação do próprio indivíduo, ao julgar com clareza as suas convicções e o momento no qual deverá ser realizada a eutanásia.

Em contrapartida, a eutanásia não voluntária, consiste em retirar a vida do indivíduo sem observar a sua vontade, sem que ele demonstre o seu posicionamento acerca do tema e não manifeste o desejo de morrer. (COUTINHO, 2005). Esta medida geralmente destina-se a levar a óbito um indivíduo que não tem a capacidade de compreender e optar entre a vida e a morte. (PAREJO, 2005). A exemplo disto deve-se destacar que não deve ser uma opção, aplicar em pacientes impossibilitados de manifestar a sua vontade de forma lúcida ou que não tenham expressado o desejo para que seja realizada a prática, o desejo deverá ser manifestado antes de adentrar em um estado degradante, como é o caso de pessoas que estão em estado vegetativo persistente. (FOCARELLI, 2013).

Diante disto, a eutanásia involuntária, imposta, contra voluntária ou cacotanásia, é praticada contra o desejo expresso do indivíduo, no qual emite o desejo de manter-se vivo, no entanto, não é acatado. (GAFO, 2000). Esta modalidade corresponde ao crime de homicídio, no qual, é contrário aos princípios em que são fundamentados a prática da eutanásia; portanto, não há eutanásia, sem seja seguido um dos requisitos que levem à vítima, a ter uma boa morte, ou seja, que contenha o principal sentido da eutanásia.

Por não apresentar motivos de compaixão, sendo excluída a intensão de livrar a vítima de um sofrimento pessoal, esta modalidade não apresentará fatores que levarão a uma redução de pena. O fato de que a morte não é um desejo da vítima, a ausência da súplica para pôr fim a uma vida a qual considere miserável, doloroso ou até mesmo indigno. Ao contrário de outras modalidades, a “eutanásia involuntária” poderá até ser considerada como homicídio qualificado, nos termos do artigo 61, inciso II, alínea h do Código Penal Brasileiro, por se tratar de pessoa enferma.

Art. 61 - São circunstâncias que sempre agravam a pena, quando não constituem ou qualificam o crime: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

II - Ter o agente cometido o crime: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

h) contra criança, maior de 60 (sessenta) anos, enfermo ou mulher grávida; (Redação dada pela Lei nº 10.741, de 2003).

Das modalidades apresentadas, a única na qual representa a autêntica eutanásia, é a eutanásia voluntária, pois, observa e cumpre todos os requisitos e princípios do ato, que levarão o paciente a ter uma boa morte, ou seja, uma morte digna através de um ato piedoso do agente que irá praticar a eutanásia.

No caso da eutanásia não voluntária, poderá ocorrer uma redução da pena judicial, pois, de acordo com o Código Penal Brasileiro, aos indivíduos que optam por exercer a prática, com uma comprovação lícita, de ato comunitário, humanitário e liberador. Porém, mesmo seguindo aproximadamente todos os requisitos, dos princípios da eutanásia, se há a ausência do desejo expresso do paciente, é destacada uma ação involuntária, na qual o indivíduo pratica algo que já é identificado e explanado em várias percepções, não apenas em sua concepção.

Nos casos em que o paciente esteja em estado vegetativo, é possível a realização da eutanásia em um testamento vital, no qual o paciente enquanto estivera em plenas condições de saúde, manifeste a sua vontade e deixe expresso o seu desejo e opção pela prática eutanásica.

3.4 FINALIDADE DA EUTANÁSIA: LIBERTADORA, ELIMINATÓRIA, ECONÔMICA E SOLIDÁRIA

No que se refere à finalidade da eutanásia, autores das principais obras acerca deste estudo, apresentam três tipos: a libertadora, a eliminadora, a econômica e a solidária. A eutanásia libertadora, conhecida também como, eutanásia terapêutica, tem por objetivo

provocar a morte do doente a seu pedido, com o intuito de livrá-lo de um sofrimento considerado insuportável.

A eutanásia eliminadora, denominada também como eugênica, tem o intuito principal de aperfeiçoamento da espécie, por meio da eliminação de pessoas que apresentem características consideradas como anomalias, sejam elas físicas ou mentais. A eutanásia econômica tem como critério para a seleção de vítimas, o contexto social. Nesta modalidade, o intuito é a eliminação de características indicativas, nas quais são identificadas como “fardos sociais” ou “cargas inúteis para a sociedade”. (GUIMARÃES, 2012). Além disso, irão gerar despesas relacionadas à saúde, pelos familiares e Estado; como também, são pessoas que por suas características não apresentam capacidade considerada suficiente para manter um cuidado consigo mesmo.

A eutanásia solidária, é destacada por seu intuito de extrair do enfermo, órgãos saudáveis, a depender do caso clínico e posteriormente o destino do indivíduo, será a morte. Este ato é considerado como solidário, pois os órgãos retirados do paciente enfermo, serão utilizados em outro paciente em que possua expectativa de vida, através dos órgãos que irão ser doados e não uma morte certa, em um curto espaço de tempo. (PAREJO, 2005).

3.5 EUTANÁSIA SOCIAL OU MISTANÁSIA

É relevante destacar a figura da eutanásia social, definida como *mistanásia*, que apresenta características encontradas na eutanásia econômica e na eutanásia solidária, no qual tem por objetivo, eliminar as vidas dos desvalidos e dos considerados “fardos humanos”. (FRISO, 2009). A *mistanásia* surge da expressão grega, que deriva da conjunção dos vocábulos gregos *mis* (infeliz) e *thanatos* (morte). Esta categoria induz a ideia de uma morte miserável, alcançando uma parte mais carente da população, pois, atinge àqueles que não possuem acesso aos serviços médicos mais básicos, ou que fazem uso de maneira precária na qual não é suficiente para conservar a boa saúde do paciente.

Aos que são vítimas da mistanásia, nos quais são pacientes que não possuem acesso aos medicamentos vitais, podem ter como consequência, chegar a óbito em filas de hospitais, em busca de um atendimento médico.

Indivíduos que mesmo ao obter atendimento médico insuficiente, precário ou sofrem por erros médicos, podem provocar óbitos ou podem ser casos de pacientes que são levados a óbito por razões políticas, econômicas ou sociopolíticas; sendo encontrados relatos de vítimas

de homicídios que tinham o intuito de retirar os órgãos para futuros transplantes. (MARTIN, 2014).

Como também, não se pode confundir a mistanásia com uma modalidade aceita da eutanásia, pois falta-lhe os motivos de piedade ou compaixão, quando entra em consenso para o encurtamento da vida humana. A mistanásia é uma figura relacionada com uma questão de política pública, por sua característica de cuidados médicos fundamentais, diferentemente das outras modalidades não aceitas, que se encaixariam em tipos penais. (VILLAS-BÔAS, 2003).

Ao decorrer das décadas, alguns autores classificaram hipóteses sobre a eutanásia que são menos usuais e não podem ser aceitas como formas de eutanásia, pois também lhe faltam a característica de findar o sofrimento de um enfermo com o intuito caridoso de livrá-lo de um sofrimento maior. São elencadas: a eutanásia teleológica, que tem como crença a busca da morte em estado de graça; a narcotanásia, praticada contra pessoas alucinas do mundo real, sob influência recorrente de narcóticos ou anestésicos. (FARAH, 2018); a eutanásia experimental (ou científica), exerce a função de fazer experimentos científicos com os seres humanos; a eutanásia sanitária, tem como objetivo, eliminar pessoas que apresentem riscos de contágio epidêmico à sociedade; a eutanásia criminal, elimina indivíduos que ofereçam risco a sociedade, ou seja, socialmente perigosas, ao convívio da comunidade. (SANTOS, 1992). Todas essas modalidades, caso sejam praticadas, poderão ser enquadradas em homicídio qualificado por motivo torpe ou fútil.

É comum, dentre os ordenamentos jurídicos, os que admitem e aceitam a prática da eutanásia e os que a rechaçam, que as modalidades da eutanásia eliminadora e econômica, não poderão ser consideradas como formas de eutanásia, pois falta o requisito fundamental, no qual seria o respectivo comportamento de intuito caridoso, para que a prática seja realizada e considerada uma boa morte.

Não poderá ser considerada eutanásia, a conduta de quem tira a vida por motivos torpes, sendo claros atentados aos direitos fundamentais dos seres humanos, quais sejam: a vida, a liberdade e a igualdade, pois, mesmo que estejam em claro sofrimento físico ou mental, não poderão ser eliminados por motivos ignóbeis.

Retirando os princípios caridosos, o ato de levar outro indivíduo à morte é considerado homicídio, no qual, nesses casos são motivados por questões torpes de seletividade. Na “eutanásia solidária”, apesar do sentido “solidário” a ela atribuído, essa modalidade também não poderá ser aceita, pois não visa o benefício daquele que irá chegar ao fim da sua vida, mas visa beneficiar a outrem, desqualificando o sentido solidário do ato; o sujeito que está em

sofrimento, passa a ter um ato de escolha em quem merece continuar a viver, seja o indivíduo portador dos órgãos ou àquele que necessita de um novo órgão para continuar a sua vida.

Portanto, das hipóteses apresentadas, a única aceita como a verdadeira eutanásia, é a modalidade da eutanásia libertadora, na qual possui como fundamento, o ato caridoso de libertar o indivíduo de seu sofrimento. Esta modalidade não apresenta nenhuma outra intenção além da caridade e do amor ao próximo, livrando-o do fardo de carregar a sua própria dor.

4 EUTANÁSIA E AS RELIGIÕES MUNDIAIS

4.1 A RELIGIOSIDADE EM DIVERSOS CONTEXTOS

De acordo com a construção sócio-histórica das crenças no cotidiano dos indivíduos, a religião desempenha momentos decisórios em diferentes situações que precisam de uma resposta frente às exigências sociais. A religiosidade é a base para debates acerca de várias temáticas em diversos contextos, sendo observada a partir dos comportamentos dos sujeitos, diante das resoluções as quais são influenciadas por uma crença. (HENNING-GERONASSO et al, 2015).

Na obra *As Formas Elementares da Vida Religiosa* (1915), o conceito de religião é descrito como um sistema solidário de crenças e práticas relativas a coisas sagradas, isto é, separadas, proibidas, crenças e práticas que reúnem numa mesma comunidade moral, chamada igreja, todos aqueles que a ela aderem. O segundo elemento que participa assim de nossa definição não é menos essencial que o primeiro, pois, ao mostrar que a ideia de religião é inseparável da ideia de igreja, ele faz pressentir que a religião deve ser eminentemente coletiva. (DURKHEIM, 1996).

As civilizações desenvolveram sistemas religiosos, através de fundamentos que caracterizavam a formação do homem e os seus valores, dentro da sociedade. Para compreender este espaço, é necessário desempenhar um entendimento sobre a cultura (crença) em que vive aquela sociedade e determinado espaço, a partir disto, é possível encontrar a religiosidade.

James W Sire (2012), afirma que:

“Cosmovisão é um compromisso, uma orientação fundamental do coração, que pode ser expresso como uma história ou em um conjunto de pressuposições (suposições que podem ser verdadeiras, parcialmente verdadeiras ou totalmente falsas) que

sustentamos (consciente ou subconscientemente, consistente ou inconsistentemente) sobre a constituição básica da realidade, e que fornece fundamento sobre o qual vivemos, nos movemos e existimos”. SIRE, James W. 2012. (p. 129).

Tendo por base as religiões existentes, outras culturas e civilizações foram influenciadas, elencando a importância da religião na humanidade. Pois, além de guiar relações pessoais, é responsável pela busca de explicações para acontecimentos da humanidade, ao longo dos séculos. Adeptos e simpatizantes de uma religião, tendem a seguir uma cosmovisão.

4.1.1 CRISTIANISMO E EUTANÁSIA

A crença tornou-se um determinante social passar dos séculos, com isso, as sociedades dividiram religiões para desempenhar um papel ativo de acordo com os fundamentos de cada uma, seguindo a cosmovisão, na qual não poderá ser inserida em religiões distintas (AMES, 2006).

Uma das problemáticas atuais é a divergência entre crenças e imposições do modo de acreditar e agir, ocorrendo um pré-julgamento dos indivíduos de uma religião, com outros grupos; deste modo, há um impedimento no diálogo entre as partes e um conhecimento restrito sobre outros fundamentos, prejudicando as descobertas sobre outras perspectivas que serão descritas. Ao estimular um processo reflexivo acerca da temática abordada, o sujeito não fica suscetível ao descarte da própria racionalidade, não havendo a prevalência apenas da emoção e da espiritualidade, mas da certeza e coerência do que realmente acredita e segue. (SILVA, 2010).

No Brasil, a religião que possui mais seguidores é o cristianismo, no qual fundamenta crenças/religiões que tem por base os ensinamentos sobre Jesus Cristo e os seus mandamentos, como o evangelho (protestantismo) e o catolicismo. A igreja católica representa uma oposição para a prática da eutanásia, com respaldo de suas explicações em defesa dos Dez Mandamentos descritos na Bíblia; em destaque, o sexto mandamento, “Não matarás” (Êxodo 20:13). Em uma interpretação rígida sobre a expressão, levar o seu semelhante à morte é ir contra a vontade divina; sendo assim, não há justificativa ou motivação aceitável, mesmo que seja com o intuito de aliviar um sofrimento, pois, encaminhar o indivíduo para a sua morte, é um ato pecaminoso e desprezível.

Os seguidores do cristianismo creem na imagem dos profissionais de saúde, como mãos guiadas pelo divino, que devem utilizar todos os recursos provenientes da medicina,

além de ser um instrumento de Deus para realizar os milagres da cura nos indivíduos que sofrem com alguma enfermidade, dando-lhes os suportes necessários para uma condição digna de vida, mesmo que a morte seja o destino iminente do enfermo. (BIRMAN, 2012).

Ciente da contribuição política, jurídica e social, que tem no âmbito populacional, a Igreja Católica Apostólica Romana pronunciou acerca de sua discordância sobre a prática da eutanásia, especificando a desaprovação do ato, no qual foi registrado em regimentos católicos e por declarações realizadas por líderes mundiais.

De acordo com o Papa Pio XII (1956):

“Toda forma de eutanásia direta, isto é, a administração de narcóticos para provocarem ou causarem a morte, é ilícita porque se pretende dispor diretamente da vida”. Um dos princípios fundamentais da moral natural e cristã é que o homem não é senhor e proprietário, mas apenas usufrutuário de disposição direta que visa à abreviação da vida como fim e como meio. Nas hipóteses que vou considerar, trata-se unicamente de evitar aos pacientes dores insuportáveis, por exemplo, no caso de câncer inoperável ou doenças semelhantes. Se entre o narcótico e a abreviação da vida não existe nenhum nexos causal direto, e se ao contrário a administração de narcóticos ocasiona dois efeitos distintos: de um lado aliviando as dores e de outro abreviando a vida, serão lícitos. Precisamos, porém, verificar se entre os dois efeitos há uma proporção razoável, e se as vantagens de um compensam as desvantagens do outro. Precisamos, também, primeiramente verificar se o estado atual da ciência não permite obter o mesmo resultado com o uso de outros meios, não podendo ultrapassar, no uso dos narcóticos, os limites do que for estritamente necessário. (PESSINI, 2002, p.84).

A partir disto, a igreja católica determina um posicionamento contrário a realização da eutanásia, pois, no ponto de vista cristão, este é um meio de interromper a vida de um ser santificado, de uma forma direta e planejada, mesmo que este seja o desejo do indivíduo. No entanto, a igreja favorece a figura da ortotanásia, destacando que de acordo com o este entendimento religioso, o indivíduo não é obrigado a se submeter aos cuidados médicos que prolongue a sua vida, como é realizado na distanásia.

4.1.2 FÉ E EUTANÁSIA

Conforme descrito na Declaração Sobre Eutanásia da Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé (1980): Não se pode, portanto, impor a ninguém a obrigação de recorrer a uma técnica que, embora já em uso, ainda não está isenta de perigos ou é demasiado onerosa. Recusá-la não equivale a um suicídio; significa, antes, aceitação da condição humana, preocupação de evitar pôr em ação um dispositivo médico desproporcionado com os

resultados que se podem esperar, enfim, vontade de não impor obrigações demasiado pesadas à família ou à coletividade.

Este seguimento religioso considera a autonomia do paciente em negar o tratamento médico, mesmo que esteja consciente sobre o seu quadro clínico, o paciente poderá optar por não iniciar ou não prosseguir com os cuidados e os tratamentos médicos dispostos pela instituição de saúde, para uma tentativa de melhora. Logo, com o aumento da vulnerabilidade do paciente, o mesmo coloca-se a favor de um fim próximo, lidando com os próprios sofrimentos, por não optar a dar continuidade aos tratamentos.

Ao optar pela eutanásia, o indivíduo aceita a figura da “boa morte”, havendo uma expansão sobre o conhecimento do seu quadro para outras pessoas, as quais podem interferir no seu processo decisório e que influenciaria no processo natural da vida, no qual entende-se que deve ser seguido de acordo com o que está sendo planejado por Deus em sua Lei Natural.

Em um mesmo documento, a Igreja apresenta a sua visão acerca da figura da ortotanásia, retirando da figura médica sentimentos ligados à culpa por realizar o ato quando relata expressamente: Na iminência de uma morte inevitável, apesar dos meios usados, é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes. Por isso, o médico não tem motivos para se angustiar, como se não tivesse prestado assistência a uma pessoa em perigo. (NASCER E CRESCER, 2014).

4.1.3 JUDAÍSMO E EUTANÁSIA

No fundamento do judaísmo acredita-se que a vida é uma dádiva, um bem valioso entregue por Deus, no qual deverá ser respeitada e inviolável. O “Dom da vida” oferecido por Deus foi elencado a partir de sua primeira criação da humanidade, sendo Adão o primeiro homem, ele resguardava a sua vida, independente do tempo que foi por ele vivido. Para os judeus, não há importância se o ser viverá segundos, minutos, semanas, meses ou anos, pois a sua vida nunca pertencerá a si próprio, mas ao Deus todo poderoso. Partindo desse princípio, os judeus não aceitam nenhum tipo de instituto que diminuam o tempo de vida do ser humano, incluindo a eutanásia. (LUZ, 2011).

No judaísmo, é possível destacar restrições severas, as quais fazem parte das suas constituições sociais e que possui ligação direta para sujeitos que decidem cometer o ato do

suicídio, pois nesta religião, um atentado a vida é uma ação imperdoável e pecaminosa. Há uma sentença, na qual proíbe o judeu que cometeu suicídio ser enterrado em cemitérios judaicos.

Como prova disto, o jornalista judeu Vladimir Herzog (1937 – 1975) foi sentenciado pela tradição judaica, na proibição do próprio enterro, por ter sido julgado como um suicida; no entanto, durante a preparação do corpo para o funeral, o então líder da comunidade judaica, rabino Henry Sobel (1944 – 2019), identificou marcas de torturas e relacionou ao período da Ditadura Militar brasileira, concluindo que Herzog não havia cometido o suicídio.

Afirmando em entrevista: “Vi o corpo de Herzog. Não havia dúvidas de que ele tinha sido torturado e assassinado”. (FOLHA DE S. PAULO, 2004), posteriormente, por decisão do próprio rabino, Herzog teve seu funeral seguindo todas as tradições judaicas. Diante disso, é necessário destacar o cumprimento das leis judaicas em relação aos atentados contra o “Dom da vida”.

4.1.4 PERSPECTIVA JUDAICA

Os judeus enxergam a vida e a morte além dos fatores fisiológicos, no qual o que realmente importa não são apenas a saúde corporal ou fatores fisiológicos. Tanto a vida como a morte, são fatores ligados ao espírito do ser humano, tanto o nascimento como o seu fim. Ao chegar o momento da morte, mesmo que seja consequência de doenças desenvolvidas ao longo da vida, faz parte da escolha divina pré-determinada; seguindo esta perspectiva, Deus é o único responsável pelo início e término da vida e o ser humano um usufrutuário.

Semelhante ao que ocorre no cristianismo, o judaísmo oferece o direito do indivíduo de não prolongar a vida em sofrimento, ou seja, o sujeito (no caso, paciente), poderá abdicar do uso dos medicamentos que tenham efeitos de prolongar a sua vida em agonia e optar por não ter um tratamento especializado na cura da sua demanda médica. No entanto, a decisão de escolher alternativas que causem a própria morte de forma direta, como é disponibilizada através da eutanásia, é vetada pelos fundamentos judaicos.

