

A RECUSA DE TRATAMENTOS VITAIS NO ORDENAMENTO BRASILEIRO: A ESCOLHA É SUA

REFUSAL OF VITAL TREATMENTS IN BRAZILIAN LAW: THE CHOICE IS YOURS

Natália Regina Karolensky¹
Hamilton Belloto Henriques²

RESUMO: O artigo versa inicialmente sobre o direito a saúde e sua consagração constitucional, a qual deixa claro que corresponde a um dever do Estado. Em detalhes, explica-se que este direito pode ser abordado sobre a dimensão objetiva e subjetiva, sendo que nesta última ainda pode ser dividido de acordo com a titularidade: individual ou transindividual. Por ser imprescindível para a consagração da dignidade da pessoa humana, este direito deve ser proporcionado pelo Estado, por meio de tratamentos médicos necessários, uma vez que está acima dos critérios administrativos da conveniência e oportunidade. Por sua vez, expõe o texto o ponto de debate mais relevante na atualidade sobre o tema: qual seria o limite do dever do Estado em tutelar à saúde do enfermo, haja vista o próprio indivíduo pode recusar-se a ser submetido a um tratamento médico vital. Antes de adentrar no mérito da questão, realiza a devida distinção entre esta recusa de tratamento e o instituto da eutanásia. Deste modo, deixa bem claro que são figuras que devem ser tratadas distintamente, tendo em vista que o próprio ordenamento jurídico dispõe sobre ambos distintamente. A partir de então, o texto concentra-se na busca de fundamentos éticos e jurídicos para a justificação da recusa de tratamento vital, a qual se trata de uma escolha do paciente, salvaguardada pela sua autonomia (corolário da dignidade da pessoa humana). Assim, a anuência do médico em relação a tal recusa não caracteriza crime tipificado no artigo 122 do Código Penal, tendo em vista que não há de fato bem jurídico a ser resguardado a morte já é certa. Por tal razão, a autonomia do paciente cancela a posição de garante do médico; ainda deve ser observado que outro fundamento encontra-se na proibição constitucional de submissão a tratamentos desumanos ou degradantes. De acordo com estas fundamentações, o artigo sustenta a atipicidade da conduta do médico que faz valer a vontade do paciente e não lhe impõe um tratamento contra a vontade deste. Ainda em consonância com tal posicionamento, aborda a constitucionalidade das Resoluções nº 1.805/2006 e 1955/2012, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que garantem aos pacientes em fase terminal de enfermidade grave e incurável e aos seus representantes legais, a possibilidade de recusar tratamentos médicos vitais que considerem invasivos ou inúteis. Explica-se também que o conteúdo das Resoluções são compatíveis com os ditames constitucionais e com a sistemática do Código Penal vigente, tendo em vista que o direito de recusar terapias vitais está fundamentado no texto constitucional, especificamente no que tange ao respeito devido à dignidade da pessoa humana e à autonomia pessoal, a qual sempre deverá prevalecer quando a vida é protegida como mera existência física desprovida de liberdade, pois o respeito devido à dignidade humana pressupõe o próprio reconhecimento do homem como ser dotado de autonomia. Por derradeiro, explana-se sobre as implicações

¹Mestranda em Direito pelo Centro Universitário de Maringá (CESUMAR). Especialista em Direito Público pela Universidade Anhanguera. Advogada. Bacharel em Direito pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). E-mail: adv.karolensky@gmail.com.

² Advogado Criminalista, Mestrando em Direito pelo Centro Universitário de Maringá (CESUMAR). Professor de Direito Penal no Cesumar e Unifamma.

destas resoluções para o tratamento jurídico da ortotanásia no Brasil; bem como se adotam críticas e sugestões para a Resolução n.º 1955/2012, com lastro nas conclusões obtidas.