Mas, como o cristianismo, no judaísmo é facultativo o uso de meios artificiais os quais possibilitem uma forma prolongada da vida penosa, por mais que o sofrimento faça parte do “Dom da vida”, a suspensão de acompanhamentos médicos ou a recusa de tratamentos específicos, determina que o término da vida seja encaminhado de forma natural e pré-existente, como um fim determinado por Deus. (AZRIA, 2000).

4.1.5 ISLAMISMO E EUTANÁSIA

O islamismo foi fundado a partir do século VII, acompanhando a tradição islâmica, surgiu por meio do Muhammad (traduzindo para o português, Maomé). O islamismo seguindo o cristianismo e o judaísmo, é uma religião monoteísta, na qual concentra o poder em uma única divindade, que detém a autoridade máxima e proprietária de tudo.

De acordo com a religião do Islã, Allah (Deus, na linguagem árabe) enviou o profeta Maomé, para que ele declarasse as suas revelações junto aos conceitos do Islamismo, os quais são fundamentados e descritos no livro sagrado designado por “Corão” ou “Alcorão”, sendo reconhecido por deter todos os conhecimentos e fundamentos para quem segue a religião islâmica, com um poder de crença, do mesmo modo representativo da Bíblia Sagrada, para os cristãos (MARQUES, 2009).

4.1.6 FÉ ISLÂMICA

A fé islâmica apresenta semelhanças com as crenças ligadas ao catolicismo e ao protestantismo, os quais são correlacionadas a outras vertentes religiosas. O islamismo também discorda dos seguimentos interligados ao instituto da eutanásia, considerando-a como um ato ilícito frente a sociedade e aos seus fiéis; mesmo com um caso identificado de sofrimento agonizante por parte do enfermo, o indivíduo não poderá abreviar a vida à sua própria escolha.

De acordo com os fundamentos deste segmento religioso, durante a vida, cada sujeito possui lições, tarefas, deveres e punições a serem cumpridas enquanto estiverem encarnados e peregrinando pela Terra, seguindo todos os princípios estabelecidos por esta religião.

Após a morte natural, o indivíduo obterá a recompensa divina, a qual é reconhecida a partir do momento em que alcança o caminho para chegar ao paraíso. O Islamismo acredita que caso uma pessoa seja acometida de alguma doença e que a enfermidade gere complicações ao decorrer da sua vida, elas serão nomeadas como consequências de pecados cometidos pelo indivíduo, sendo ele obrigado a conviver até os últimos dias de vida cumprindo a sua sentença, por ter tido atos pecaminosos ao longo do tempo em que viveu.

Com isso, a prática da eutanásia serviria como um mecanismo de fuga e deixaria de cumprir com as dívidas adquiridas por seus pecados. Caso houvesse a realização da eutanásia, o indivíduo ficaria livre, ele por si só, lhe daria o próprio perdão de sua dívida; no entanto, o

ser humano não é merecedor, nem detém o poder de executar esta quitação, pois, isto pertence a Allah, o único em que pode conceder ao indivíduo o perdão necessário.

Caso contrário, se o enfermo não seguir as regras estabelecidas, ele não alcançará a recompensa do paraíso e estará condenado a ser julgado por seus atos perante Deus, sem que haja interferência de terceiros. (KARDEC et al., 2013).

4.1.7 BUDISMO E EUTANÁSIA

Ao contrário de outras religiões de origem cristã, o budismo é uma doutrina filosófica e espiritual, surgida no século VI a.C. na Índia, o qual tem como base para os princípios e ensinamentos de Siddhārtha Gautama, conhecido como Buda, que significa “Desperto” ou “Iluminado”. O budismo não segue preceitos de um deus ou de deuses, mas concentra-se em uma busca individual, fundamentada em crer no poder da reencarnação de todos os seres vivos que compõe a Terra e elenca a libertação do ser, através do autoconhecimento. Como também, esta doutrina não segue uma hierarquia religiosa rígida como é estabelecido em algumas outras religiões.

O Budismo não é estruturado como um bloco homogêneo de doutrinas, o que o difere de outras religiões. Possui várias escolas e princípios filosóficos, que, por vezes, são divergentes. Aqui são focalizados aspectos comuns a seus ramos no que diz respeito à morte e ao morrer.

De acordo com, O Livro Tibetano dos Mortos (THODOL, Bardo, séc. VIII), encontra-se o texto budista com um referencial sobre a morte e detalhes amplos acerca da passagem deste mundo para o outro mundo, relacionados às crenças budistas.

“Hoje, em seus esforços no sentido de ajudar a morrer, essas Igrejas se encontram em flagrante contraste, cultural e sociologicamente, em relação à ciência médica limitada à Terra, ciência que não tem nenhuma palavra orientadora que leve à passagem para o outro plano, para o estado do pós-morte, mas sim, ao contrário, aumenta mais do que resolve, através de suas práticas questionáveis, os infundados temores e, frequentemente, a extrema relutância em morrer dos seus pacientes moribundos, aos quais provavelmente prescreverá drogas e injeções entorpecentes”. (T. W. Evans-Wentz, 1927, p. XX).

Entre os conceitos básicos do budismo, é elencado o fato de que tudo no universo é impermanente e que todos os seres que nascem estão determinados à morte; como também, que o sofrimento é uma constante no universo, e que todos os seres sofrem, envelhecem,

adoecem e morrem. Esses preceitos fazem parte das chamadas Quatro Nobres Verdades, a qual, é a essência dos ensinamentos e fundamentos do budismo. (MIZUNO K.,1996).

Dentro dos ensinamentos budistas, encontra-se o treinamento e a estimulação constante da mente para que se mantenha em equilíbrio, praticando a calma e comportamentos reflexivos e observadores, especialmente nos momentos próximos à morte. Essa preparação para a morte está presente em algumas práticas budistas, entre as quais se destaca a prática para a morte consciente, chamada de P'owa. (CHAGDUD K., 2000.)

Em um dos fundamentos do budismo, é pregado que o sujeito em sua composição detém cinco aspectos: suas vontades, atividades corporais, percepções, sensações e a consciência. Ao unirem os cinco aspectos de sua composição, darão forma a personalidade humana.

O budismo tem como característica, os ensinamentos que servem como guia para o ser humano, levando o praticante a ter mais autonomia sobre si; essa autonomia o leva a mudanças de costumes, eliminando aquilo que considere negativo, e o desenvolvimento daquilo que consideram de qualidade, ou seja, buscam livrar-se de sentimentos como raiva, ciúme e inveja, filtrando as emoções secundárias, com o objetivo de cultivar qualidades como generosidade, sabedoria e amor.

Com a autonomia e as qualidades sendo desenvolvidas, o budismo entende que o indivíduo tem a total liberdade e o direito de praticar suas vontades. A liberdade oferecida, dá ao indivíduo o direito de decidir acerca dos rumos de sua vida; o indivíduo pode optar, caso considere que seja o melhor caminho, cessar a sua própria vida de forma digna, fazendo o uso do instituto da eutanásia. O budismo valida o instituto da eutanásia em casos de pacientes que estão no quadro de estado vegetativo, pois, o paciente que está neste processo, perde alguns dos aspectos necessários à formação da personalidade humana.

Na crença budista, há um seguimento de processos decisórios que declaram importância ao discernir comportamentos e atividades do indivíduo, dentro da sociedade. Em 2014, após ser legalizado o instituto da eutanásia em menores, os budistas belgas elogiaram a legalização, apesar de sofrerem críticas por parte de outras religiões. A principal associação budista da Bélgica alegou que o instituto da eutanásia, em determinados casos, é a única opção sensata. (ESTADO DE MINAS, 2014).

A União Budista Belga (UBB) por meio do secretário-geral da organização, Koen Vermeulen, destacou o apoio total a eutanásia ao afirmar “Se não há mais possibilidade de reduzir o sofrimento, em circunstâncias excepcionais, pode ser que a eutanásia seja a única opção sensata”. (EXAME, 2014).

Há no budismo a crença da reencarnação, posterior à morte física. São considerados essenciais períodos longos de silêncio para o enfermo realizar corretamente as suas meditações e os seus rituais sem haver interrupções ou incômodos, enquanto está em seu momento; sendo inútil qualquer manifestação de tristeza e lamentação por parte de familiares e amigos.

A prática comum entre os budistas na hora da morte, é a de recitar cânticos e mantras ou a leitura de alguns textos específicos; pois, creem que ao realizar este rito, há uma liberação pela escuta; creem que o espírito poderá ser guiado pelas palavras que são proferidas por pessoas que se disponibilizam para fazer o acompanhamento dos pacientes (RINPOCHE B, 1997). É recomendado o revezamento entre os acompanhantes para que não cessem ao paciente os ensinamentos espiritualistas, findando apenas ao cessar da respiração do paciente. (LAMA Dalai, 2004).

Antes de concretizar o falecimento do indivíduo, aquele que estiver acompanhando o doente terminal, deverá tocar suavemente com o seu dedo indicador, no centro do topo da cabeça, a fim de atrair a consciência para o chacra coronário, pois, de acordo com a crença budista, este local na cabeça é o portal por onde o espírito deixa o corpo. (RINPOCHE S., 1999).

Para atrair a consciência para o chacra coronário, poderão também fazer uso de algumas substâncias colocadas nessa espécie de portal, ou seja, o centro do topo da cabeça, mas não se deve tocar em nenhum outro local do corpo antes de atrair o chacra coronário, pois seria um desrespeito às crenças do moribundo e, portanto, iria ferir a sua autonomia.

Caso houvesse um toque em outra parte do corpo, a não ser no centro da cabeça, de acordo com a crença budista haveria uma quebra do princípio bioético da não maleficência, pois, estaria causando mal ao paciente e iria prejudicar em sua preparação para uma posterior reencarnação. Neste aspecto, o budismo tem base para o ato da eutanásia como uma resposta humana diante dos sofrimentos insuportáveis sofridos pelo paciente, aliado a uma perspectiva de um renascimento.

Ao se referir à eutanásia, Koen Vermenulen também destacou em seu depoimento, no qual disserta que, a UBB (União Budista Belga) apoia os pacientes jovens, suas famílias e cuidadores que, em uma situação desesperadora que envolva sofrimento insuportável, juntos decidam que a eutanásia é a única resposta humana. (EXAME, 2004).

4.1.8 CRENÇA BUDISTA

Os budistas acreditam que o espírito do indivíduo possa demorar a sair do seu corpo o qual deverá estar em decúbito lateral direito. Em média, o período de saída desta vida para a próxima, é de três dias consecutivos, mas acreditam que o processo pode demorar até sete dias. Desta forma, os budistas possuem grande preocupação com as manipulações feitas no corpo após a morte, as quais devem ser evitadas ao máximo. Caso haja absoluta necessidade de manipular o corpo, deve-se antes de tocar em qualquer outra parte, tocar primeiramente na parte superior da cabeça. (COMISSÃO DO PORTO, 2010).

A constatação da saída do espírito para a outra vida é confirmada por alguns sinais físicos apresentados pelo corpo e são atestados por um monge mais experiente, ou seja, o líder do grupo que acompanha o morto. (RINPOCHE *et al.*, TALENTO, 1999). A partir do momento em que o espírito é liberto, a sua antiga morada já não tem importância para o budismo, diferentemente do que ocorre em algumas outras religiões.

Nos fundamentos das práticas budistas, não há o apoio ao suicídio assistido. Como também, não é aceito o uso de medicamentos os quais possuem efeitos para prolongar a vida e que coloquem o paciente de forma inconsciente, pois para o budista é necessário estar consciente para fazer uma boa transição de um plano para outro, a transição deverá ocorrer de modo consciente que viabilize a conservação do próprio equilíbrio, para manter um dos cinco aspectos da composição humana, ou seja, a consciência. (THONDUP T, 2006).

Como também, há a execução do *Tonglen*, uma prática respiratória que pode ser realizada pelo acompanhante do moribundo, conhecida como “transusão de serenidade” ou “transmissão de serenidade”. O acompanhante realiza a prática para acalmar a si próprio e transmitir ao moribundo, a serenidade por ele alcançada; e ao realizar o funeral, na maioria dos casos, optam pela cremação. (HENNEZEL M, 1999).

4.1.9 ESPIRITISMO E EUTANÁSIA

O Espiritismo é uma religião (ou doutrina) que foi codificada por Allan Kardec no século XIX. Dentre as suas obras acerca da expansão sobre o espiritismo, destacou como uma das mais importantes literaturas sobre a temática, “O Livro dos Espíritos” e “O Evangelho Segundo o Espiritismo”; com base em textos ligados ao evangelho, “O Evangelho Segundo o Espiritismo”, possui destaque ao receber interpretações dos chamados médiuns mentores,

fazendo com que o espiritismo tenha muitos pontos em comum com o cristianismo; como por exemplo, a figura de Jesus Cristo com os seus discípulos e os evangelhos bíblicos.

A divergência fundamental entre as duas religiões ou entre a religião cristã e a doutrina espírita, diz respeito às questões da reencarnação e do contato com os chamados espíritos desencarnados.

Além disso, o espiritismo possui semelhança com os princípios budistas, em relação às noções de chacras como centros de força do corpo e a teoria reencarnacionista. Entretanto, difere do budismo ao admitir apenas novas reencarnações em corpos humanos, o que vai contra as crenças do budismo, que admite a possibilidade de que o espírito humano possa reencarnar em um corpo animal. (SALLES, 2014).

O espiritismo vê o ser humano em constante processo de aperfeiçoamento, acreditam que aprendemos lições ao decorrer das inúmeras vidas em que são oferecidas. Para o espiritismo, o ser é responsável por tudo o que lhe ocorre, sendo semelhante ao budismo na ideia de carma (lei de ação com sua consequente reação). O espiritismo valoriza a vida até os seus últimos momentos, pois, o ser tem algo a aprender até o término da vida. Desta maneira, não é admitido a figura da eutanásia e em alguns casos, nem mesmo a ortotanásia. (XAVIER FC, 2004). Como descrito por Allan Kardec:

“Quando uma pessoa vê diante de si um fim inevitável e horrível, será culpada se abreviar de alguns instantes os seus sofrimentos, apressando voluntariamente sua morte?”

“É sempre culpado aquele que não aguarda o termo que Deus lhe marcou para a existência. E quem poderá estar certo de que, malgrado às aparências, esse termo tenha chegado; de que um socorro inesperado não venha no último momento?”

— Concebe-se que, nas circunstâncias ordinárias, o suicídio seja condenável; mas, estamos figurando o caso em que a morte é inevitável e em que a vida só é encurtada de alguns instantes. “É sempre uma falta de resignação e de submissão à vontade do Criador.” (KARDEC A. O livro dos Espíritos, 2004. quest. 953).

O rito funerário tradicional adotado é o enterro; no entanto, o indivíduo poderá optar pela cremação, na qual é permitido ser realizada, desde que haja o prazo de três dias da constatação médica do óbito, pois se acredita que uma cremação anterior a esse prazo traria consigo um doloroso processo ao espírito do morto, pois creem que o espírito ainda mantém laços energéticos com o corpo físico. A cremação é analisada como um processo muito rápido de separação entre espírito e corpo, devendo o processo crematório ser optado apenas por pessoas que já atingiram um alto nível no sentido ético e espiritual, não sendo possível a todos. (KARDEC A., 2004).

As ideias de mortes diferem a partir do momento em que há uma quebra na relação entre a morte do corpo físico (em que o processo vital é irreversível) e a desencarnação (caso

em que a parte sutil da pessoa consegue romper os laços energéticos que as ligavam ao corpo), fazendo com que ele seja totalmente liberto. No espiritismo, a palavra “desencarnação” poderá ser utilizada e correlacionada em ambos os sentidos.

Não existem disposições contrárias à manipulação do cadáver, deste modo, é autorizado o transplante de órgãos. Não obstante, poderá ser mantida a vontade do indivíduo, quanto a ser ou não ser, um doador de órgãos; pois depende do estado emocional e psicológico da pessoa antes de sua morte e o tipo da morte. Havendo uma diferenciação entre a morte violenta, de uma morte não violenta. (XAVIER FC, 2003).

Ao contrário do que ocorre nas práticas budistas, no espiritismo não há preocupação maior quanto ao estado de consciência do moribundo e não há problemas maiores em relação aos medicamentos, que possibilite a inconsciência, crendo que em outro plano, sempre existirão figuras conhecidas como amparadores, as quais são fundamentais para que o morto realize a transição para outra vida. (XAVIER FC, 2003).

Ainda que admitam a vantagem da transição mais consciente, acreditam que isso dependerá do grau de adiantamento espiritual da pessoa e de seus merecimentos adquiridos nesta vida e em vidas anteriores. O espiritismo interpreta a morte como parte natural da vida, destino de todos aqueles que passam por este plano, o medo da morte é como um fenômeno de reação instintiva de autopreservação.

Em relação a causa da morte e as doenças adquiridas durante a vida, elas sempre serão ligadas à sua herança cármica. Pois, os espíritas observam o processo de desencarnação no qual poderão ser acompanhados de fenômenos mediúnicos e paranormais, decorrentes dos cortes energéticos entre o corpo físico e os chamados corpos sutis nessa hora. (KARDEC A., 2004).

4.2 SEMELHANÇAS SOBRE O BUDISMO E O ESPIRITISMO

Assim como no budismo e no espiritismo há a crença na reencarnação, nas religiões de matriz africana também há, entretanto, dissemelhante delas, nas práticas das religiões de matrizes africanas, há a crença de que a reencarnação será feita através do mesmo clã, mantendo a mesma linhagem e ligações de vidas anteriores. Como também, difere do espiritismo no que diz respeito à ideia de débitos de vidas passadas, acreditam que temos a missão de encontrar a felicidade e não pagar por eventos passados; com isso, o espírito

reencarnado não trará consigo dívidas adquiridas de outra vida, ou seja, não há a figura do carma.

Os adeptos desta crença creem que os seres humanos possuem a mediunidade, diferenciando-as conforme os graus. Uns possuem um maior grau e outros a possuem em um grau menor (TRINDADE DF, 2003). Portanto, acredita-se que as pessoas em estado terminal, escoam um nódulo vibratório emanado de seu espírito e essa energia é utilizada para que a sujeito alcance um momento de desencarnar em melhor situação na próxima vida, auxiliando a transição e fazendo com que se tenha mais saúde espiritual em sua nova encarnação.

Em suas preces, buscam não interferir durante o processo da desencarnação do indivíduo, seja de forma positiva ou negativa; procuram deixar com que o espírito siga o seu curso natural, acreditando que as preces em busca de um milagre pela cura, atrapalhe o caminho do espírito fazendo com que muitas vezes ele encontre dificuldade para sair do corpo. Pelo fato de não serem a favor de uma interrupção das energias do corpo, os seguidores dessas religiões não aceitam a figura da eutanásia.

4.3 RELIGIÕES AFRO-BRASILEIRAS

Conhecidas como religiões afro-brasileiras, são historicamente interligadas à chegada dos africanos escravizados ao Brasil. Essas religiões adotam cerimônias em que alguns dos participantes entram em transe, fazendo com que “recebam” entidades espirituais, essas entidades se ocuparão do corpo dos chamados “cavalos de santo” e “cavalgarão” no corpo que a recebe. (MENEGETTI D., 2011).

As religiões de matrizes africanas possuem forte ligação com a natureza e os seus fenômenos. Neste sentido, podem ser consideradas como religiões da natureza ou ecológicas. Aqueles que a seguem, destacam a importância aos eventos climáticos, no qual são representações de suas divindades, a exemplo de ventos ou trovões, elencando a necessidade de estar presente em matas, pois acreditam que são pontos de consciência ou até mesmo seres energéticos, no qual se ligam aos seres humanos.

Diferente da maioria das outras religiões, as de matrizes africanas não possuem textos dogmáticos, sendo a sua tradição difundida de forma oral e possuindo uma ampla variedade de ritos. No entanto, mantém a sua relação próxima com a natureza, ao saber invocar e manipular as energias que são encontradas na natureza e também nos animais, tido como o principal aprendizado para os seguidores dessa religião. (JÚNIOR, 2012).

Os praticantes dessas religiões acreditam que o sangue detém uma importância na vida do indivíduo, porque a partir dele, é gerado uma fonte de energia, na qual é conduzida como um agente transformador, podendo trazer a cura por meio dos seus rituais. De acordo com Ferreira CP (1961), entre os ritos dessa religião há a permissão de sacrifício ou de oferenda de um animal com o intuito de melhorar a saúde de um paciente, mesmo que este esteja em fase terminal. O sacrifício é considerado válido mesmo que o enfermo não tenha consciência de que está sendo feito o ritual.

Os seguidores dessas religiões encontram uma variedade de dificuldades em nosso país no que se refere ao sacrifício animal, pois no Brasil são praticamente intransponíveis as dificuldades para o sacrifício de animais no interior de uma área hospitalar. Diante da dificuldade de externar suas crenças de modos mais explícitos nos hospitais, a exemplo do sacrifício de animais, é comum que seus seguidores optem pela retirada dos enfermos dos hospitais e os levem para seus lares, onde poderão praticar seus rituais com liberdade e longe de olhares críticos (POSSEBON, 2007).

Os adeptos de religiões de matriz africana e todos os seus subgrupos, não demonstram aversão no que se refere a transplante de órgãos. Compreendem e aceitam a decisão médica no que se refere à morte cerebral e acreditam que o espírito daquele que falece, continua rondando o corpo, porém, diferentemente da crença budista, eles não creem que manipular o cadáver poderá, de certa forma, atrapalhar ou exercer influência sob o espírito em seu período *post mortem*. Alguns dos grupos aceitam a figura da ortotanásia, caso o chefe ou administrador do terreiro ou da casa (conhecidos também como “pai de santo” ou “babalorixá”) afirmam que o espírito já abandonou sua antiga casa (corpo), mesmo que o corpo se mantenha “vivo” por meios artificiais fazendo uso de aparelhos.

Semelhante ao budismo, os seguidores crêem que a morte faz parte do ciclo natural da vida e que os seres que permanecem vivos não devem deixar que emoções extremas façam parte do seu ser. Visto que, tais emoções tornam as pessoas vulneráveis e frágeis. Caso ocorra uma interação com essas emoções, acredita-se que aqueles espíritos desencarnados ficam junto aos vivos durante alguns atos fisiológicos, como durante o processo de alimentação, podendo estender-se a práticas sexuais, alimentando-se das energias que são emanadas através desses atos. (SILVA WG, 2005).

4.4 RELIGIÃO E SOCIEDADE

A religião está inserida em todas as sociedades, por ser uma forma de cultura, viabiliza uma visão mais ampla das perspectivas teóricas e práticas das crenças e os seus fundamentos; os quais não possuem base em apenas conhecimentos científicos, filosóficos ou teológicos, pois, prevalece em maior quantidade no conhecimento empírico, obtido através do cotidiano dos indivíduos, relacionando experiências pessoais, sentimentos e entendimentos particulares, além de buscar algo maior, a fim de que compreenda a sua crença em uma totalidade, ou seja, a religião se torna um determinante social.

Conforme descrito em uma pesquisa realizada através do *Datafolha*, após 2.948 entrevistas realizadas em 176 municípios de todo o país, foi possível detalhar dados da população brasileira, em resposta aos seus seguimentos religiosos; indivíduos que seguem a religião católica compõe cerca de 50% da população, 31% seguem o evangelho (protestante), 10% não possuem ou não declararam religião e 9% foram divididos em outras religiões. (DATAFOLHA, 2020). Deste modo, pode-se perceber que em média 81% dos brasileiros possuem ou seguem religiões que tem por base a fé cristã e, conseqüentemente, seguem uma cosmovisão cristã.

Além disso, em entrevista ao “*Jornal da USP no Ar*”, a professora Tânia Alves, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), ao comentar sobre o tema da eutanásia, afirmou que a religião é a principal barreira na discussão sobre eutanásia: “Nos países essencialmente católicos, existe uma crença onde se diz que Deus determina o nascimento, a vida e a morte, e que uma pessoa não teria o direito de interromper esse fluxo natural”.

Estes argumentos têm por base o estudo da Bíblia Cristã (livro sagrado, que serve como base para os estudos e formações das religiões de origem cristã), no entanto, não há registro claro que relacione essa passagem com a eutanásia, mas descreve sobre a proibição do homicídio, a qual é encontrada no sexto mandamento, Deus resume o valor e o sentido da vida, em: “Não matarás” (Êxodo 20:13), este mandamento afirma que os sujeitos devem honrar a vida que Deus os dá. Deus é o doador da existência e o único que poderá tirá-la. Sendo, portanto, o homicídio uma quebra do sexto mandamento, ação na qual tem origem do pecado e desobediência da humanidade, que transgredem a Lei de Deus.

No caso do suicídio, outro exemplo citado na Bíblia, com a mesma perspectiva explicativa, é a trajetória de vida do Rei Saul, descrito em (I Crônicas 10:4), “Então Saul ordenou ao seu escudeiro: Tire sua espada e mate-me, se não sofrerei a vergonha de cair nas

mãos desses incircuncisos. Mas o seu escudeiro estava apavorado e não quis fazê-lo. Saul, então, apanhou a própria espada e jogou-se sobre ela”.

Fora do contexto cristão, o conceito de Homicídio é “Ação de matar uma pessoa”. E o conceito de Suicídio é “Ato ou efeito de suicidar-se. Ruína, perdição procurada espontaneamente”. (GAMA KURY, 2010). De acordo com os conceitos de homicídio e suicídio, na perspectiva cristã e científica, é possível identificar as diferenças com o conceito e atividade que provém da eutanásia, não havendo relação com indicativo das ações homicidas e suicidas.

4.4.1 ARGUMENTOS E CONTRA-ARGUMENTOS DA RELIGIÃO ACERCA DA EUTANÁSIA

A respeito dos argumentos descritos pelos seguidores do cristianismo e judaísmo ao serem contra o instituto da eutanásia, é elencada a assertiva de que a vida pertence a Deus e só Ele é digno e detém o poder de tirá-la de todo ser. Em contrapartida, partindo do pressuposto de que o Brasil é um país laico e as pessoas não são determinadas a seguir unicamente uma cosmovisão cristã, judaica ou de alguma outra religião, a liberdade de expressão e a liberdade religiosa surgem a partir do momento em que os indivíduos podem optar por crer ou não crer e seguir ou não querer seguir qualquer atividade pré-existente como grupo de crenças ou divindade.

Além disso, outro fato que faz referência ao argumento de que há liberdade de expressão, opinião e opção, que não é seguido de forma coerente, é o fundamento instituído na sociedade atual, que prevalece o significado da vida, a uma origem divina, referente ao que se acredita que a vida é um dom divino e apenas Deus pode tirá-la em um momento planejado, ou seja, apenas o Deus soberano poderá determinar o início e o fim da vida.

Seguir a risca tal ideia teria como resultado descartar as alterações corporais por meio cirúrgico, ao decorrer do tempo e caso surja modificações ou desenvolvimentos de enfermidades, seria mais uma escolha divina em pôr fim a vida; deste modo, seria a clara demonstração de que o Ser Superior está colocando fim na vida humana, pois, a depender da enfermidade caso não seja tratada em tempo hábil levará o enfermo à morte, não podendo o humano lutar contra tais investidas divinas.

Lutar contra tal destino imposto é semelhante a lutar contra o desejo soberano de que o corpo deve perecer, o perecimento do corpo irá levar o paciente ao encontro de seu fim certo, ou seja, a morte. Ao defender com veemência que apenas Deus poderá prover e retirar a vida,

em casos extremos, poderia ocorrer a defesa dos indivíduos que optam por prolongar a vida por meio de cuidados médicos ou intervenções cirúrgicas e não fossem autorizados a manter esta decisão, pois seria contrárias ao desejo do único dono da vida, ou seja, Deus.

Desta forma, a liberdade em fazer uso de medicamentos que possuem substâncias destinadas a diminuir a dor, que até mesmo restaure a saúde e com isso prolongaria a vida, seria retirada; pois como o ato de escolher a morte digna seria contra os princípios cristãos de que somente Deus pode tirar a vida, prolongar a vida ou ir à busca de uma cura para a enfermidade, também é correlacionado ao ato de ir contra a vontade divina de pôr fim vida humana.

4.5 A DOR COMO PARTE DA VIDA

Outro ponto defendido pela cosmovisão cristã é de que a dor faz parte da vida, inclusive utilizam como comprovação de suas afirmativas e embasamento teórico, a passagem bíblica na qual Jesus afirma que no mundo haverá aflições (João 16:33). Contudo, na própria Bíblia há dissertações de momentos em que há tentativas para diminuir a dor daqueles que sofrem, como em casos de cura que durante o contexto bíblico do Novo Testamento através de “milagres” realizados por Jesus e seus discípulos.

No momento em que Jesus Cristo estava crucificado, foi-lhe oferecida uma bebida que era muito usada na época com o intuito de diminuir o sofrimento dos sentenciados a morte de cruz. Na Bíblia deixa expressa recomendações para que faça uso de outras substâncias que diminuam a dor, como no caso em que o Apóstolo Paulo recomenda o uso do vinho ao seu amigo Timóteo (1 Timóteo 5:23) para o tratamento de enfermidade.

Ao observar no contexto cristão, desde a antiguidade há a utilização de métodos que tentam diminuir a dor e aliviar os sofrimentos físicos ou psíquicos dos indivíduos. Mesmo que haja uma correlação ao que se refere a ter um sofrimento na vida, a ser algo natural, também faz parte de um plano divino e não detemos o poder de retirá-la.

No entanto, práticas para diminuir sofrimentos, são corriqueiros na vida humana e impossibilita os indivíduos de negarem atos de compaixão por aqueles que o fazem. Sendo assim, é imprescindível destacar a importância do instituto da eutanásia, como uma conjuntura de tratamento, cuidado e afeto, para os seres.

A crença budista retrata uma filosofia mais autônoma, pregando a liberdade dos indivíduos. Neste caso, há permissão para que em selecionados momentos, seja autorizado a

uma pessoa em estado vegetativo ter sua vida ceifada; situação na qual não é permitida nas políticas do instituto da eutanásia, havendo exceção, se anteriormente ao estado vegetativo, o desejo da eutanásia tenha sido relatado pelo próprio paciente, sem influência de terceiros, respeitando as vontades e limitações do paciente, dando-lhe o direito de um fim digno, solicitado por ele mesmo, enquanto possuía capacidades físicas e psicológicas de abordar e decidir sobre o seu futuro.

5 DISTINÇÃO ENTRE SUICÍDIO ASSISTIDO, DISTANÁSIA, ORTOTANÁSIA E EUTANÁSIA

5.1 EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO

Ao elencar a distinção entre a eutanásia e o procedimento de suicídio assistido, é mantido o processo de observação em relação à atuação do sujeito ativo, ou seja, no que se refere à prática efetiva do ato.

O artigo 122 do Código Penal brasileiro comina sanções severas a todo aquele que contribui para a morte de outrem, diferentemente do que acontece no § 1º do art. 21 do Código Penal onde apresenta uma redução da pena caso o homicídio tenha sido praticado por motivo piedoso, nos casos em que há a contribuição para o suicídio, mesmo que os motivos também sejam piedosos, não haverá a redução da pena.

O agente que instiga, induz ou presta auxílio ao suicida poderá ter como um possível benefício, a atenuante genérica contida no art. 65, inciso III, *a* do Código Penal, que diz respeito ao fato de o agente ter cometido o crime por motivo de relevante valor social ou moral. Na eutanásia, o ato final dependerá da intervenção direta de um terceiro, provocando assim a morte do enfermo.

No caso do suicídio assistido, a morte é provocada pelo próprio paciente, mesmo havendo a colaboração do profissional de saúde à frente do caso (médico), para que seja concretizado o seu desejo de morrer. Como também, este profissional poderá auxiliar o paciente, ao fornecer informações ou meios precisos, os quais, o sujeito esteja necessitando a fim de que consiga obter êxito em seu intento. (STONE, T. Howard., *et al.*, 1996.). Desta forma, o paciente se posiciona de forma arriscada, devido ao fato de que a consumação do ato será resultado de uma conduta suicida.

Referente ao indivíduo no qual irá auxiliar o suicida, o mesmo não será o responsável por todo o risco acometido durante o procedimento, pois apenas irá prestar auxílio para a resolução do ato que deve ser realizado pelo paciente. (GOMES, Luiz Flávio., 2007).

De acordo com o ordenamento jurídico brasileiro, a tentativa frustrada de suicídio não resulta em um ato punitivo. Entretanto, há punição para o sujeito no qual induz, ou seja, que pratique o ato de introduzir na mente do indivíduo o desejo de se matar; instiga o ato de intensificar uma tendência suicida pré-existente no íntimo da vítima; ou auxílio, no qual é destacado ao contribuir de forma ativa, sendo por meio de formas materiais, fornecendo objetos, ou moralmente, por meio de instruções transmitidas à vítima, para que o suicídio seja concretizado. (SANTORO, Luciano de Freitas., 2010).

A prática do suicídio assistido, apresenta uma diferença relevante em relação a prática da eutanásia, por representar práticas variadas, ambas deveriam possuir tratamento dissemelhante. Apesar das distinções descritas, a eutanásia e o suicídio assistido, possuem a mesma perspectiva de ponto de vista e objetivo, referente ao respeito mantido do ordenamento jurídico brasileiro. Portanto, no Brasil, as duas ações de práticas “contra a vida”, retrata uma classificação de atos socialmente ilícitos, os quais tem por finalidade a morte de um indivíduo, mesmo que ocorram por motivações divergentes, são mantidas em uma mesma subdivisão.

5.2 EUTANÁSIA E DISTANÁSIA

Com o avanço da medicina e da tecnologia atual, é evidente o aumento do tempo em que o ser pode ter vida, mantendo cada vez mais uma perspectiva maior, ao prolongar os períodos de vida. Diante disso, o processo de morte é modificado por ser avaliada novas formas de adiar a morte por um tempo ou ser indeterminado o período de vida do paciente, mesmo em casos que os pacientes possuam diagnósticos de origem incurável.

Acerca dos recursos utilizados para o adiamento da morte e prolongamento da vida. De acordo com Maria Elisa Villa Bôas (2008):

Quando não se dispunha de tantos recursos, a falência orgânica era o sinal incontestável de que chegara o momento final. Hoje, as deficiências orgânicas vão sendo contornadas de maneira quase automática por substitutos artificiais, como se simplesmente fosse a conduta inevitável a se tomar: têm-se os ventiladores mecânicos para suprir a falência respiratória, após manobras de reanimação cardiorrespiratória; drogas cardiotrópicas para fazer o coração recalcitrante continuar a bater; métodos dialíticos para assumir a função dos rins quando estes já não

funcionam... Apenas o sistema nervoso ainda não pôde ser substituído, razão por que configura o atual critério médico e jurídico de morte. (VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida. *Op.cit.*, P. 45., 2008).

Durante o avanço da medicina atual, houve o surgimento da distanásia, na qual possui o significado de “a morte lenta e sofrida, prolongada, distanciada pelos recursos médicos, à revelia do conforto e da vontade do indivíduo que morre”. (VILLAS-BÔAS, 2008). Diante deste progresso, a distanásia obteve um retorno negativo no cenário mundial, pois, resultou em uma obsessão pela adoção de medidas adotadas pelos médicos que são vistas de forma excessivas, as quais são resultados de possibilidades abertas pela tecnociência. (AOUI-MRAD., 2001), tais medidas são vistas como uma espécie de “encarniçamento terapêutico”, ou, obstinação, furor (BLANCO, 2010), ativismo, intensivíssimo (NETO, Luísa. 2004) terapêutico ou determinismo biológico-médico (PESSINI, Léo. 2004), são pautadas pelo critério de quantidade da vida, sendo investido todos os recursos possíveis para a manutenção da vida do paciente.

Segundo descrito por Daniel Serrão (1991), sobre os avanços da medicina e a medicalização da morte, é afirmado:

“O êxito espetacular dos médicos na luta contra muitas situações que há bem pouco tempo eram mortais criou nos médicos e no público, ao menos subconscientemente, a noção de que a morte podia ser vencida e que qualquer situação por muito grave que se apresentasse deveria ser tratada intensivamente com o objetivo de impedir a morte. Este conceito, que se designa atualmente por intensivíssimo, tem plena justificação em situações especiais como os grandes traumatizados e o infarto do miocárdio, por exemplo. É inteiramente absurdo no doente crônico que atingiu o estado terminal, que deve ter tratamento dos seus sintomas, mas não um intensivíssimo dirigido a uma cura já seguramente impossível no estado atual da ciência médica”. (SERRÃO, Daniel. Bioética. Perspectiva médica. Revista da Ordem dos Advogados, a. 51, p. 425, jul. 1991.).

Com a utilização da tecnologia moderna e da “medicação da morte”, a prática da distanásia desenvolveu uma espécie de luta contra o processo natural do corpo, tendo como resultado o prolongamento dos dias, em um processo que não visa a cura total ou parcial do paciente, mas uma tentativa infrutífera de refrear a morte.

Durante o percorrer da luta contra a morte certa, foi observado que o processo da distanásia não pretende prolongar a vida do indivíduo, mas tem por objetivo prolongar o processo de morrer. (PESSINI, Léo., 2000). Sendo assim, poderá contribuir para que os dias finais do paciente se tornem cada vez mais doloroso e sombrio; a chegada da morte deixa de fazer parte de sensações e etapas naturais e começa a ser algo passível de manipulação.

A distanásia diferentemente da eutanásia, faz com que o paciente tenha uma morte adiada e uma sobrevivência indigna, dando ao paciente uma carga dolorosa em seus últimos

dias. Isto posto, a distanásia, é destacada por ser uma totalidade de uma desfiguração da arte médica, reduzindo a vida à sua dimensão biológica, ou seja, encarar a morte como uma inimiga e desconsiderar o processo natural da vida, é desconsiderar as características dos seres. Sendo assim a distanásia passa a ser considerada como uma má conduta médica.

Santos (2011), define:

“A prática consiste em sobrecarregar constantemente a pessoa doente com atos médicos que a impedem de morrer na paz possível, verificando-se existir deste modo um interesse razoável em prolongar cada minuto de vida, independentemente da sua qualidade. Trata-se de atuações que são consideradas desproporcionais ao estado da pessoa doente, que delas não retirará qualquer benefício”. (SANTOS, Laura Ferreira dos., 2011. p. 56-57.).

Ao combater contra a morte, a distanásia mantém o paciente vivo a qualquer custo, sendo sequenciando de transpassar o modo de qualidade de vida do paciente, pois, são condenados a sofrimentos extremos, físicos e psicológicos, com o intuito de manter o corpo vivo.

Sujeitar uma pessoa à degradante situação de se submeter a uma sobrevida mantendo a vida à custa de tratamentos diversos, permitindo alcances invasivos e dolorosos, mesmo com todos os cuidados e conhecimentos atualizados pela ciência atual, observa-se que são utilizados métodos fúteis e desproporcionais, os quais resultam em um atentado claro a qualidade de vida de qualquer pessoa que esteja sujeita a este caso. Retira-se toda a compaixão pelo ser humano e o coloca em uma classificação para análise de teste para experiência biológica, na qual o paciente não mais vive, mas apenas sobrevive, condenado a passar os últimos dias aguardando a morte em meio a sofrimentos.

Ao fazer uso da distanásia, outras dimensões do ser humano são descartadas, como por exemplo, os tratamentos médicos não terão como objetivo principal atender o ser humano, pois, se torna elemento secundário no processo da distanásia, na qual possui respaldo maior em aspectos somáticos e biomoleculares da pessoa. O avanço médico deve atender aos interesses dos indivíduos, não apenas aos interesses de outras dimensões humanas.

A distanásia fere o juramento de Hipócrates ao submeter o paciente a tratamentos extremos, mesmo com consciência de que tais tratamentos irão causar lesões ao corpo do paciente e não resultará em uma cura. É possível correlacionar esta temática, com o escrito de Neto (2004), “Juro por Apolo, por Esculápio e por todos os deuses e deusas. Farei tudo para ajudar os doentes de acordo com a mesma aptidão e critério, mas nunca com a intenção de lesar ou fazer mal”. (NETO, 2004).