RESUME: The article focuses initially on the right to health and their constitutional consecration, which makes clear that, corresponds to a duty of the State. In detail, it's explained that this right can be approached on the objective and subjective dimension, where the latter can be further divided according to ownership: individual or transindividual. As for being indispensable for the consecration of human dignity, the right should be provided by the state, by means of necessary medical treatment, since it's above the criteria of administrative convenience and opportunity. Therefore, the text exposes the most relevant point of debate today on the topic: what is the limit of the state's duty to protect the health of the sick, given the individual himself can refuse to be subjected to a vital medical treatment. Before embarking on the merits, performs proper distinction between this refusal of treatment and euthanasia institute. Thus, makes it clear that the figures are to be treated distinctly in view that the law itself provides for both distinctly. Since then, the text focuses on the pursuit of ethical and legal justification for the refusal of vital treatment, which it's a patient choice, safeguarded their autonomy (corollary of human dignity). So the doctor's consent in relation to such refusal doesn't characterize crime defined in Article 122 of the Penal Code, considering that there is in fact legal right to be safeguarded death is certain. For this reason, the autonomy of the patient cancels position ensures the physician, yet it should be noted that other foundation lies in the constitutional prohibition of submission to inhuman or degrading treatment. According to this reasoning, the article argues atypicality conduct of the doctor who enforces the will of the patient and doesn't impose a treatment against their will. Also in line with this position, addresses the constitutionality of Resolution No. 1.805/2006 and 1955/2012, Federal Council of Medicine (CFM), to ensure that terminally ill patients of severe and incurable illness and their legal representatives, the possibility vital to refuse medical treatments they consider invasive or useless. It also explains that the content of the resolutions are compatible with constitutional dictates and the systematic Penal Code, considering that the right to refuse vital therapies are grounded in constitutional text, specifically in regard to the respect due to the dignity of human person and personal autonomy, which should always prevail when life is protected as mere physical existence deprived of freedom, for the respect due to human dignity presupposes the very recognition of man as a being endowed with autonomy. For ultimate, explains to the implications of these resolutions to the legal treatment of orthothanasia in Brazil, as well as criticism and suggestions to adopt Resolution No. 1955/2012, backed the findings.

Palavras-Chave: recusa de tratamento vital, eutanásia, dignidade da pessoa humana, paternalismo, autonomia.

Key Words: refuse of vital treatments; euthanasia; human dignity; paternalism; autonomy.

INTRODUÇÃO

Com o advento da Constituição Federal de 1988, restou-se certo que o direito à saúde do indivíduo é dever do Estado, uma vez que tal direito é absolutamente necessário para a consagração da dignidade da pessoa humana. Infelizmente, neste país este direito é

constantemente desrespeitado, tanto na dimensão objetiva (por meio de implantação de políticas públicas e ações positivas do Estado), como também na dimensão subjetiva (direito do cidadão em face do estado).

Logo, diante da inércia da administração em fornecer aos cidadãos espontaneamente tratamentos que provenham o direito à saúde dos indivíduos, o acionamento do Poder Judiciário se faz necessário. Os Tribunais Superiores vem entendendo que o direito à saúde dos cidadãos, efetivado por meio de diferentes tratamentos, é obrigação do Estado. Para tanto, fundamentam que a saúde é imprescindível para a consagração máxima da dignidade da pessoa humana, razão pela qual esta acima dos critérios administrativos de limites orçamentários.

Por sua vez, questiona-se qual seria o limite deste dever estatal em face da dignidade da pessoa humana, uma vez que o próprio enfermo pode se negar a ser submetido a determinado tratamento médico, sob a justificativa de que este tratamento poderia ser desnecessário e degradante.

Isso porque, atualmente os avanços da medicina alcançam níveis antes inimagináveis, o que possibilita o prolongamento artificial da vida por décadas, por meio de recursos biotecnológicos. Contudo, tais tratamentos podem manter a vida dos indivíduos através de um verdadeiro suplício para o indivíduo. Ademais, em nenhum momento estes recursos médicos visam à cura da doença, mas somente o prolongamento do processo morte. A discussão jurídica aqui tratada não se refere à possibilidade de escolher de negar-se a submissão a qualquer tratamento médico, mas analisar-se-á a possibilidade da recusa de tratamento médico vital frente ao ordenamento jurídico brasileiro, diante de uma doença grave e fatalmente incurável.

Para tanto, imprescindível a compreensão de que tal recusa a tratamento médico vital corresponde à figura diferente da eutanásia, o que pressupõe a aplicação de institutos jurídicos penais distintos.

O tema deve ser analisado em consonância com o ordenamento jurídico brasileiro, que foi elaborado no contexto de um Estado laico e sem dogmas. Noutro giro, a legislação penal também deve ser analisada frente à Constituição Federal e não isoladamente.

Com efeito, há que se questionar se é correto primar pela manutenção artificial da vida humana em quaisquer circunstâncias, submetendo o enfermo a todo e qualquer tratamento médico vital (e ineficaz para a cura), mesmo que moribundo o considere cruel e manifeste-se em sentido contrário, sob o fundamento que é dever do Estado proteger os cidadãos contra qualquer mal. Ou, por sua vez, é mais do que necessário admitir que a recusa

ao tratamento médico vital constitua um paternalismo injustificado, exacerbado e proposital por parte do Estado³, contrário ao Estado Democrático de Direito fundado em ideais liberais, uma vez que a Constituição Federal de 1988 consagrou a dignidade da pessoa humana, como princípio fundamental no artigo 1º, inciso III, do nosso texto fundamental.