Ser favorável à utilização da ciência médica com o propósito de manter a sobrevivência dos pacientes a todo custo é um equívoco no qual deverá ser renunciado, evitando que o paciente esteja submetido aos “bombardeios químicos”. (FERNANDO, 1994). Defender a distanásia, é contribuir para que algumas Unidades de Tratamentos, tenham estruturas para serem verdadeiros depósitos de enfermos que não possuem cura, alimentados pela “tirania da cura” (PESSINI, 2004) e o “imperialismo médico” (DIJON, 1982), os quais são empregados todos os recursos médicos e tecnológicos para provocar a sobrevida dos pacientes, mesmo que seja resultante disto, isolamento, desconforto e sofrimento. (BLANCO, 2010).

Teme-se que a distanásia possui finalidades estritamente econômicas, pois, ao manter com vida, pacientes incuráveis internos em áreas hospitalares ou em unidades de tratamentos, poderão obter uma fonte de crescimento absoluto nos custos e lucros para os médicos, como também, para as unidades hospitalares que mantiverem estes pacientes. (DOUGHERTY, 1994).

Diante de novas perspectivas, dá-se uma evolução nas premissas que fundamentam defesas remetidas a distanásia como uma prática aceitável. Dito isto, tais concepções afastarão dos médicos e dos hospitais, a busca obstinada pela manutenção da vida corpórea do paciente.

De acordo com os estudos de Léo Pessini (2009), acerca da distanásia, o pesquisador aponta que há diferentes paradigmas da medicina, os quais sendo bem compreendidos trarão novas concepções sobre os propósitos médicos, são eles: paradigma científico-tecnológico, que é o esforço realizado para prolongar ao máximo a sobrevivência, como uma forma de respeito que é devido à vida humana; o segundo paradigma a ser observado é o comercial-empresarial, no qual, o tipo de tratamento a ser ministrado irá depender essencialmente da capacidade econômica do paciente e caso seja estabelecido por um seguro de saúde, estará sujeito a sua amplitude.

Posto isto, as decisões acerca do progresso ou regresso do tratamento médico, levará em consideração o lucro que poderá ser obtido ou não, com o prolongamento do tratamento; o terceiro paradigma a ser observado é o da benignidade humanitária e solidária, este modo coloca o ser humano como o valor central da medicina.

O indivíduo passa a ser o foco dos avanços médicos e tecnológicos, tendo por base a consideração a vida, a saúde e a dignidade humana do paciente. A medicina se torna um mecanismo utilizado em benefício dos elementos humanos, integrando a aflição em conseguir manter o paciente vivo, saudável e obtendo uma vida digna, sem levá-lo a aguardar a morte de forma que o atormente, com sofrimentos constantes, tendo em vista um adiamento do fim. O

paradigma que observa princípios benignos e solidários afasta a possibilidade de prorrogar a vida de forma de indefinida e inútil.

A distanásia e a eutanásia são procedimentos distintos, por transpor finalidades divergentes. O desígnio da eutanásia, é obter a busca por meios solidários e caridosos, pontuar e finalizar os sofrimentos dos pacientes, os quais possuem doenças incuráveis e coabitam com dores constantes. A distanásia tem por objetivo, conquistar a manutenção da vida, na qual é considerada como indigna pelo paciente, quando é elencada uma vivência em momentos árduos e de sofrimentos constantes, enquanto está na tentativa de sobreviver a um conflito contra a natureza humana, em que a morte faz parte.

Adiar a morte quando há demonstrações de que o momento em que ela chegará, é inevitável, é o mesmo de que lutar contra os princípios naturais e sentenciar o paciente a um final de vida regado de sofrimentos constantes e tratamentos ofensivos.

O ser humano como sujeito digno, deverá obter o direito de viver e usufruir de diversos momentos, ao decorrer de sua vida. Por isso, é importante destacar que o estado de sobrevivência, é diferente de viver, por motivos claros. Ao sobreviver, aspectos alheios a vontade do paciente, é utilizado como experimentos médicos, na tentativa de forçar o prolongamento de um sofrimento (ou vida), o qual diante de novos experimentos, se torna indeterminado. A partir de suas lutas para manter o paciente vivo, os responsáveis irão fazer o possível para adiar a morte e não conservar a boa vida.

Ser contra a distanásia é ser a favor da dignidade da pessoa humana e respeitar as decisões naturais do ser humano. Aceitar a distanásia é apoiar uma pena perpétua ao paciente, regada de tortura e consequente sofrimento inútil ao seu bem-estar.

5.3 EUTANÁSIA E ORTOTANÁSIA

A ortotanásia tem origem nos radicais gregos *orthos* (correto) e *thanatos* (morte), ou seja, a nomenclatura indica a morte em seu tempo correto, sem ser adiada ou adiantada, respeitando o curso natural da vida sem interferência no processo da morte. A ortotanásia tem como objetivo um processo de morte humanizado, evitando que o paciente sofra com tratamentos abusivos, no qual prolongue a sua vida e que não provoque a morte de forma direta; pois a morte se torna um resultado representativo de uma enfermidade do corpo e seguindo o padecimento natural do ser.

Neste caso, não há interferência direta no sentido de provocar a morte, como ocorre durante o processo da eutanásia. A ortotanásia, possui medidas opostas da eutanásia, na qual, trata-se de uma intervenção direta sobre a vida do enfermo, buscando o alívio imediato das dores que o assolam, sendo que na ortotanásia os cuidados em diminuir as dores e fornecer conforto não são consequências, mas são seu objetivo principal, sem que seja necessário provocar a morte. A ortotanásia difere do percurso traçado pela distanásia, devido ao fato de não postergar de forma indeterminada a morte.

A ortotanásia adota uma postura intermediária em relação a eutanásia e a distanásia, na qual permite que a morte siga o curso natural, sem interferências, como a oferta de um tratamento médico ou o surgimento da opção por não dar continuidade ao tratamento iniciado pelos responsáveis do enfermo, mantendo apenas os cuidados básicos para a manutenção da saúde do paciente. (VILLAS-BOÂS, 2009).

Sendo assim, a ortotanásia tende a tornar o processo da morte, a uma forma mais humanizada, sem ser favorável aos tratamentos que são invasivos ao corpo humano, sendo evidente a negativa do uso dos meios desproporcionais. (GAFO FERNÁNDEZ., 2000). A morte virá durante o período de tempo natural, quando o organismo efetivamente alcança um grau de deterioração incontornável. (VILLAS-BOÂS, 2008), a equipe médica, por meio de um prognóstico irá atestar a situação do paciente, no qual, inevitavelmente chegará ao fim de sua vida.

Ao comparar os institutos, segundo Tereza Rodrigues Vieira (2006), há diferença entre a ortotanásia da distanásia, colocando-os em patamares opostos:

“A ortotanásia estriba-se em deixar morrer o doente de morte natural por abstenção ou omissão de cuidados. A distanásia, por sua vez, consiste em conservar em vida um doente tido como incurável, esbanjando cuidados extraordinários, desvelos sem os quais ele não poderia subsistir”. (VIEIRA, Tereza Rodrigues., p. 33., 2006).

A ortotanásia apresenta uma conduta de caráter passivo, diferenciando-se da eutanásia passiva em suas características, pois não pratica ações de caráter ativo em relação ao processo da morte, para encurtar ou prolongar a vida humana. Apesar do caráter passivo em relação a assertiva de um prolongamento ou encurtamento da vida, a ortotanásia possui um caráter humanístico, no qual possibilita que se tenha um comportamento ativo, em relação aos cuidados devidos aos pacientes em seus momentos finais; utilizando a assistência médica qualificada, na qual está à frente do caso, tendo em vista, fornecer um maior conforto ao enfermo.

Neste caso, a ortotanásia é favorável aos cuidados médicos em aspectos físicos e psicológicos, como também, nas relações afetivas do enfermo, tendo em vista, uma melhoria significativa para seu conforto, enquanto não há o encontro com o destino natural de todos os seres vivos. É notória a facilidade com que as nomenclaturas: ortotanásia e eutanásia se encaixam em diversos contextos; é evidente que seja frequente um único entendimento acerca de toda modalidade e utilização de métodos, destes dois processos, os quais possuem atividades distintas.

No entanto, é importante descrever as divergências, como é visto no processo da eutanásia, no qual é um meio buscado para findar o sofrimento do paciente terminal, alcançando a morte do indivíduo. É possível diferenciar os meios usados de acordo com cada modalidade apresentada; no caso da eutanásia passiva, o método utilizado é a omissão dos tratamentos ou cuidados proporcionais, que, caso continuem sendo utilizados ou se inicie a sua utilização, o paciente terá sua vida preservada, bem como os sofrimentos que lhe acompanham.

Como também, é divergente da ortotanásia, na qual permite que ocorra a omissão ou que não possua a utilização de medicamentos ou interferências diretas, nas quais são consideradas desproporcionais, e que não iriam levar soluções ao paciente, além de postergar a vida e consequentemente adiar a sua morte natural.

Na eutanásia passiva, há a presença do nexo de causalidade, no qual é responsável por unir a conduta médica e a morte do paciente. Diante disto, mesmo que a doença do paciente seja considerada incurável e a morte seja certa, o paciente não terá a sua morte como uma consequência natural da enfermidade, mas será causada de forma direta por um terceiro, na qual deverá ser assumida por uma equipe qualificada de profissionais de saúde e que seja responsável atuante pelo caso, no qual durante o processo da eutanásia passiva, é a omissão de cuidados vitais, que se forem ministrados, o paciente não irá à óbito.

Na ortotanásia, a morte poderá ocorrer por diversos fatores, sendo uma consequência inflexível da terminalidade do enfermo, não sendo guiado através da omissão, mas, pelo natural percurso da vida humana.

Na eutanásia passiva, a morte é provocada pela omissão. Na ortotanásia, a morte é causada de maneira habitual, sendo decorrência natural de uma vida que efetivamente chega ao seu fim, ao desistir de tentativas que tem como finalidade, prolongar um sofrimento do paciente e não proporcionar a cura para a sua enfermidade.

Apesar da omissão, no ato da ortotanásia, não há o abandono do médico ao paciente, pois os médicos permanecem se dedicando ao paciente na tentativa de evitar dores e

sofrimentos. A eutanásia passiva, irá adiantar o processo da morte com objetivo de evitar a dor e por motivos piedosos, enquanto a ortotanásia evitará o prolongamento indevido da vida (GOLDIM, José Roberto., 2010), sem obter o uso de tratamentos inúteis à restauração da saúde do paciente.

A ortotanásia divide-se entre os extremos e a busca por encurtar a vida, a eutanásia para interromper o sofrimento e a distanásia busca o prolongamento da vida. Ser contrário a distanásia e ao mesmo tempo ser favorável a ortotanásia, faz com que o paciente possa ter a opção de escolha acerca do uso da tecnologia, sem precisar estar sujeito irrestritamente a uma concepção mecânica da medicina e da vida humana. O paciente poderá escolher se quer continuar a vida com tratamentos médicos, estando consciente de que os tratamentos serão incapazes de restaurar a saúde do enfermo ou poderá abrir mão de tais cuidados e deixar que a vida siga seu curso natural.

Ao optar pela ortotanásia, o médico que acompanha o enfermo estará resguardado pelo art. 5º, inciso III da Constituição da República brasileira, que diz expressamente: “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”. (MÖLLER, Letícia Ludwing., 2012).

A ortotanásia possui o apoio da Igreja Católica apostólica romana, na qual por meio de declaração expressa, a “Declaração sobre a Eutanásia” manifestada no ano de 1980, declarou uma demonstração de apoio a prática da ortotanásia, absolvendo de culpa o médico responsável pelo paciente e o indivíduo, facultando ao paciente o uso da distanásia e repudiando a prática da eutanásia.

“Na iminência de uma morte inevitável, apesar dos meios usados, é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes. Por isso, o médico não tem motivos para se angustiar, como se não tivesse prestado assistência a uma pessoa em perigo”. (FARAH, Elias. p. 175., 2012).

A Associação Médica Mundial, durante o decorrer da 37ª Assembleia Médica Mundial, na qual ocorreu em Madri – Espanha, adotou uma postura contrária a eutanásia, tratando-a como atitude antiética e adotou postura favorável a ortotanásia, também protegendo o médico de possíveis penas, por omissão. A declaração oriunda do encontro ocorrido em 1987, deixa clara a sua posição, descrevendo que a eutanásia, é o ato de deliberadamente terminar a vida de um paciente, mesmo a pedido do próprio paciente ou a pedido de parentes próximos, é antiética. Isto não impede o médico de respeitar o desejo de

um paciente de permitir que o processo natural de morte a seguir o seu curso na fase terminal da doença. (GODINHO, Adriano Marteleto., 2016).

O Comitê Europeu de Saúde, em 1981 lavrou uma advertência a partir da perspectiva da Assembleia Médica Mundial:

“Lutar, certamente, é esse o papel próprio do pessoal de saúde; mas saber renunciar é ainda melhor quando tudo está perdido e o responsável sabe que assim é. Então temos que saber mudar de óptica e tudo será ordenado para uma nova finalidade: não para salvar o que já não pode ser salvo mas para assegurar ao doente, por todos os meios, o fim mais confortável que for possível, dar-lhe uma ajuda permanente, porque há sempre alguma coisa que lhe pode ser feita e que ajuda o moribundo a viver a sua morte”. (SERRÃO, Daniel. p. 428., 2009).

Os textos descritos, citados e aprovados pela Igreja Católica Apostólica Romana, pela Associação Médica Mundial e pelo Comitê Europeu de Saúde, demonstram estar favoráveis ao instituto da ortotanásia, negando a eutanásia em todas as suas modalidades.

Ao aceitar que morte é um desfecho natural da vida, buscam na ortotanásia um meio de propor um final digno ao enfermo que esteja prestes a falecer. No entanto, apesar de conceitos e práticas diferentes, a ortotanásia e a eutanásia possuem resultados em uma mesma linha de finalidade, mesmo que o percurso seja dissemelhante. Ao defender a prática da ortotanásia como uma forma mais humanista e negar veemente a eutanásia não são observados a assertiva que em ambos os casos, há uma busca por um mesmo sentido final; ou seja, uma boa morte para o enfermo e uma dignidade ao término de sua vida.

Defender a ortotanásia e negar a eutanásia é optar por um final digno, no entanto, traçado por caminhos diferentes, sendo a eutanásia o caminho mais curto para o destino final, e que, muitas vezes torna-se o mais agradável àquele que anseia desesperadamente por este fim. Permitir o direito de escolha do paciente ao uso da ortotanásia, é permitir que ele tenha consciência de sua própria decisão sobre o destino de sua vida. Como também, demonstrou ter o apoio das autoridades religiosas e científicas.

Em contrapartida, a eutanásia também tem em vista a busca por um alcance da autonomia do paciente, com o intuito de proporcionar ao paciente, as decisões acerca de sua vida e, conseqüentemente, do final de sua vida; optando por situações de prosseguir com medidas paliativas oferecidas pela ortotanásia ou se irá acelerar o processo natural, no qual, é a morte. Após a decisão, o desejo do paciente deverá ser mantido e cumprido através de toda assistência médica necessária, com respeito a sua autonomia e dignidade.

6 ENQUADRAMENTO LEGAL DA EUTANÁSIA NO BRASIL

6.1 DEFESA À EUTANÁSIA

Defender a eutanásia é destacar direitos que devem estar de forma vigente, nos quais permitem que sejam observados; como o direito à vida, à saúde e à integridade física. Como também, a proibição de tratamentos degradantes, a dignidade da pessoa humana, a liberdade do indivíduo relacionada a ideologias e religiões, o direito à intimidade, sendo o indivíduo o principal interessado nesses requisitos.

Respeitar o direito à eutanásia é respeitar a autonomia do indivíduo em um momento pessoal e íntimo, diferentemente do que ocorre no nascimento, no qual o indivíduo não possui controle sobre o que irá acontecer posteriormente em sua vida, no entanto, a depender do caso, o período da morte, poderá ocorrer de forma diferente.

Apoiar a eutanásia é perceber que o indivíduo tem o direito de optar por não prosseguir com uma vida de sofrimento, na qual poderá envolver pessoas próximas, que de modo geral o acompanham e são responsáveis por carregarem junto do paciente, fatos de indignidade motivados pela alta quantidade de sofrimento.

Observar o sofrimento constante de quem você ama sendo impedido de fazer algo para sanar a dor, é uma penitência para quem sente as dores diretamente, bem como para quem possui vínculos com o enfermo. Neste caso, podem transmitir sentimentos para outros indivíduos, transformando a dor inicial em um encadeamento de sofrimento, ou seja, a morte para o enfermo, caso ele opte, será mantida como um comportamento de libertação, não apenas para o enfermo, como também, para os que são próximos. A depender da constituição, o ato da eutanásia poderá ser mantido em diferentes contextos.

6.2 MODELOS REFERENTES À EUTANÁSIA

Acerca da eutanásia, das interpretações constitucionais e dos princípios a serem aplicados, Fernando Rey Martínez (2009), faz referência aos preceitos contidos na legislação espanhola, nos quais correspondem aos mesmos valores que serviram de orientação ao texto da Constituição brasileira, ao apresentar quatro modelos distintos que podem ser extraídos em relação à eutanásia direta.

O primeiro modelo apresentado por Martínez (2009) é a absoluta proibição constitucional da eutanásia, na qual tem por base de argumentos, a proteção jurídica da vida; todo ato tido como um atentado contra a essa proteção, (mesmo que ocorra a pedido do titular

por meio de sua solicitação), deverá ser coibido, buscando a máxima proteção à vida, dando ao Estado a obrigação de proteger a vida humana. Portanto, independente da vontade do ser humano ser mantida, quanto à vida ou a morte, o Estado deverá resguardar a vida do indivíduo até que não se torne mais possível.

O segundo modelo apresentado por Martínez (2009), se refere a eutanásia como um direito fundamental. Sendo contrário ao primeiro modelo e obtendo início ao manter o respeito ao princípio do livre desenvolvimento da personalidade. Este modelo apresenta uma ideia contrária ao direito fundamental à vida, permitindo que o indivíduo obtenha o direito de impor a sua vontade no que se refere a sua própria vida.

Através da autoridade oferecida ao indivíduo de dispor da sua própria vida, este modelo torna legítima a eutanásia e o suicídio, os quais mantêm uma clara manifestação da vontade do titular da vida (no ordenamento jurídico brasileiro, a tentativa frustrada de suicídio não sofre punição). Este modelo não criminalizaria a prática da eutanásia, como também, a do suicídio.

O terceiro modelo apresentado, é o que representa a eutanásia como uma manifestação específica do princípio da liberdade, estando sujeita à algumas limitações. Este segmento desenvolve argumentos e características similares ao que se refere à eutanásia como um direito fundamental. No entanto, há destaques que tem por objetivo, não conceder ao indivíduo uma liberdade irrestrita, na qual pode livremente dispor de sua própria vida de uma forma ativa e o indivíduo não estaria livre para adotar medidas como o suicídio, sem que encontrasse obstáculos legais que não permitisse que o paciente realizasse o desejo de pôr fim à vida.

Este modelo visa diminuir a frequência de atos em que as mortes se tornem trivial, adotando medidas impostas pelo poder público, como uma espécie de freios para os que mantivessem a intenção de dispor livremente de sua vida.

O quarto modelo descrito, encontra-se amparado em ordens judiciais, na qual, é o modelo da eutanásia como exceção legislativa legítima, sob determinadas condições da proteção constitucional da vida humana. Deste modo, há a permissão da prática da eutanásia de forma excepcional e legítima, desde que mantivesse observações de condições impostas pela lei. Em contrapartida, este modelo não é taxativo quanto a proibição, tal como o primeiro modelo, no entanto, não possui um alto nível de possibilidades relacionadas a liberdade, como o segundo. A eutanásia seria aceita caso preenchesse os requisitos exigidos pelo legislador ordinário.

6.3 ORDENAMENTO JURÍDICO

O Ordenamento Jurídico Brasileiro, ao prezar pelo preceito constitucional da inviolabilidade da vida humana, acrescenta tal preceito, como uma garantia no rol dos direitos fundamentais; e não apresenta a possibilidade de o indivíduo optar pela supressão de sua vida, adota-se, portanto, o primeiro modelo apresentado.

Além disso, a prática da eutanásia segue sendo proibida, pois, o ordenamento jurídico brasileiro, compreende que deve ser seguido três ordens de deveres relacionados a vida: sendo deveres relacionados a vida alheia, no qual visa a proteção da vida, evitando a prática de homicídios e o induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio; os deveres do Estado para com a vida de seus súditos, ou seja, direitos considerados tanto positivos como negativos; e deveres do indivíduo consigo mesmo, no qual, acredita-se que a vida não é um bem disponível (CASABONA, 2000).

A vida é considerada um bem jurídico de maior escalão, fazendo com que o ato de suprimir a vida só possa ocorrer por causas naturais ou em casos extremos, a exemplo de casos de aborto, no qual é permitido. Dito isto, é possível verificar de acordo com o caso descrito do Art. 128, I e II, Código Penal:

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: (Vide ADPF 54) Aborto necessário I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; Aborto no caso de gravidez resultante de estupro II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. (CÓDIGO PENAL, artigo. 128, I e II)

Além deste caso, é permitido e aceito a opção de morte no Brasil, ao declarar guerra; conforme descrito no Art. 84, XIX, da Constituição Federal. Na qual, compete ao Presidente da República, declarar a guerra. A pena deverá ser executada em observância do Código Penal Militar e Código de Processo Penal Militar, como se pode observar no Art. 55, do Código Penal Militar (DOFC, 1969): Penas principais Art. 55. As penas principais são: a) morte; que de acordo com o Artigo 56 do mesmo código a pena deverá ser executada por meio do fuzilamento “Art. 56., A pena de morte é executada por fuzilamento”.

O Código Penal Militar apresenta várias hipóteses que possibilitam a aplicação de pena de morte, em caso de guerra declarada: traição (art. 355), favorecimento ao inimigo (art. 356), fuga em presença do inimigo (art. 365), insubordinação (art. 387), dentre outras.

Caso a atitude não esteja relacionada a situações citadas, de acordo com o atual Ordenamento Jurídico Brasileiro, a vida deverá ser preservada ao máximo, coibindo a atitude como a eutanásia e suicídio assistido, transformando as atitudes como atos ilícitos no Brasil.

No entanto, no Código Penal Brasileiro, não há a previsão de um tipo específico que se classifique como uma figura representativa da eutanásia, sem obter referências no Ordenamento Jurídico, havendo a pena relacionada para o ato do homicídio.

A eutanásia não pode executar as mesmas penas que são aplicadas ao homicídio. O caso mais similar a figura da eutanásia, é encontrado no artigo 121, § 1º, do Código Penal Brasileiro, em que há uma redução da pena ao avaliar a motivação do homicídio:

Art. 121. Matar alguém: Pena - reclusão, de seis a vinte anos. Caso de diminuição de pena

§ 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

A eutanásia é idealizada como uma forma de homicídio no Brasil, havendo redução da pena nos termos do artigo 121, § 1º, do Código Penal Brasileiro, pois, pelo fato de a eutanásia ser um meio utilizado para findar o sofrimento da vítima, mediante a solicitação da própria vítima, a eutanásia poderá se enquadrar em “motivo de relevante valor moral”, ensejando, caso seja assim entendido, por aquele que irá julgar o caso, a redução da pena do agente que a tiver cometido.

Com o avanço da sociedade atual e a constante mudança de pensamentos e visões acerca da personalidade e de seu desenvolvimento, há a necessidade de uma nova regulamentação na qual observe e acompanhe as mudanças.

A eutanásia é considerada uma prática ilícita e erroneamente é inserida em uma mesma classificação do homicídio, no qual a eutanásia deveria receber uma nova regulamentação que pudesse realizar a separação da conduta eutanásica, do homicídio. Em ambos os casos, as suas motivações são claras, de acordo com os desejos expressos da vítima.

Com uma nova regulamentação, há um formato para abranger figuras que são relacionadas ao respeito à vida e que ganharam apoio de alguns segmentos. No entanto, mesmo atualmente e com todos os avanços constitucionais, não há nenhuma regulamentação ou norma jurídica vigente em nosso país, em âmbito federal, que dê legitimidade direta e explícita; há exemplo da prática da ortotanásia, que apesar de não acarretar diretamente na abreviação da vida, o resultado será a morte em virtude da enfermidade. Envolve-se assim, temas fundamentais no que diz respeito à vida humana e consequentemente ao bem-estar do

enfermo que esteja sofrendo, seja sofrimentos físicos ou psíquicos, porém, que são considerados extremos e contínuos para quem sofre.

7 A NECESSIDADE DE REGULAMENTAÇÃO LEGAL DA MATÉRIA

7.1 LEGITIMAÇÃO DA EUTANÁSIA E ORTOTANÁSIA

No Brasil, não há diploma a nível federativo, que trate diretamente da matéria; para legitimar ou rechaçar, diferente de diversas ordens jurídicas de outros países, que mesmo não fazendo uso de normas federativas, as normas estaduais são autônomas e acabam por regular a matéria por completo no Estado em que ela esteja em vigor. A exemplo, países como o Canadá, estados dos Estados Unidos da América, no continente Americano; Holanda, Bélgica, Suíça e Luxemburgo, no continente europeu; e mais próximo ao Brasil, na América Latina, a Colômbia. (CASTRO et al., 2016).

Estes países mantiveram decisões favoráveis à legitimação da eutanásia. Recentemente em Portugal, tem sido desenvolvido um debate acerca da temática, na qual poderá obter como resultado, o acréscimo de Portugal, sendo incluindo como mais um país europeu a legitimar o instituto da eutanásia, possuindo aprovação no dia 29 de Janeiro de 2021 pelo parlamento português uma lei que autoriza “a morte medicinalmente assistida”, o texto será submetido ao presidente Marcelo Rebelo de Sousa, no qual poderá promulgar, submeter à uma análise da Corte Constitucional, ou impor seu veto. (MINAS, 2021).

Ao descrever uma definição a respeito do tema em território nacional, os médicos brasileiros deixam de aplicar institutos aceitos por outras classes; como no caso da ortotanásia, a equipe médica adota a figura da distanásia, tendo em vista evitar que uma atitude ativa em relação a ortotanásia provoque penas para aqueles que fizerem uso da prática.

De acordo com Godinho (2016):

“(…) Enquanto diversas ordens jurídicas externas já contêm normas para legitimar ou rechaçar tais práticas, no Brasil não vigora nenhum diploma, em nível federal, que regule as matérias. Precisamente por isso, muitos médicos deixam de praticar a ortotanásia e insistem em ministrar tratamentos sabidamente inúteis aos pacientes terminais, pelo mero receio de virem a ser processados e condenados judicialmente. A regulamentação legal da ortotanásia, mediante a previsão expressa de que seu procedimento é lícito, será suficiente para sepultar as incertezas que pendem sobre o tema e para afastar em definitivo a distanásia da prática médica.” (GODINHO, 2016., p. 109)

Neste aspecto, a regulamentação da ortotanásia se desenvolveu e ganhou destaque em âmbito estadual. A Lei 10.241, de 17 de março de 1999, do Estado de São Paulo, no artigo 2º, descreve expressamente que: São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: (...) **XXIII** - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; (...) **XXIX** - optar pelo local da morte”. De acordo com este regulamento estadual, mesmo que não regulamente a nível nacional, demonstra o avanço direcionado ao entendimento sobre a importância e necessidade da regulamentação no que se refere aos tratamentos realizados para os pacientes em estados terminais ou que são portadores de doenças incuráveis, que acarretam sofrimentos intensos.

Esta lei em âmbito estadual tem funcionalidade para apoiar pacientes que mantêm um sentimento de desejo para fazer uso da ortotanásia; com o intuito de ter uma possibilidade para desfrutar o final de sua vida com os entes queridos, em um local que queira estar e se sinta mais confortável. A lei, apesar de representar avanço, não abrange níveis federais e também não atende aos anseios de todos os pacientes que prosseguem com uma vida de dores e sofrimentos contínuos.

Em âmbito federal, é projetada uma norma que idealiza a legalização ou a proibição em definitivo das figuras da eutanásia e da ortotanásia. No dia 05 de maio de 1996, foi submetido ao Congresso Nacional, o Projeto de Lei 125; tendo a autoria do Senador Gilvam Borges, do PMDB/AP, que tinha como descrição: “Autoriza a prática da morte sem dor nos casos em que especifica e das outras providências”, na qual buscava a legalização da eutanásia e pretendia fixar normas e critérios para que fosse realizada. No entanto, o projeto não prosseguiu e não foi regulamentado, foi arquivado em 29 de janeiro de 1999.

Após a tentativa arquivada da regulamentação do projeto criado pelo Senador Gilvam Borges, atualmente, há processos em trâmites no Congresso Nacional, os quais declaram projetos de Lei, que tem por objetivo regulamentar a mesma temática. (SENADO FEDERAL, 2009). No entanto, por serem diversos processos com a mesma temática, foram apensados para a apreciação conjunta.

O Projeto de Lei do Senado de nº 116/2000, proposto pelo Senador Gerson Camata, seguindo uma análise de proposições contidas nos Projetos de Lei 3.002/2008, formulados por Deputados Federais, Hugo Leal e Otávio Leite, nº 6.544/2009, proposto por Dr. Talmir e Miguel Martini, e nº 6.715/2009 também de autoria do Senador Gerson Camata, todas essas proposições têm o intuito de reconhecer a licitude da prática da ortotanásia, mediante a suspensão da prática da distanásia e resguardar os médicos de culpa, caso ocorra a prática da ortotanásia, com a substituição de tratamentos fúteis e utilização de tratamentos paliativos.

No artigo 2º do Projeto de Lei 116/2000, o qual foi aprovado no Senado Federal e submetido à revisão da Câmara dos Deputados, tem como uma de suas finalidades, acrescentar ao Código Penal Brasileiro, de modo que gere um novo artigo, no qual visa a legalização da ortotanásia, sendo acrescido o Art. 136-A que afirma:

Art. 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, deixar de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários, em situação de morte iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

§ 1º A situação de morte iminente e inevitável deve ser previamente atestada por 2 (dois) médicos.

§ 2º A exclusão de ilicitude prevista neste artigo não se aplica em caso de omissão de uso dos meios terapêuticos ordinários e proporcionais devidos a paciente terminal.

Caso acrescentado ao Código Penal, traria um avanço à temática, pois, poderia trazer o conceito de morte digna, no qual é empregado pelos defensores da ortotanásia, livrando os médicos responsáveis pelo caso, de qualquer culpa em relação as medidas referentes a ortotanásia. No entanto, tal medida não iria perpassar o suficiente, pois, manteria a eutanásia como uma conduta criminosa, avançando apenas a figura da ortotanásia e não observando outro fator relevante, no qual é preciso obter atenção, que é o tema sobre a eutanásia.

Diante disso, é possível analisar a grande necessidade de uma definição acerca da eutanásia, pois, mesmo havendo a conquista da aprovação sobre este tema, ainda deixaria lacunas, restariam espaços indefinidos, mas que poderão ser contemplados no projeto de um novo Código Penal Brasileiro.

Caso este projeto seja aprovado, irão haver propostas para uma mudança no Código Penal, ao incluir o instituto da eutanásia; porém, em seu texto inicial, ainda estará prevista a criminalização da eutanásia de forma tipificada no artigo 122, o que representaria um retrocesso para as ideias modernas que são propostas de forma geral no projeto e tem por objetivo uma nova redação em relação ao atual Código Penal Brasileiro.

Por outro lado, O Conselho Federal de Medicina, em 2006 editou a Resolução 1.805, na qual foi publicada no Diário Oficial da União em 28 de novembro, a respeito do tema “direito de morrer com dignidade” enfatizando e regulamentando no âmbito médico a prática da ortotanásia, porém não fez referência direta a eutanásia, conforme transcrito integralmente:

RESOLUÇÃO CFM Nº 1805/06

Ementa: Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe

os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou seu representante legal.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

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

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

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

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

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

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 09 de novembro de 2006,

RESOLVE:

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

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou 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 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, espiritual, inclusive assegurando a ele o direito da alta hospitalar. **Parágrafo único** A decisão mencionada no caput deve ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a morte encefálica ao representante legal do doente.

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

Em suas exposições de motivos que levaram a tal resolução, o Conselho Federal de Medicina demonstrou a preocupação com a realização da distanásia, evocando o contexto histórico do desenvolvimento e da prática da distanásia por profissionais de medicina. O Conselho Federal de Medicina nesta nota não mencionou a prática da eutanásia. (MEDICINA, 2014).

7.2 NOVO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO E A EUTANÁSIA

Ao decorrer do tempo, ocorrem modificações populacionais, incluindo a criação de novos conceitos e os processos de adotar novos costumes, construindo e realizando coisas que eram identificadas como atos ilícitos e ao passar dos anos, tornam-se práticas lícitas; como também, atos que não eram tipificadas como condutas ilícitas, passam a ser consideradas ilícitas.

Por este motivo, é necessária a mudança das leis brasileiras vigentes, com o acompanhamento dos códigos de conduta de acordo com a evolução social, para que se possam atender os desejos da sociedade. O Código Penal Brasileiro, entrou em vigor a partir do ano de 1940; deste ano, aos dias atuais, ocorreram mudanças significativas em todo contexto da sociedade, fazendo acordo com que seja necessário o reajuste ou criação de um novo Código Penal, com o objetivo de cumprir as novas demandas sociais e se adaptar a evolução sociológica da população.

No Código Penal atual, é tipificado no artigo 121, o crime de homicídio. Tal crime é considerado o delito de nível superior grave, sendo necessária uma pena mais severa; no entanto, as penas poderão ser aumentadas ou reduzidas a depender do caso concreto, como no caso do §1º: Homicídio simples: Art. 121. Matar alguém: Pena – reclusão, de seis a vinte anos. Caso de diminuição de pena: § 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Na atual redação, a eutanásia poderá ser encaixada no §1º, ou seja, há a possibilidade de o instituto da eutanásia ser qualificado como homicídio, porém, poderá ocorrer a diminuição da pena. Observando os avanços sociais, tramita no Congresso Nacional, o Projeto de Lei 236/2012, que caso aprovado, será instituído no ordenamento jurídico, um novo Código Penal, com novas regras, as quais são destacados cerca de 500 artigos, contendo 144 artigos a mais em relação ao Código Penal atual.

Este Novo Código Penal, caso aprovado, irá revogar o código que atualmente vigora, trará novas propostas que poderão incluir a figura da eutanásia como crime, sendo tipificada no 122º artigo do possível Novo Código Penal Brasileiro, e modificará também o artigo 123, que versa sobre o induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio. O Novo Código poderá tipificar a eutanásia, de acordo com o art. 122.

Art. 122. Matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para a abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave:

Pena – prisão, de dois a quatro anos.

§ 1º O juiz deixará de aplicar a pena avaliando as circunstâncias do caso, bem como a relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima.

Exclusão de ilicitude

§ 2º Não há crime quando o agente deixar de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível, e desde que essa circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão.

Caso seja aprovado o novo texto, a eutanásia deixará de ser uma interpretação simples do artigo 121, § 1º, e passará a ter tipificação própria; o que demonstra um avanço social em relação ao entendimento sobre a temática, tendo em vista a dissociação da eutanásia e homicídio, que são figuras diferentes, em sentidos e motivações. O possível § 1º poderá inocentar o autor que cometa um ato de compaixão ou piedade, de uma punição severa, caso se enquadre no rol citado no § 1º do possível artigo 122; ou seja, o cônjuge, companheiro (a) ou parente em linha reta.

Em contrapartida, para completar de forma efetiva o sentido da eutanásia, é necessário um acréscimo no § 1º, para incluir a equipe médica responsável pelos cuidados do paciente e que poderão manter a confiança do paciente. Desta forma, pode evitar situações de que a eutanásia possa ser provocada por agentes com baixo preparo e conhecimento técnico suficiente para atender os anseios do enfermo, correndo o risco de ter efeito adverso ao desejado e podendo resultar em uma potencialização do sofrimento do enfermo.

É preciso que seja redigido uma nova edição da redação do *caput* do artigo, na qual deve impor penas severas, para autores que cometam o ato contra a vontade do enfermo; mesmo que tenha argumentos de defesa, que fez por motivos caridosos e piedosos, pois, no caso da eutanásia, defendida como uma boa morte ou morte digna e piedosa, deverá prevalecer a vontade do paciente e não exclusivamente a de um terceiro que possa ser o autor do fato, sendo ele passível de uma punição maior, caso pratique a “eutanásia” contra a sua vontade, este hipotético caso iria ao inverso do intuito real da eutanásia, se encaixando nos textos referentes ao homicídio.

Com a evolução da ortotanásia, foi exposta um texto específico no § 2º, do possível Novo Código Penal Brasileiro, o qual exclui a ilicitude daquele que a pratique, conforme descrito:

Exclusão de ilicitude

§ 2º Não há crime quando o agente deixar de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível, e desde que essa circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão.

A eutanásia deve ser abordada de forma mais fundamentada, tal como a ortotanásia, em que no possível texto que está em análise, apesar de necessitar de um aperfeiçoamento, tem o poder de oferecer uma liberdade maior a entidade médica, de realizar o procedimento conforme a vontade dos pacientes; nos casos em que são expostas as diretivas antecipadas do paciente, pois, tanto a eutanásia como a ortotanásia, pretendem conceder ao paciente uma dignidade maior em seus momentos finais.

No caso da ortotanásia, de acordo com a nova proposta, há a necessidade de um melhor esclarecimento no que diz respeito ao paciente quando o mesmo estiver em estado terminal, como previsto no *caput* do proposto artigo 122, que faz referência à eutanásia e não esclarece a respeito dos cuidados paliativos se são ou não dispensáveis.

Falta também um maior esclarecimento a respeito de qual decisão deverá ser tomada em caso de discordância entre as pessoas apontadas como legítimas, para representar o paciente em sua tomada de decisão, quando o mesmo não puder fazê-lo, não há uma ordem de prioridade, falta uma espécie de hierarquia para a tomada de decisões.

No caso de não desempenhar as mudanças necessárias, a nova redação poderá apresentar vícios que darão margem a um conflito jurídico, que poderia ser evitado com a observância das diretivas antecipadas de vontade por parte do paciente. Outro ponto a ser observado na nova redação, é na relação da eutanásia, que há apenas a observância do sofrimento físico, o qual, é insuficiente, por não abranger a situação de todos os enfermos, sem contemplar aos que padecem de sofrimentos psíquicos, que são derivados de doenças incuráveis e afetam o bem-estar do paciente, causando-lhe sofrimentos que são penitências, que muitas vezes podem ser maiores do que danos físicos.

7.3 INDUZIMENTO, INSTIGAÇÃO OU AUXÍLIO AO SUICÍDIO

A ortotanásia e a eutanásia são ações que possuem destaques em observações mantidas em textos propostos, que servem para proporcionar ao enfermo, diálogos sobre as suas próprias vontades, para serem atendidas e que proporcionem paz para aos indivíduos que estão prestes a falecer, os quais são obrigados a conviver com dores, consideradas

insuportáveis, sejam físicas, mentais ou ambas, podendo ser obrigados a manter-se vivo, visando as vontades alheias, sejam do Estado ou de pessoas próximas ao enfermo a exemplo de ascendentes e/ou descendentes.

A nova redação pretende manter modificações positivas, como uma pena mais severa para os que não se preocupam com o bem-estar do sujeito e induzem, estimulam ou auxiliam a prática do suicídio, sendo os dois primeiros veementes reprovados pelos defensores da eutanásia, pois se defende que a vontade deve partir exclusivamente do enfermo. No novo escrito, poderá ser introduzido o artigo 123, com a seguinte descritiva:

INDUZIMENTO, INSTIGAÇÃO OU AUXÍLIO A SUICÍDIO

Art. 123. Induzir, instigar ou auxiliar alguém ao suicídio:

Pena – prisão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma, e de um a quatro anos, se da tentativa resulta lesão corporal grave, em qualquer grau.

§ 1º Não se pune a tentativa sem que da ação resulte ao menos lesão corporal grave.

§ 2º Aplicam-se ao auxílio a suicídio o disposto nos §§ 1º e 2º do artigo anterior.