Por fim, diante da análise de tal problemática, consideram-se constitucionais as resoluções médicas nº 1805 de 2006 e 1995 de 2012, as quais resumidamente regularam possibilidades de recusa a tratamentos médicos vitais. Por outro lado, demonstra-se necessário que tais resoluções são passíveis de críticas, inclusive por abordarem de maneira extremamente resumida tema complexo e somente sob a perspectiva favorável a classe médica.

2 SAÚDE PÚBLICA

2.1 Considerações Gerais

A Constituição Federal consagra que o cidadão possui formalmente o direito a assistência à saúde⁴. Isso porque, em seu artigo 196, dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o qual deve implementar políticas econômicas e sociais que viabilizem esse direito por meio de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação à saúde.

De acordo com este dispositivo, observa-se que o direito à saúde pode ser visto sob duas dimensões: dimensão objetiva e subjetiva. A dimensão objetiva trata de determinados conteúdos que a norma, tutelada como direito fundamental, inclui ao ordenamento jurídico estatal, independentemente de sua titularidade, perante qualquer indivíduo ou grupo em uma relação social e jurídica específica. Deste modo, o direito fundamental à saúde, protegido de modo objetivo, implica na existência de deveres dos Poderes Públicos na organização e na institucional das políticas públicas de saúde, não só em relação às atribuições dos entes federados relativos à participação de cada um no Sistema Único de Saúde, bem como aos deveres e à responsabilidade da iniciativa privada⁵.

³ CARVALHO, Gisele Mendes de. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal: estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de “legeferenda”*, Granada: Comares, 2009. p. 07.

⁴ FORTES. Paulo Antonio de Carvalho. *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, autonomia e direitos do paciente, estudo de caso*. São Paulo: EPU, 2002. p. 11.

⁵ RIOS, Roger Raupp. *Direito saúde dimensão subjetiva transindividual*. Disponível em: www.cebes.org.br/media/File/direito%20sanitrio/Direito__sade_universalidade_integralidade.doc. Acesso em: 10 jan. 2013.

Tal dimensão objetiva também implica na proibição de legislação que possa vir a excluir determinada dimensão do conceito constitucional de saúde das políticas públicas. Esta também abrange a correta compreensão de princípios constitucionais informadores das políticas públicas, tal como a integralidade, a universalidade e a não-discriminação⁶.

Já no que tange a dimensão subjetiva, trata-se de direito do indivíduo exigir determinada prestação estatal, o que é denominado de “direito subjetivo público”. Em detalhes, é necessário distinguir a titularidade individual ou coletiva desta espécie de tutela judicial, uma vez que este direito pode ser exercido de maneiras distintas, de acordo com a titularidade dos sujeitos. Logo, quando o sujeito for constituído por grupos, formado por vários indivíduos reunidos pela mesma relação jurídica, observa-se uma titularidade meta individual ou supra-individual, sendo como suas subespécies os direitos coletivos e difusos⁷.

Há o chamado direito coletivo quando certo grupo, com determinação relativa, decorrente da participação em uma relação jurídica-base, pode obter proteção para toda classe representada, não podendo haver satisfação ou prejuízo senão de forma que afete a todos os membros desta determinada classe; por sua vez, o direito difuso se diferencia pela indeterminação de seus titulares, cuja ligação decorre somente de mera circunstância de fato, o que demanda proteção para todo o grupo (exemplo: moradores de uma mesma região diante de determinada epidemia a exigir medidas preventivas e sanitárias)⁸.

2.2 O Direito a Saúde como Fator Cultural, Econômico, Social e Político

Em que pese à consagração deste direito em sede constitucional, não se pode omitir que na atualidade tal ditame corresponde atualmente não é eficaz, devido à ausência da ação estatal e inércia da população em exigir a efetividade do Estado. Neste sentido, dados reais demonstram que não há acesso universal à assistência à saúde no país: nas áreas rurais cerca de 64% das mulheres não realizam pré-natal; entre 15 a 20 milhões de pessoas não dispõem de qualquer serviço à saúde; entre a faixa etária de 35 a 44 um em cada dois indivíduos um estão com dentes perdidos ou careados; cerca de 40 milhões de brasileiros possuem planos alternativos de assistência a saúde⁹.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

⁹ FORTES, Ibid., p. 11/12.