Em relação ao induzimento, instigação e/ou auxílio ao suicídio, este modo de conduzir, poderá elencar modificações que tem por objetivo uma finalidade de alcançar uma maior proteção e dignidade ao ser humano, pois, pode aumentar a pena nesses casos e faz com que se preserve a dignidade do ser humano, protegendo a inviolabilidade da vida humana, na qual as formas de induzir ou estimular pretendem ferir a autonomia da vontade do indivíduo, fazendo uso de meios externos, visando o finalizar a vida do sujeito, na qual, não deve fazer parte exclusivamente da vontade do indivíduo, mas é direcionado por um terceiro, sobre ter alguma decisão.

Induzir alguém ao suicídio, e ter como consequência uma pena elevada, seria o suficiente para tipificar aos que pretendem cometer homicídio e que usam como uma espécie de disfarce, a figura da eutanásia.

A eutanásia realizada contra a vontade da vítima, é considerada como um homicídio. Como também, tentar impor o desejo à eutanásia na vítima, deve ser considerado como estimulação ao suicídio, havendo penas definidas no atual Código Penal e majoradas com a nova redação.

A eutanásia deverá ser praticada mediante a vontade do paciente, pois, resguardaria a sua dignidade, na qual, por vontade própria, o paciente expressa qual será o seu limite e externaria o desejo para caso viesse a atingir o limite determinado. O auxílio ao suicídio destaca e necessita ganhar definições mais concretas, para que não pudesse ser confundido com a figura da eutanásia.

O atual texto do Código Penal Brasileiro apresenta penas mais brandas, para os que induzem, estimulam ou auxiliam o suicídio. O possível novo Código Penal, pretende alterar a atual redação visando majorar as penas, diferentemente do atual Art. 122, no qual descreve:

INDUZIMENTO, INSTIGAÇÃO OU AUXÍLIO A SUICÍDIO.

Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça: Pena – reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Parágrafo único. A pena é duplicada: Aumento de pena

I – Se o crime é praticado por motivo egoístico;

II – Se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.

Os dispositivos propostos, nas redações, mantiveram a tipificação da eutanásia e do suicídio assistido como crimes, trazendo as respectivas penas. Manter penas severas no que se refere à vida, é um processo evolutivo ao princípio da inviolabilidade da vida humana; no entanto, há de se observar o desejo do principal interessado na vida, ou seja, o próprio indivíduo, mantendo o direito constitucional à vida e o manteria não como uma imposição, mas, um direcionamento, sendo mantido como um direito.

Manter uma vida indigna e interligada a sofrimentos, não é desfrutar do melhor. Viver, torna-se uma punição e privar tal libertação, não demonstra uma verdadeira preocupação com a vida humana, mas apenas tem como objetivo, manter os desejos daqueles que não estão em situações semelhantes às do paciente, que se vê obrigado a “desfrutar” de uma vida que por ele é considerada indigna.

Não considerar a eutanásia como crime, não é incentivar a prática, mas, legitimar a vontade da pessoa que está decidida a se livrar de um sofrimento incurável, a alcançar a sua liberdade, ao conseguir retirar sofrimentos de si e retirar o peso das pessoas que estão em seu entorno. Não criminalizar a eutanásia é legitimar o ato de amor para com o próximo, fazendo com que aproveite os últimos dias de vida, de forma feliz e menos dolorosa, por alcançar uma consciência de que em um breve momento, irá encontrar a liberdade após o cumprimento de uma pena perpétua que lhe fora imposta.

8 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

8.1 OPTAR POR UMA DECISÃO

Uma das problemáticas abordadas no âmbito do Direito, as quais são fundamentais para o surgimento de debates acerca do fim da vida, diz respeito a tomada de decisões durante

o período “final” da vida do enfermo ou de pessoas que são ou estão inaptas para realizarem tais decisões que externe a vontade acerca do próprio futuro, diante disto, é possível o desenvolver de questionamentos sobre os responsáveis nas tomadas de decisões referentes aos assuntos nos quais envolvem ativamente o percurso da vida do enfermo; e a autonomia na qual não é perpassada para o paciente, pois, o interesse sobre a sua vida é unicamente dele.

Por outro lado, em casos que o paciente se encontre inválido para definir uma assertiva, qual pessoa poderia ter esta decisão, por ele? O paciente deverá ter a sua autonomia respeitada? Qual seria o limite dessa autonomia? Seria viável uma pessoa se negar ao tratamento médico, mesmo que seja necessário o tratamento para obter benefícios para o paciente? Haveria possibilidades de, enquanto houver lucidez, o paciente optar acerca de seu futuro e quais tratamentos deseja ou não, se submeter? Como pode assegurar, que a decisão mantida por terceiros a respeito da vida do enfermo, é a decisão mais correta e que atenderá respectivamente aos interesses do paciente?

Mediante as tais problemáticas, há duas teorias que desempenham as respostas necessárias para estes questionamentos: O modelo do “*substitued judgement*”, ou seja, “julgamento substituto” e o modelo “*best interests*”, que significa, “melhores interesses do paciente”. O primeiro modelo, “julgamento substituto”, define que, caso o paciente esteja incapacitado de proferir a sua decisão acerca dos cuidados referentes a sua saúde, a equipe médica poderá optar por uma espécie de substituição; no entanto, a decisão não seria realizada de imediato, decidindo como uma pessoa comum optaria em tais condições. (GODINHO, 2016., p.134)

No entanto, este caso seria mantido em observação, analisando a verdadeira vontade do paciente, a partir de conhecimentos acerca das qualidades e valores do próprio paciente, caso ele estivesse em condições de manifestar a sua vontade.

Em decorrência disto, um exemplo de “julgamento substituto”, ocorreu nos Estados Unidos da América, no caso de uma paciente esquizofrênica, que possuía idade avançada e pertencia a uma religião chamada “Christian Science”, na qual identificaram que os adeptos desta religião, fundada em Boston, no ano de 1879, recusam todos os tipos de tratamentos médicos; pois, creem que qualquer doença que surgir, poderá ser curado por meio da fé e de orações. (NAVARRO-VALLS, *et al.*, 1997. p. 126-127)

A decisão judicial negou ao hospital em que a paciente estava o qual tinha por objetivo reduzir o nível de alucinações na paciente mediante a aplicação de drogas psicotrópicas (NAVARRO-VALLS, *et al.*, 1997. p. 126-127). A decisão foi esclarecida, a partir dos critérios estabelecidos pelos seguidores desta religião, a qual apenas mantém uma aceitação,

em casos específicos, o uso de medicamentos analgésicos que objetivam mitigar a dor. No entanto, não é permitido aos seguidores, nenhum outro tipo de medicamento que vise qualquer resultado diferente deste.

A ordem mantida pela justiça dos Estados Unidos da América, no que se refere ao caso, ficou conhecida como “*In re Boyd*”, que resultou a análise da paciente e de suas crenças; é possível concluir que, a paciente iria optar por não fazer uso dos medicamentos, pois, seguiria fielmente as suas crenças se estivesse em condições estáveis e pudesse discernir entre o uso ou não de determinado medicamento, não cabendo aos médicos interferir em suas escolhas individuais e na autonomia da paciente.

O modelo do “julgamento substituto” é o que prevalece na jurisprudência norte-americana, desempenhando fortes críticas. Mesmo que os valores dos pacientes sejam públicos e notórios, tem-se a consciência de que o ser humano é mutável; sendo assim, é indefinida a identificação de uma forma precisa, na qual seria a decisão do paciente quando estivesse diante da situação real.

Outra crítica a respeito deste modelo, é relacionada aos casos em que os pacientes nunca tenham sido considerados juridicamente capazes de decidir a respeito de seus destinos durante a vida, sendo assim, as decisões seriam apenas uma especulação, sem obter a certeza de que vontades seriam atendidas.

Além disso, outro modelo apresentado é o do melhor interesse do paciente, no qual não possui um bom percentual de aprovação nos tribunais norte-americanos. De acordo com este modelo, a avaliação de qual medida deverá ser tomada pelos médicos, observará antes das decisões finais, os critérios que são “socialmente compartilhados”, independente de qual seja a opção de tratamento escolhida anteriormente pelo paciente, deverá ser utilizada aquela que represente mais benefícios aos interesses atuais do paciente.

Esta forma sequencial defende a medida adotada pela comissão médica, mantendo os interesses dos pacientes e os momentos em que não são analisados os casos específicos, em que o paciente externe as suas vontades, mas, adotam uma análise geral sob o ponto de vista médico. Os profissionais de saúde têm como base, a condição atual de saúde do indivíduo, na qual tem por objetivo a preservação da dignidade, o grau de dor e sofrimento suportado pelo paciente, a situação familiar e quais seriam os benefícios provocados por cada opção de tratamento.

Tal como, o modelo do “julgamento substituto”, no qual também sofre críticas, a partir da premissa de que as tomadas de decisões acerca do destino do paciente serão declaradas a pessoas aptas, com o devido conhecimento de causa e que terão a ciência do que deverá ser a

melhor conduta para a devida recuperação do paciente, tendo em vista os interesses na pessoa humana, de forma geral, sem observar as vontades particulares de cada caso.

No entanto, a decisão dependerá de um juízo de valor do responsável médico, e que poderá ser totalmente contrária à vontade do enfermo que receberá o tratamento. Essas escolhas feitas por terceiros, poderão ferir as crenças, os costumes e até mesmo as próprias intenções do paciente.

Conforme relatado, ambos os modelos sofrem críticas, de modo que não sejam suficientes para apresentar uma certeza acerca dos desejos do paciente, independente de qual modelo seja adotado, não ficará exposto, quais os interesses do paciente serão atendidos; deste modo, é viável que o próprio indivíduo, enquanto se demonstrar capaz e em condições adequadas, declare quais são as suas vontades e quais os tratamentos médicos que poderão ou deverão ser adotados caso ele se encontre em um estado de incapacidade, em que seu direito de discernir esteja cessado. Caso seja adotado este “terceiro modelo”, estaria cessado o risco de cometer algum erro, em relação as escolhas do paciente e não correria o risco de contrariar a decisão do mesmo.

No Brasil, ainda não existe matéria que regule qual decisão será definida; em outros países, são adotadas as “diretivas antecipadas de vontade”, na qual são manifestas por meio de um “testamento vital” ou por meio de um “mandato duradouro”. As terminologias do “testamento vital” e do “mandato duradouro” tem origem nos Estados Unidos da América e são oriundas das expressões norte-americanas *“living will”* e *“durable power of attorney for health care”*.

Ao adotar uma terceira medida, ou seja, as diretivas antecipadas de vontades, o indivíduo poderá manifestar, por escrito, em caso de testamento vital ou pela utilização de um representante, no caso do mandato duradouro, quais serão as suas vontades nos casos em que precisará se submeter a intervenções médicas. O paciente deixará a equipe médica ciente de suas vontades acerca dos tratamentos possíveis, facilitando um acompanhamento e atendimento mais rápido e eficaz, mesmo que incapazes no momento, os pacientes terão os seus interesses respeitados, sem haver violações aos seus interesses particulares e sem referir as suas crenças e ideologias.

No Brasil, não há princípios ou normas reguladoras no Ordenamento Jurídico Brasileiro, no qual o paciente é considerado livre para optar por sua decisão acerca de quais medidas deverão ser adotadas para que a sua saúde seja preservada, sendo facultado ao enfermo, escolher sobre o tratamento utilizado em seus mais diversos níveis, seja com a aplicação do mais leve medicamento à tratamentos mais invasivos, como cirurgias de alto

risco à vida do indivíduo. A equipe médica não poderá decidir por si só quais os tratamentos adequados ao paciente, quais seriam as medidas adotadas, tirando a responsabilidade exclusiva dos médicos e observando também a decisão do paciente.

Mesmo a vontade do paciente sendo respeitada, é necessária haver uma observação, de tais manifestações de vontades as quais são apresentadas, para que sejam validadas, mesmo que anteriormente seja manifestada à vontade, a equipe médica responsável deverá observar o caso concreto e caso seja possível, solicitar novamente ao paciente que externar sobre a sua vontade.

As diretivas antecipadas de vontade, serão eficazes para resolver tais impasses, sendo o paciente responsável pelas decisões de sua vida. Além disso, as diretivas antecipadas de vontades, poderão ser realizadas por meio de duas hipóteses: o testamento vital e o mandato duradouro.

8.2 TESTAMENTO VITAL

Apesar da nomenclatura “testamento”, o testamento vital, não está relacionado precisamente a um testamento comum, pois, o testamento propriamente dito, terá efeito jurídico “*post mortem*”, diferentemente do testamento vital em que seus efeitos serão “*inter vivos*”; para o seu cumprimento, não haverá a necessidade da morte de seu autor.

Outra diferença a ser observada é sobre o testamento vital, no qual é atualmente apresentado e deve ser utilizado nos casos em que o autor estiver impossibilitado de expressar as suas vontades, acerca de decisões médicas, a qual o autor poderá ou não ser submetido; enquanto no testamento propriamente dito, geralmente irá implicar em uma divisão do patrimônio que pertence ao testador enquanto ele estiver vivo. Embora ocorra a possibilidade de outras ocasiões não patrimoniais, nas quais possam ser contidas em um testamento comum.

Um testamento comum não pode conter recomendações acerca de tratamentos médicos e quais medidas deverão ou não ser adotadas, pois, o texto contido no testamento comum só poderá ser observado nos casos em que o seu autor não mais estiver com vida.

Ao declarar as diferenças obtidas entre o testamento comum e o testamento vital, os quais também poderão ter outras nomenclaturas, como “testamento biológico”, “testamento de vida” ou até mesmo do “testamento do paciente”; o testamento vital pode ser definido como um documento, devidamente assinado, no qual o interessado juridicamente capaz, declara sobre as suas vontades acerca dos tratamentos médicos, que poderão ou não ser

aceitos; tais condições, deverão ser aceitas e obedecidas mesmo que o indivíduo, em seu futuro, não esteja em condições hábeis de expressar suas vontades. Como por exemplo, casos de pacientes que estejam em estado de coma e que sejam necessárias as intervenções médicas e consequentemente, essas decisões declaradas anteriormente poderão definir os rumos da saúde do paciente e/ou a sua sobrevivência.

A regulamentação do testamento vital já está em vigência em países, como por exemplo, nos Estados Unidos da América, em que a primeira lei a versar sobre o testamento vital foi editada na Califórnia no ano de 1976, servindo como um ponto de partida e como referência para outros Estados norte-americanos, sendo constatado que em 1986, mais de 30 estados norte-americanos possuíam legislações que versavam a respeito da temática (GLICK, 1991); em 1990, surgiu como norma federal, a Lei de Autodeterminação do Paciente, na qual teve por objetivo, estimular a elaboração das diretivas antecipadas de vontade pelo paciente, seguindo as leis estatais que versassem sobre o tema. Esta lei, obrigava as entidades hospitalares e agências de saúde a apresentar, aos pacientes que lá fossem admitidos, de forma imediata as informações a respeito do sentido e dos benefícios das diretivas antecipadas.

No Brasil, não há norma jurídica que regule o testamento vital, como também, não há alguma norma que a proíba. Por não haver regulamentação contrária e sendo eficaz o uso do princípio da tipicidade, o testamento vital poderá ser realizado, pois não representa afronta ao Ordenamento Jurídico Brasileiro.

Assim como nos Estados Unidos da América, no Brasil, não foi editada uma Lei Federal relacionada à temática, como também, não foi descrita uma regulamentação sobre o tema em âmbito federal. Caso houvesse a regulamentação, o Brasil, por ser uma República Federativa, não enfrentaria um problema, que foi observado nos Estados Unidos, que devido a multiplicidade de normas de acordo com cada Estado, não ocorreu uma padronização dos documentos em que estão expostas as diretivas antecipadas de vontades.

Além dos Estados Unidos da América, outro país que tratou acerca do tema em seu regimento, foi a Espanha, na qual apresentou a primeira norma de caráter nacional em 14 de novembro de 2002, com a Lei 14, que em seu 11º artigo regulamenta as “instruções prévias”, nomenclatura que representa as diretivas antecipadas de vontade e que estabelece em âmbito nacional os pressupostos essenciais para validar as diretivas antecipadas de vontade, entre os pressupostos deverá ser observada a plena capacidade do agente. (BOE, 2002).

Esta norma não mantém referência apenas ao testamento vital, mas torna possível nomear um representante que poderá se tornar um interlocutor entre o representado e a equipe médica, assegurando o cumprimento das instruções prévias.

Além disso, outro ponto que ganhou destaque durante a consolidação desta Lei, foi tornar que as diretivas de vontades sejam realizadas de modo escrito, podendo ter seus atos revogados a qualquer momento nos mesmos moldes da sua celebração; o Real Decreto 124, de 2 de fevereiro de 2007, criou um registro nacional de instruções prévias, tendo como objetivo conferir a eficácia dos testamentos vitais firmados por cidadãos espanhóis. (CATABRIA, 2007).

No Reino Unido, a partir do ano de 2005, vigorou uma norma denominada de “*Mental Capacity Act*”, na qual, nos artigos 9 e 24, contemplam as figuras das diretivas antecipadas de vontades, a qual permite que uma pessoa, que seja capaz, designe outra pessoa capaz, para decidir acerca dos cuidados médicos futuros que possa vir a ser submetido, dando autoridade para decidir acerca da execução ou manutenção de tratamentos médicos que visem a saúde do paciente impossibilitado. (CAPACITY, 2005).

O Uruguai também instituiu a Lei 18.473 de 2009, a qual instituiu o testamento vital em seu Ordenamento Jurídico. (ABDLA, *et al.*, 2005). Esta lei contém onze dispositivos, em que, em seu primeiro artigo, estabelece que todos os indivíduos que são maiores de idade e psiquicamente aptos, que seja plenamente capaz de exercer as suas funções cíveis e penais, que de forma voluntária, poderá livre e conscientemente, manifestar antecipadamente a sua vontade no sentido de recusar futuras aplicações médicas.

Dessa forma, poderá evitar alguns tratamentos que considere inadequados, que tenha o intuito de apenas prolongar a vida sem que considere a qualidade dela, caso o mesmo esteja acometido de alguma doença que seja considerada terminal, incurável e irreversível, poderá antecipadamente declarar recusa as intervenções médicas que visam apenas o prolongamento da vida.

Com isso, o testamento vital permite que o próprio indivíduo possa decidir sobre o destino de sua vida e de sua saúde, sem deixar esta responsabilidade com outras pessoas ou entidades, mesmo quando estiver impossibilitado de exercer as suas funções, deste modo, não caberá aos familiares, pessoas próximas ou aos médicos do caso a decisão acerca dos tratamentos que deverão ou não ser realizados. O testamento vital resolve os possíveis imbróglios que possam surgir acerca da vontade do paciente, evitando ambiguidades.

Apesar de não existir previsão legal acerca do testamento vital no Ordenamento Jurídico Brasileiro, não significa que possa ser declarada uma incompatibilidade para que ocorra a sua consagração, pois, é concomitante com os princípios e normas que imperam no ordenamento jurídico, sem haver nada que impeça o reconhecimento da validade do instrumento.

O documento tem o objetivo de servir como uma relevante expressão da vontade do indivíduo, realizada de forma prévia, com o objetivo de estabelecer as diretrizes acerca das intervenções médicas. Com a criação de uma regulamentação no Ordenamento Jurídico Brasileiro, voltado para a defesa da temática, seria uma abertura benéfica e significativa para a população. Mesmo sem haver uma regulamentação, torna-se inoportuno o argumento de que o testamento vital não poderá existir pelo fato de não haver uma regulamentação específica, pois não há norma jurídica que a torne proibida.

Diferente do que ocorre no testamento comum, de acordo com o art. 1.860 do Código Civil, há a autorização de maiores de 16 anos, para realizarem o testamento, o testamento vital, sendo considerado viável no Brasil mereceria um ordenamento jurídico mais claro, para que definisse as condições para que o indivíduo pudesse realizá-lo, devendo avaliar as condições em que o indivíduo se encontra, preferencialmente, deverá ser observada a capacidade plena do indivíduo que o deseje realizar, observar também se o testamento vital esteja sendo realizado de forma consciente e livre, não podendo ser algo imposto mas realizado espontaneamente pelo interessado, para que não haja a possibilidade de erro, dolo ou uma coação.

Caso o indivíduo se sinta uma espécie de fardo social ou que esteja abandonado pela família e entes próximos, a diretiva antecipada de vontade poderá perder seu caráter vinculativo.

O testamento vital poderá seguir alguns preceitos relacionados ao testamento comum, como o encontrado no art. 1.861 do Código Civil Brasileiro, no que diz respeito à capacidade do indivíduo que deseje realizá-lo, na qual a incapacidade do superveniente do testador, não invalida o testamento, nem o testamento do incapaz irá se validar com a superveniência da capacidade.

Outro segmento que poderá seguir os moldes do testamento comum é o reconhecimento da revogabilidade do testamento a qualquer momento, como descrito no art. 1.858 do Código Civil Brasileiro, no qual determina o testamento como um ato personalíssimo, que poderá ser modificado a qualquer tempo, sendo também, uma proposta encontrada na lei uruguaia, que diz respeito ao testamento vital. Caso esta medida seja adotada e acompanhem características do testamento comum, o autor do testamento poderá revogá-lo a qualquer tempo, podendo ser por escrito, de forma verbal caso haja a presença de testemunhas e também poderá ser realizado mediante a destruição do documento.

Pelo fato de não haver permissão, tampouco proibição, no Ordenamento Jurídico Brasileiro, não há como definir quais os requisitos que deverão ser adotados ao realizar um

testamento vital, podendo ser adotado os requisitos de uma relação civil, ou seja, os atos jurídicos em geral não necessitam de uma forma específica, a menos que a lei expressamente os exija, conforme o art. 107 do Código Civil Brasileiro.

Sendo assim, como não há uma exigência legal, não deverá ser exigida uma forma específica para o testamento vital. Porém, o documento deverá cumprir alguns requisitos para que seja válido, de forma mais simplificada, o testamento vital para ter sua validade deverá seguir o requisito da modalidade “particular” de um testamento comum, qual seja, deverá ter o seu conteúdo escrito de próprio punho ou por um processo mecânico, sem que haja rasuras, que estejam presente no mínimo três testemunhas que não estejam interessadas na saúde do indivíduo e em seu óbito, as quais devem subscrever o texto, respeitando o que é determinado no art. 1.876 do Código Civil Brasileiro.

Para uma segurança maior, seria aconselhável que o documento seja firmado na presença de um tabelião, para que posteriormente venha gozar de fé pública. Caso siga todos estes requisitos, o paciente, caso venha posteriormente fazer uso do testamento vital, terá todas as suas vontades atendidas, pois, estará comprovado e não restarão dúvidas acerca de suas vontades e da originalidade do documento, elevando assim o potencial persuasivo do documento.

Superada as análises acerca da validade do documento e quais os requisitos necessários para a sua validação, surge o debate acerca do conteúdo dos documentos; o que o indivíduo poderá solicitar em seu testamento vital a respeito do seu destino e dos cuidados médicos? A falta de previsão legal, apesar de não haver empecilhos que coíbam a realização de um testamento vital, o seu conteúdo poderá ser a causa de invalidade do documento, como exposto nos Art. 104, II e 166, II do Código Civil Brasileiro. Nos quais, exigem que todo ato jurídico realizado, dependerá da licitude do objeto, caso o objeto seja considerado ilícito o documento se tornará inválido.

Questões acerca da ilicitude do objeto poderão ser elencadas por aqueles que defendem que a vida é o maior dos bens, devendo a manter preservada a todo custo, sem atender aos pedidos do paciente, mesmo que ele seja o principal interessado em sua própria vida. No entanto, deve-se observar que no caso em que haja a negativa de certos tratamentos, o paciente em sua total capacidade poderá optar pela negativa de certos tratamentos, sendo assim, o objeto, caso trate de uma negativa a determinadas intervenções médicas torna-se um objeto válido, pois encontra embasamento jurídico que ampara tal decisão.

Como é lícito ao paciente que esteja acometido de uma doença que o leve a grandes sofrimentos e que o uso de remédios e/ou intervenções médicas apenas irão prolongar a sua

vida como um modo de “driblar” a morte, submetendo o paciente a tratamentos considerados inúteis que tendem apenas a prolongar a vida e não apresentar a cura para o seu sofrimento, lhe é lícito negar tais tratamentos caso esteja em condições lúcidas, deverá também ser aceito que o mesmo declare via testamento vital, quais procedimentos ele deseja ou não se submeter; caso considere uma morte digna, não fazer uso de intervenções médicas e assim o prefira, poderá solicitar que não haja tais intervenções.

Caso ocorra a evolução jurídica ao ponto de considerar a eutanásia um ato lícito e que atenda os desejos do paciente, o testamento vital poderá ser um ótimo recurso para expressar a vontade do paciente, tal como no caso de ter seus desejos de fazer uso da ortotanásia e esperar que a vida siga seu curso natural sem interferência e que mesmo sendo ciente que a ausência de medicamentos ou intervenções médicas resultará na morte e, mesmo assim, obtém-se a autorização de fazê-lo, a eutanásia também é considerada e defendida como uma boa morte e/ou uma morte digna.

Deste modo, deverá ganhar seu espaço no ordenamento jurídico de forma a se tornar legalizada e posteriormente ser incluída em um possível testamento vital, no qual o indivíduo capaz e de forma lúcida poderá declarar em qual condição irá preferir fazer uso do instituto da eutanásia e conseqüentemente não prolongar o seu sofrimento ou até mesmo, prolongar uma vida considerada por ele como indigna.

O testamento vital unido a legalização da eutanásia representará um grande avanço para a autonomia do indivíduo, podendo o cidadão capaz decidir acerca de seu futuro e até onde gozará de uma vida digna, podendo desfrutar a vida da melhor maneira possível e que caso venha ser acometido de doença que seja considerada incurável e que acometa sofrimentos insuportáveis ao indivíduo, que ele possa decidir acerca de seu destino e pela continuação ou não da vida.

O testamento vital apresenta-se como uma solução para o abandono da antiga e ultrapassada ideologia da medicina em que a equipe médica buscará, apenas, a sobrevivência do paciente a todo o custo, mesmo que não haja esperança de cura e mesmo que o paciente declare não ser essa a sua vontade.

8.3 MANDATO DURADOURO

O mandato duradouro, é admitido em alguns ordenamentos jurídicos estrangeiros. De acordo com Henry R. Glick e Scott P. Hays, é definido como:

Um documento no qual o paciente nomeia um ou mais “procuradores” que deverão ser consultados pelos médicos, em caso de incapacidade do paciente – terminal ou não, quando estes tiverem que tomar alguma decisão sobre tratamento ou não tratamento. O procurador de saúde decidirá tendo como base a vontade do paciente. (GLICK, Henry R.; HAYS, Scott P. **Innovation and reinvention in state policymaking: theory and the evolution of living will laws.** *Op. cit.*, p. 838. 1991).

Ao fazer uso do mandato duradouro, constitui-se um “procurador de cuidados de saúde”, este mandatário terá poderes expressos para representar as decisões do paciente, agindo em seu nome como uma espécie de interlocutor entre o paciente e a equipe médica, e seguirá as instruções que lhe foram transmitidas na realização do mandato duradouro, devendo o procurador decidir acerca de tratamentos e cuidados com a saúde, admitindo ou rejeitando tais cuidados que serão aplicados ao indivíduo incapaz.

Como no caso do testamento vital, não há previsão legal que vigore no Brasil, que trate acerca do mandato duradouro. Deste modo, constituir um mandato duradouro no Brasil à exemplo do testamento vital não será proibido por algum dispositivo legal. O Código Civil Brasileiro ao tratar do tema da representação em seus Art. 115 a 120 e ao tratar especificamente do mandato comum nos art. 653 a 692, não apresenta regra contrária ao mandato duradouro. Em contrapartida, a Portaria 1.820/2009, editada pelo Ministério da Saúde, na qual contempla os direitos e deveres dos usuários da saúde, em seu art. 5º, VII faz referência ao mandato duradouro ao afirmar, que:

Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe:

(...) VII - a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de torna-se incapaz de exercer sua autonomia. (SAÚDE, Ministério de, 2009).

Apesar de não se tratar de uma lei, a Portaria, representa um espaço para a utilização do mandato duradouro, atribuindo a qualquer indivíduo a prerrogativa de nomear um terceiro que irá ser responsável pelas futuras decisões acerca de sua saúde. Tendo essa redação como base e partindo do princípio de que o paciente é livre para expressar o seu consentimento acerca dos tratamentos médicos os quais se tenha vontade, como fora argumentado acerca do testamento vital, o paciente torna-se livre para indicar alguém para que lhe represente caso esteja impossibilitado de tomar decisões, o procurador servirá apenas como o indivíduo que irá expressar a vontade do paciente quando este estiver impossibilitado de fazer por conta própria.

Assim como descrito no testamento vital, é importante que se estabeleça normas acerca do tema, para que possa servir de guia para aqueles que pretendem fazer uso do

mandato duradouro. Desta maneira, é possível relacionar o testamento vital, com o testamento comum, encontrado em nosso ordenamento jurídico brasileiro.

No caso do mandato duradouro podemos fazer analogia ao mandato comum, presente nos artigos 653 a 692 do Código Civil Brasileiro, pois, nestes artigos fica nítido que a lei admite a representação com os fins previamente estipulados para que o procurador possa praticar atos ou até mesmo administrar interesses de alguém, por meio de uma procuração, como pode ser observado no artigo 653 do Código Civil Brasileiro que diz: Art. 653. Opera-se o mandato quando alguém recebe de outros poderes para, em seu nome, praticar atos ou administrar interesses. “A procuração é o instrumento do mandato”; este artigo poderá resguardar aquele que queira nomear, por meio de uma procuração, outro indivíduo para atuar no que for relativo aos cuidados com a sua saúde.

A procuração comum, poderá ser utilizada em diversas práticas da vida, exigindo-se que o representado seja plenamente capaz e que o seu consentimento seja manifestado de forma livre e espontânea, munido da procuração o indivíduo irá representar o autor da procuração em momentos em que ele não poderá se fazer presente ou não poderá exercer o ato, podendo servir para a realização práticas consideradas personalíssimas tal como a celebração de casamento, sendo assim, não haveria uma razão plausível que pudesse impedir que se fizesse uso em casos relacionados a saúde.

Por não possuir uma lei específica acerca do tema, não há uma forma específica para a realização do mandato duradouro, fazendo-se necessária uma regulamentação para tal. A partir disso, enquanto não são redigidas regras específicas, poderão ser sequenciados, o que está estabelecido nos Art. 654 a 657 do Código Civil Brasileiro; disposições que tratam acerca do tema do mandato comum, devendo o instrumento ser feito por escrito, pois, o termo de consentimento informado em nome do mandatário e em nome do paciente deverá ser reduzido a escrito, para uma maior segurança do instrumento, seria aconselhável que fosse lavrado por instrumento público, pois, traria consigo uma presunção de veracidade dos termos.

Tal como o testamento vital, o mandato duradouro eliminaria qualquer eventual confusão acerca dos responsáveis pelas decisões a serem tomadas, incluindo aquelas em que há um conflito entre familiares acerca das medidas médicas que deverão ser adotadas.

O mandato duradouro apresenta uma vantagem ao ser comparado ao testamento vital no que diz respeito às decisões realizadas, pois no caso do mandato duradouro, a decisão poderá ser mantida, ao observar as medidas disponíveis no momento atual, diferentemente do que acontece no testamento vital em que as decisões são previamente decididas e não poderão ser alteradas para que seja realizado um procedimento mais atual.

A vantagem do testamento vital acerca do mandato duradouro, é no que se refere ao testamento vital, na qual será cumprida a vontade do celebrante, sem deixar espaços para que um procurador possa interpretar mal a vontade real do paciente.

Tal como o testamento vital, o mandato duradouro poderia ser útil, como instrumento para a prática da eutanásia, caso seja regulamentado no Ordenamento Jurídico Brasileiro, o procurador do mandato duradouro poderá servir como interlocutor do paciente ao demonstrar o seu desejo prévio, porém, o testamento vital seria o melhor meio para tal pedido, pois, por se tratar de uma temática mais pessoal e uma decisão de grande importância, seria melhor não haver dúvidas acerca desta vontade do paciente.

8.4 EFEITOS DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS

As diretivas antecipadas de vontade, não possuem regulamentação própria e não apresentam barreiras jurídicas que impeçam a sua realização. As diretivas representam a vontade do paciente, sendo assim, caso a equipe médica tenha conhecimento de uma diretiva previamente elaborada, ela deverá seguir as vontades do paciente, sem infringir suas vontades.

As diretivas apresentam, como uma de suas principais finalidades, a prerrogativa que é conferida ao paciente, na qual possibilita a funcionalidade de poder optar por abdicar da relutância terapêutica; ou seja, o paciente poderá decidir por não ser mantido vivo quando for constatada que as alternativas apresentadas não serão úteis para a sua recuperação em definitivo, servindo como um meio de manter o indivíduo vivo, sem que ocorra a cura para a sua enfermidade.

Em casos em que os cuidados médicos em excesso só resultarão em mais dores e sofrimentos para o paciente e para as pessoas próximas. Ao não realizar o uso das medidas terapêuticas em excesso, o paciente poderá ter ganhos em relação a sua qualidade de vida, evitando que nos seus últimos momentos venha recair sobre ele maiores dores e sofrimentos.

No Ordenamento Jurídico atual, a eutanásia é vista como uma prática negativa e não é considerada como um ato legalizado. Por este sentido, as diretivas antecipadas de vontade, não poderão servir para que seja realizada a eutanásia, principalmente na modalidade direta da eutanásia, pois, as diretivas antecipadas de vontades poderão ser utilizadas apenas para realizar atos previstos no Ordenamento Jurídico; além disso, a equipe médica pode manifestar objeção de consciência e recusar aos termos das diretivas de vontade, caso entenda que as

vontades do paciente sejam distorcidas aos princípios e normas jurídicas e às regras próprias do ofício médico.

Por não haver regulamentação específica acerca das diretrizes de vontade, surge também uma controvérsia comum existente nas duas modalidades, tanto no testamento vital como também, no mandato duradouro; a controvérsia, diz respeito aos prazos determinados, pois, é comum haver regras que determinam até o momento em que as diretivas têm sua validade assegurada.

Com isso, há o surgimento de uma dupla preocupação: por um lado, deve-se observar se o documento realmente irá refletir a vontade do paciente, no passado, quando o documento foi realizado, quanto no atual momento. Pois, com o passar do tempo, é comum a mudança de valores e dos interesses pessoais da pessoa, podendo tornar a vontade anterior do paciente diferente da sua vontade atual.

Por outro lado, com o avanço da medicina, no momento em que seja necessário adotar as diretivas antecipadas de vontade, poderá se tornar duvidosa a escolha do paciente, pois, havendo mudanças evolutivas na medicina, poderá ser apresentado novos rumos e com isso, mudar as vontades do paciente. O autor da diretiva poderá revogar a sua ação a qualquer momento e caso ele não tenha optado por sua revogação, deverá ser seguida as suas vontades.

Outro fator a ser observado, é relacionado às diretivas de vontades, nas quais só poderão ser seguidas, caso atenda dois requisitos fundamentais, que deverão ser observados pela equipe médica, quais sejam: o paciente não ser mais plenamente capaz de tomar suas decisões acerca dos cuidados com a sua saúde; e que não haja uma perspectiva de uma melhora em seu estado de capacidade, trazendo de volta o seu entendimento, tornando-o plenamente capaz de decidir acerca de seu destino.

Com isso, as diretivas geram dois efeitos, sendo o primeiro um efeito vinculativo, no qual o documento passa a ter uma eficácia jurídica vinculativa para os profissionais da saúde, que deverão respeitar as tais vontades do autor e obedecê-las, sob pena de responderem civil, ética e criminalmente caso descumpram os pedidos feitos nas diretivas. O segundo efeito é da eficácia examinadora de responsabilidade do médico, o documento irá livrar o médico de possíveis acusações de crime de omissão, pois, as condutas do médico serão justificadas pelos pedidos feitos pelo próprio paciente interessado. (NERY, 2009).

O fato de não haver regulamentação jurídica, não faz com que as diretivas sejam algo proibido; elas servem como a expressão maior da vontade dos pacientes, que por meio de tais documentos, poderão expor as suas vontades.

Mesmo não sendo proibida, se faz necessária uma regulamentação para sanar algumas dúvidas que ainda estão presentes e também servirá como uma forma de tornar a medida mais conhecida para a população em geral. Servirá como uma grande contribuição para o direito de autodeterminação da pessoa. Caso venha ser regularizada a modalidade da eutanásia, as diretivas antecipadas de vontades poderão servir para expressar também esse desejo, pois o objeto se tornará lícito e possível e não apresentará disposições contrárias.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A eutanásia é uma temática na qual aborda estruturas de conceitos éticos, políticos, sociais, médicos e jurídicos, que possuem diretrizes que culminam para o desenvolvimento do conhecimento sobre a prática da eutanásia no Brasil.

É importante destacar os avanços obtidos através de modificações na perspectiva de vida e morte, os quais são alvos para a medicina atual; com isso, revela-se a necessidade de posicionamentos modernos, sobre os limites e decisões de cada indivíduo. Deste modo, foram analisadas várias vertentes sobre a inclusão da prática da eutanásia no contexto populacional,

resultando em um estudo aprofundado a respeito do artigo 121 do Código Penal Brasileiro, no qual insere a eutanásia como um homicídio privilegiado e é considerado um crime, sujeito a pena em todas as hipóteses.

A prática da eutanásia é um assunto discutido e aceito em outros países, como a Holanda, a partir do ano de 2002, que foi o primeiro país europeu a conceder a lei que permite a prática da eutanásia e do suicídio assistido; em 2004, a Bélgica regulamentou a permissão da eutanásia ativa, suicídio assistido e a prática da eutanásia para menores de idade; Luxemburgo foi o terceiro país a aceitar a prática da eutanásia, no entanto, possui uma norma em que o paciente deixe por escrito a sua condição e que pode prosseguir com a eutanásia, caso a avaliação do médico seja de modo que conclua em quadro irreversível; na Suíça, não há legislação específica sobre a eutanásia, no entanto, permite apenas a prática da eutanásia passiva. (SAMBADO, 2018).

Com isso, é possível reafirmar a necessidade de verificação da legislação brasileira, para que a eutanásia seja uma temática abordada em discussões sobre a estrutura do código penal vigente. Deste modo, com a criação do projeto de Lei nº 236/12 que está em trâmite no Congresso Nacional, pode ser possível à inclusão no novo Código Penal a figura da eutanásia, como poderá ser inserida e contextualizada no princípio da autonomia da vontade e dignidade humana, afinal, a prática da eutanásia mantém o conceito de ser um ato de direito que o indivíduo deve obter, ao se tratar da sua morte. (NASCIMENTO, 2019).

Em contrapartida, a eutanásia obteve uma definição defendida por Immanuel Kant (1974, p. 239), na qual determina que o princípio da autonomia é o fundamento da moralidade, a atitude de se decidir pela eutanásia, devido a um desejo de evitar dor, sofrimento ou alguma frustração, sempre será considerada como uma ação imoral, pelo fato da mesma se constituir em uma ação heterônoma. Contudo, Otfried Höffe (2005, p. 217), declara que “todo o agir que é dirigido pela expectativa de prazer e evitação de desprazer (dor, ou frustração) acede à vontade desde fora, dos sentidos, e não dá razão (prática); é sempre empírico”, ou seja, uma ação heterônoma.

Na perspectiva kantiana, a prática eutanásica é um ato imoral, no qual coloca fatores filosóficos, frente à medicina contemporânea, criando uma espécie de reflexão quanto ao fator da autonomia do sujeito; no entanto, conforme descrito na teoria kantiana, à eutanásia sempre será um ato imoral, por fazer com que a humanidade se torne o meio para um objetivo, não, um fim esperado e determinado. (Foderario et al., 2006).

Por outro lado, a eutanásia recebe uma nova diretriz na qual é traçada pela teoria de Francis Bacon, no que se refere para além da nomenclatura e significado de “boa morte”, mas

relaciona certa ação médica que pode auxiliar o sujeito para uma morte mais tranquila. A partir disso, cria limites sobre o prolongamento indefinido da vida, quando não há expectativa da recuperação de um moribundo, é melhor optar uma morte fácil e justa; este é o objetivo da eutanásia. (ZATERKA, 2015).

Além disso, a dignidade humana deve estar empregada no princípio decisório das ações que ocorrem no cotidiano dos brasileiros, especificamente. Deste modo, a escolha e o desejo do sujeito devem estar sendo avaliadas, em conjunto com as regras que são estabelecidas na legislação.

Legitimar a eutanásia é a representação clara de evolução no que se refere a autonomia humana, em que a pessoa em sua plena capacidade possa decidir acerca de seu futuro e estabelecer os limites de sofrimento suportáveis ao seu corpo e/ou a sua mente, não se tornando apenas uma espécie de refém para os sofrimentos mas tendo a opção de se livrar deles de uma forma que considere digna, e respeite a sua autonomia.

10 REFERÊNCIAS

ABDALA, Washington; GALLO Imperiale Luis José., 2005. Íntegra da lei disponível em: <<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/27211>>. Acesso em: 21 de dez. de 2020.

AFP, Estado de Minas. **Budistas belgas elogiam legalização da eutanásia para menores.**, 2014. Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2014/02/14/interna_internacional,498443/budistas-belgas-elogiam-legalizacao-da-eutanasia-para-menores.shtml>. Acesso em: 09 out. 2020.

AMES, José Luiz. **Religião e política no pensamento de Maquiavel.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/kr/a/qF7Mdy8DFBjVdcQsRpn94bt/?lang=pt>. Acesso em: 16 de jul. de 2021.

AOUIJ-MRAD, Amel. **Droit à l'avie, droit à la mort.** Droit Écrit, Toulouse, n. 1 p. 66, mar., 2001.

ASÚA, Luis Jiménez. **Libertad de amar y derecho a morir: ensayos de um criminalista sobre eugenesia y eutanásia.** Op. cit., p. 339., 1992.

AZRIA, Régine. **O judaísmo.** São Paulo: EDUSC, 2000.

BEAUCHAMP, Tom L. **The justification of physician-assisted deaths.** Indiana Law Review, v. 29, n.4, 1996, p. 1.175. Disponível em: <<http://heinonline.org>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

BIRMAN, Patrícia. **O poder da fé, o milagre do poder: mediadores evangélicos e deslocamento de fronteiras sociais.** 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/ZmXWvpCpbfRdsyNvLLPJV9g/?lang=pt>. Acesso em: 17 de jul. de 2021.

BLANCO, Luis Guillermo. **Muerte digna: Consideraciones bioético-jurídicas.** Op. cit., p. 31., 2010.

BLANCO, Luis Guillermo. **Muerte Digna: Consideraciones Bioético-jurídicas.** Op. cit., p. 44., 2010.

BLANCO, Luis Guillermo. **Muerte Digna: Consideraciones Bioético-jurídicas.** Op. cit., p. 64., 2010.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado.** p. 61., 2001.

BOE, 2002. Espanha. Ley n. 41/2002, de 14 de noviembre. **Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.** Boletín Oficial del Estado. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>> Acesso: 18 dez. 2020.

CAPACITY, Mental., 2005. **Íntegra da lei.** Disponível em: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/pdfs/ukpga_20050009_en.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2020).

CASEY, Richard J. **Ohio's new living will statute: will it survive?** University of Dayton Law Review, v. 17, p. 1.097-1.098. 1991-1992. Disponível em: <https://home.heinonline.org/>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

CASTRO, Mariana Parreiras Reis de. ANTUNES, Guilherme Cafure. MARCON, Livia Maria Pacelli. ANDRADE, Lucas Silva. RUCKI, Sarah. ANDRADE, Vera Lúcia Ângelo. **Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/DhvhJgpN9ykykc9L8cpFtxN/?lang=pt#:~:text=Atualmente%2C%20a%20morte%20assistida%20%C3%A9,representante%20da%20Am%C3%A9rica%20do%20Sul>. Acesso em: 16 de jul. 2021.

CATABRIA, Universidad de. Espanha. Real Decreto n° 124, de 2 de febrero de 2007. Regula o punto 5 de este artículo y crea el Registro Nacional de Instrucciones Previas apud Blanco JZ. **Autonomía e instrucciones previas: un análisis comparativo de las legislaciones autonómicas del Estado Español.** Catalunha: Universidad de Catabria; 2007. Disponível: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10650/TesisJZB.pdf?sequence=1>> Acesso em: 21 dez. 2020.

CIFUENTES, Santos **Derechos personalísimos.** 2. ed. Buenos Aires: Astrea. p. 398., 1995.

CHAGDUD, K. **Comentários sobre P'owa.** Três Coroas: Rigdzin, 2000.

COLE, Sheila Schiff; SHEA, Marta Sachey. **Voluntary eutanásia: a proposed remedy.** Albany Law Review. n. 39, p. 826., 1975.

COUTINHO, Luiz Augusto. **Aspectos jurídicos da eutanásia**. Revista Magister de Direito Processual Penal. v.2, n. 7, p. 26. ago./set., 2005.

DATAFOLHA. **Pesquisa Datafolha com 2.948 entrevistas realizadas em 176 municípios de todo o país em 5 e 6 de dezembro; margem de erro de 2 pontos percentuais para mais ou para menos e nível de confiança de 95%.**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/01/13/50percent-dos-brasileiros-sao-catolicos-31percent-evangelicos-e-10percent-nao-tem-religiao-diz-datafolha.ghhtml>>. Acesso em: 08 set. 2020.

DEL CANO, Ana Maria Marcos. **La eutanasia: estudio filosófico-jurídico**. *Op. cit.*, p. 245-246., 2000.

DIJON, Xavier. **Le sujet de droit et son corps**: Une mise a l'épreuve du droit subjectif. *Op. cit.*, p. 527., 1982.

DIJON, Xavier. **Le sujet de droit et son corps: une mise a l'épreuve du droit subjectif**, 1982. *Op. cit.*, p. 533

DINIZ, Deivid Júnior. **Eutanásia**. Consulex: Revista Jurídica., 2003 v. 7, n. 155, p. 64. Jun.

DOUGHERTY, Charles J. **The common good, terminal illness, and euthanasia**. Issues In Law & Medicine. p. 160., 1994.

DURKHEIM, E. **As Formas Elementares da Vida Religiosa**. Trad. Paulo neves. 1996.

FEDERAL SENADO. **Projeto de Lei do Senado nº 116, de 2000**. Atividade Legislativa., 2009. Disponível em: < <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/43807>>. Acesso em 11 dez. 2020.

FEDERAL SENADO. **Projeto de Lei nº 6.715-A, de 2009**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A35F598EEDCBC0CDAF34E70F264DE167.proposicoesWebExterno1?codteor=1716895&filename=Avuls+o+-PL+6715/2009>. Acesso em 11 dez. 2020.

FERNANDO NIÑO, Luis. **Eutanasia – morir com dignidade**: consecuencias jurídico-penales. Buenos Aires: Universidad. p. 227., 1994.

FERREIRA, CP. **Kardecismo e umbanda**. São Paulo: Pioneira; 1961.

FOCARELLI, Carlo. Euthanasia. **Max Planck Encyclopedia of Public International.**, 2013. Law. Disponível em: <http://www.mpepil.com/sample_article?id=/epil/entries/law-9780199231690-e793&recno=2&>. Acesso em: 16 nov. 2020

FODERARIO, Vinicius Elias; ZANCANARO, Lourenço. **A eutanásia voluntária vista a partir do princípio de autonomia em Kant**. 2006. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/sepech/sepech08/arqtxt/resumos-anais/ViniciusEFoderario.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2020.

FONTES, Martins. **As Formas Elementares da Vida Religiosa**. 1996. p. 32.

FRISO, Gisele de Lourdes. **A ortotanásia: uma análise a respeito do direito de morrer com dignidade.** Revista dos Tribunais, São Paulo. v. 98, n.885, p. 136, jul., 2009.

GAFO FERNÁNDEZ, Javier. **10 palavras-chave em bioética:** bioética, aborto, eutanásia, pena de morte, reprodução assistida, manipulação genética, AIDS, drogas, transplantes de órgãos, ecologia. Tradução de Maria Luisa Garcia Prada. São Paulo: Paulinas. p. 107., 2000.

GAFO FERNÁNDEZ, Javier. **10 palavras-chave em bioética:** bioética, aborto, eutanásia, pena de morte, reprodução assistida, manipulação genética, AIDS, drogas, transplantes de órgãos, ecologia. *Op. cit.*, p.91., 2000.

GANEM, Pedro Magalhães. **O que é homicídio “privilegiado”?**, 2018. Disponível em: <<https://pedromaganem.jusbrasil.com.br/artigos/552093627/o-a%20v%C3%ADtima%3B-Art.,um%20sexto%20a%20um%20ter%C3%A7o>>. Acesso em: 26 nov. 2020.

GLICK, Henry R.; HAYS, Scott P. **Innovation and reinvention in state policymaking: theory and the evolution of living will laws.** Cambridge University Press: The Journal of Politics, v. 53, n. 3, ago. 1991, p. 839. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/2131581?seq=1>> Acesso em: 18 dez. 2020.

GLICK, Henry R.; HAYS, Scott P. **Innovation and reinvention in state policymaking: theory and the evolution of living will laws.** 1991.*Op. cit.*, p. 838.

GODINHO, Adriano Marteleto. **Eutanásia, Ortotanásia e Diretivas Antecipadas de Vontade: O sentido de viver e morrer com dignidade.**, 2016.

GODINHO, Adriano Marteleto. **Eutanásia, Ortotanásia e Diretivas Antecipadas de Vontade: O sentido de viver e morrer com dignidade.**, 2016. p. 109.

GODINHO, Adriano Marteleto. **Eutanásia, Ortotanásia e Diretivas Antecipadas de Vontade: O sentido de viver e morrer com dignidade.**, 2016. p. 134.

GOLDIM, José Roberto. O direito de morrer. **Consulex: Revista Jurídica**, v. 14, n. 322, p. 30, jun., 2010.

GONÇALVES, Diogo Costa. **Pessoa e direitos de personalidade: fundamentação ontológica da tutela.** Coimbra: Almedina. p. 88., 2008.

GOMES, Luiz Flávio. **Eutanásia, morte assistida e ortotanásia:** dono da vida, o ser humano também é dono da sua própria morte? Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, n. 26, p. 172. jul./dez. 2007.

GUIMARÃES, Marcello Ovídio Lopes. **Eutanásia: novas considerações penais.**, 2012. Leme: JH Mizuno. p. 91., 2011.

HENNEZEL, M. **A Arte De Morrer.** Petrópolis: Vozes; 1999.

HENNING-GERONASSO, Martha Caroline. MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. **Influência da Religiosidade/Espiritualidade no Contexto Psicoterapêutico.** 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/ZYpkcHTjNccSTsH6TH7R5Sn/?lang=pt>. Acesso em: 16 de jul. de 2021.

JÚNIOR, Cesar Alberto Ranquetat. **Lacidade à brasileira: um estudo sobre a controvérsia em torno da presença de símbolos religiosos em espaços públicos**. 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54437/000850912.pdf?sequenc>. Acesso em: 17 de jul. de 2020.

KARDEC, Allan. **O Céu e o inferno: Ou a justiça divina segundo o espiritismo**. 61ª ed., 2013.

KARDEC, Allan. **O livro dos espíritos**. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira. v. 2. questão 953. parte IV., 2004.

KURY, Gama. **Dicionário da língua brasileira**. v. 2. p. 671., 2010.

LAMA, Dalai. **Advice on dying: and living a better life**. Londres: Rider; 2004.

LUZ, Marcelo Da. **Onde a religião termina?** 2011. Disponível em: https://rumoanovahumanidade.com.br/wp-content/uploads/2019/03/Onde-a-Religiao-Termina_-Marcelo-da-Luz.pdf. Acesso em: 17 de jul. de 2021.

MARQUES, Vera, Lúcia Maia. **Sobre práticas religiosas e culturais islâmicas no Brasil e em Portugal: Notas e observações de viagem**. 2009. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VCSA-856S6R/1/sobre_praticas_religiosas_e_culturais.pdf. Acesso: 17 de jul. de 2021.

MARTIN, Leonard. **Aprofundando alguns conceitos fundamentais: eutanásia, mistanásia, distanásia, ortotanásia e ética médica brasileira**. In: PESSINI, Léo. *Eutanásia: por que abreviar a vNida?*, 2014. *Op. cit.*, p.210; 217

MARTÍNEZ, Fernando Rey. **Eutanasia y derechos fundamentales**., 2008. *Op. cit.*, p. 155.

MEDICINA, Conselho de. **Diário Oficial da União**., 28 de nov. 2006. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=169&data=28/1>. Acesso em: 17 de jul de 2021.

MINAS, Estado De. **Portugal legaliza a eutanásia**. 2021. Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2021/01/29/interna_internacional,1233361/portugal-legaliza-a-eutanasia.shtml>. Acesso em: 16 de jul. de 2021

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; MINISTÉRIO DA MARINHA; MINISTÉRIO DO EXÉRCITO; MINISTÉRIO DA AERONÁUTICA. **Decreto-Lei nº 1.001 de 21 de outubro de 1969**. DOFC DE 21/10/1969. Disponível em: <<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEL&numero=1001&ano=1969&ato=1c0oXU61UejRVT2a7>>. Acesso em 10 dez. 2020.

MIZUNO, K. **Essentials of Buddhism: basic terminology and concepts of Buddhist philosophy and practice**. Tóquio: Kosei Publishing; 1996.

MÖLLER, Letícia Ludwing. **Direito à morte com dignidade e autonomia**: o direito à morte de pacientes terminais e os princípios da dignidade e autonomia da vontade. *Op. cit.*, p. 144. 2012.

NASCIMENTO, Samir. **Eutanásia: aspectos jurídico-penais e desdobramentos no Projeto de Lei 236/12 do Senado Federal.**, 2019. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/75524/eutanasia-aspectos-juridico-penais-e-desdobramentos-no-projeto-de-lei-236-12-do-senado-federal>>. Acesso em 10 de dez. 2020.

NAVARRO-VALLS, Rafael; MARTÍNEZ-TORRÓN. Javier. **Las objeciones de consciência em el derecho español y comparado.** Madrid: McGraw-Hill. p. 126-127., 1997.

NERY JÚNIOR, Nelson. **Escolha esclarecida de tratamento médico por pacientes testemunhas de Jeová com exercício harmônico de direitos fundamentais.** Parecer divulgado pela Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová. p. 47. São Paulo, 22 set. 2009.

NETO, Luísa. **O direito fundamental à disposição sobre o próprio corpo:** A relevância da vontade na configuração do seu regime. *Op. cit.*, p.220., 2004.

NETO, Luísa. **O direito fundamental à disposição sobre o próprio corpo** (a relevância da vontade na configuração do seu regime). *Op. cit.*, p. 792)., 2004.

NETO, Luísa. **O direito fundamental à disposição sobre o próprio corpo** (a relevância da vontade na configuração do seu regime) Coimbra: Coimbra. P. 780-781., 2004.

PÁDUA, João Pedro Chaves Valladares. **Eutanásia e igualdade.**, 2004 *Op. cit.*, p. 271.

PAREJO GUZMÁN, María José. **La eutanásia, ¿un derecho?**, *Op. cit.*, p. 40., 2005.

PAULO, Folha de S. **Jornalista morreu sob tortura em outubro de 1975.**, 2004. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u64972.shtml>>. Acesso em: 10 set. 2020.

PESSINI, Léo. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** *Op. cit.*, p801. 2009.

PESSINI, Léo. **Eutanásia: por que abreviar a vida?** *Op. cit.*, p. 163. 2004.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de bioética.** 5. ed. São Paulo: Loyola, 2000. P. 263. 2008.

RAMOS, Augusto Cesar. **Eutanásia: aspectos éticos e jurídicos da morte.** Florianópolis: OAB/SC, 2003. p. 110.

REY MARTÍNEZ, Fernando. **Eutanasia y derechos fundamentales.** *Op. cit.*, p. 82-88, 2009.

RINPOCHE, B. **Morte e arte de morrer no budismo tibetano.** Brasília: ShiSil; 1997.

RINPOCHE, S. **O livro tibetano do viver e do morrer.** São Paulo: Talento; 1999.

ROMEO CASABONA, Carlos María. **El derecho y la bioetica ante los limites de la vida humana.** *Op. cit.*, p. 30-36, 2000.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de Biodireito.** 2.ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2011. P. 311.

SALLES, Alvaro Angelo. **Grupo de Trabalho Religiões e Saúde, editor.** Manual da assistência espiritual e religiosa hospitalar. Porto: Comissão Ecumênica do Porto; 2010.

SALLES, Alvaro Angelo. **Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil.** 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/9sGSrzxJvcpCPKz68Y7fHKh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 de jul. de 2021.

SAMBADO, Cristina. **Em que países a eutanásia não é crime?.**, 2019. Disponível em: <https://www.rtp.pt/noticias/mundo/em-que-paises-a-eutanasia-nao-e-crime_n1078679>. Acesso em 11 de dez. 2020.

SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte Digna: o direito do paciente terminal.** *Op. cit.*, p. 124. 2010.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **Transplante de órgãos e eutanásia** (liberdade e responsabilidade). São Paulo: Saraiva, 1992. p.211

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **Biodireito:** ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, p. 285.

SANTOS, Laura Ferreira dos. **Testamento Vital. O que é? Como elaborá-lo?** Porto: Sextante., p. 56-57., 2011.

SAÚDE, Ministério de. 2009. **Íntegra da Portaria.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 22 dez. 2020.

SERRÃO, Daniel. Bioética. Perspectiva médica. **Revista da Ordem dos Advogados**, a. 51, p. 425, jul. 1991.

SERRÃO, Daniel. Bioética. **Perspectiva médica.** *Op. cit.*, p. 428., 2009.

SILVA, José Antonio Cordero da. **O fim da vida: uma questão de autonomia.**, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542014000300010>. Acesso em 09 set. 2020.

SILVA, Sergio Gomes da. **Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/rzhdT5gCxpg8sfQm4kzWZCw/?lang=pt>. Acesso em: 17 de jul. de 2021.

SILVA, WG. **Candomblé e umbanda.** São Paulo: Summus; 2005.

SIRE, James W. **Dando nome ao elefante.** Brasília: Monergismo, 2012. p. 179.

SMANIO, Gianpaolo Poggio. Eutanásia. Revista Magister: Direito Penal e Processual Penal, 2008. v. 4, n. 24, p. 43. jun./jul.

SMITH-STONER, M. **End of life preferences for practitioners of Tibetan Buddhism.** J Hospice and Palliative Nurs. 2005 jul-ago:228-33.

SOARES, Ana Raquel Colares dos Santos. Eutanásia: direito de morrer ou direito de viver? *In: GUERRA FILHO, Willis Santiago. Dos direitos humanos aos direitos fundamentais.* Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1997. p. 142.

STONE, T. Howard; WINSLADE, William J. El auxilio médico al suicidio y la eutanasia em los Estados Unidos. *In: DÍEZ RIPOLLÉS, José Luis; MUÑOZ SÁNCHEZ, Juan (Coord.). El tratamiento jurídico de la eutanasia: una perspectiva comparada.* Valencia: Tirant Lo Blanch. p. 380., 1996.

TRINDADE DF. **Umbanda e sua história.** São Paulo: Ícone; 2003.

USP, Jornal da. **Religião é principal barreira na discussão sobre eutanásia.**, 2020. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/atualidades/religiao-e-principal-barreira-na-discussao-sobre-eutanasia/>>. Acesso em 08 set. 2020.

VATICAN. **Sagrada Congregação Para a Doutrina da Fé: Declaração sobre a eutanásia.** Disponível em: <https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html>. Acesso em: 19 set. 2020.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética: temas atuais e seus aspectos jurídicos.** *Op. cit.*, p. 33. 2006.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida.** *Op. cit.*, p. 45., 2008.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida.** *Op. cit.*, p. 74., 2009.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida.** *Op. cit.*, p.73. 2009.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida.** *Op. cit.*, p. 80. 2009.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final da vida.**, 2003. *Op. cit.*, p. 76

WENTZ-EVANS, W. Y. **O Livro Tibetano dos Mortos: Experiências Pós-morte no Plano do Bardo.**, ed. 2020.

XAVIER, FC. **O consolador.** Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira; 2003.

ZATERKA, Luciana. **Francis Bacon e a questão da longevidade humana.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 495-517, 2015.