A precariedade do Sistema Único de Saúde no país é alarmante. Sobre este sistema, ressalta-se que no momento da sua organização e modo de funcionamento, a lei brasileira adotou o Princípio Ético da Justiça Distributiva. Tal princípio deve nortear a maneira pela qual as principais instituições sociais distribuem direitos e deveres fundamentais, bem como determinam a divisão de vantagens advindos da cooperação social¹⁰.

Este princípio surgiu no século XVIII, quando se estabeleceu uma sociedade organizada política e juridicamente, cabendo ao Estado intervir no campo sócio econômico, de modo a garantir a distribuição de bens para que as pessoas sejam supridas de determinado nível de interesses e recursos. No entanto, consagrou-se após a Segunda Guerra Mundial, momento em que finalmente a dignidade da pessoa humana é considerada o fim a ser perseguido pelo Estado, que deve ser repudiada a ideia de que a distribuição justa é baseada no mérito pessoal, mas sim pela equidade que deriva do pensamento aristotélico¹¹. Desta forma, deve se entender que as pessoas iguais deveriam ser tratadas igualmente e as desiguais deveriam ser tratadas de acordo com tal o fator de *discrímen*, segundo o princípio da proporcionalidade natural.

Por esta razão, o conceito básico de saúde compreendido como *estado físico, preço e social capaz de possibilitar a pessoa viver em condição sadia e sã*¹², deve ser ampliado. Logo, norteador por tal princípio a saúde deve ser compreendida como o maior grau de bem estar que o indivíduo e a coletividade alcançam, por meio do equilíbrio existencial dinâmico, o qual depende de conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos¹³.

Observa-se que a demonstração do quadro de saúde de um país denota importância política, uma vez que cada sistema de saúde reflete as condições econômicas e sociais do mesmo. Ainda sobre um prisma político-social, envolvem inúmeros sujeitos: os pacientes, os clientes e os consumidores, os grupos de risco, os prestadores públicos e privados de serviços de saúde, seguradoras, os empregadores, as instituições formadoras de profissionais e técnicos de saúde, a indústria farmacêutica de tecnologia médica, a mídia e a opinião pública, os movimentos sociais de saúde, os profissionais de saúde e suas corporações e os partidos políticos e suas agendas¹⁴.

¹⁰ Idem.

¹¹ Idem.

¹² FACHIN, Zulmar. Curso de direito constitucional. 5 ed. Rev., atual., Rio de Janeiro. Editora Forense: 2012. p. 597.

¹³ FORTES, op. cit., p. 28.

¹⁴ FORTES, Ibid., p. 28/29.

Desta feita, a ideologia e os valores éticos prevalecentes em uma sociedade são fatores imprescindíveis para nortear a incidência prática do direito à saúde e na distribuição de seus recursos, ocasião em que resulta uma série de conflitos na sociedade.

2.3 Conflitos Atuais sobre o Direito à Saúde

Logicamente que o primeiro conflito que surgiu após 1988, foi no que tange ao custo deste direito. Isso porque, o sistema geral de saúde é desenvolvido em um ambiente de necessidades crescentes, constante ampliação tecnológica, e, conseqüente aumento de custos. Assim, tais necessidades são mais amplas que as possibilidades de recursos existentes.

Exatamente por tal razão, a Administração Pública passou a negar tratamentos, sob a justificativa de escassez de recursos; bem como sob a afirmação de que se despendesse tamanho gastos com tratamentos exclusivos a determinada pessoa, conseqüentemente haveria comprometimento da coletividade, em geral.

Inevitavelmente, por se tratar de um direito justificável¹⁵, esta problemática foi levada ao Poder Judiciário. Observa-se que são inúmeras as decisões de Tribunais brasileiros condenando o Estado a fornecer gratuitamente medicamentos, meios de diagnóstico ou tratamento a pessoas doentes; bem como ao pagamento de multa diária pelo não cumprimento destas decisões judiciais.

Para tanto, fundamentam que o custeio de gastos oriundos de tratamentos médicos, em geral, é indispensável na consagração da dignidade da pessoa humana como valor máximo a ser protegido pelo Estado. Neste sentido, cita-se uma ação julgada em 21.08.2008, na qual o Superior Tribunal de Justiça decidiu¹⁶:

“Os direitos fundamentais à vida e à saúde são direitos subjetivos inalienáveis, constitucionalmente consagrados, cujo primado, em um Estado de Direito Democrático como o nosso, que reserva especial proteção à dignidade da pessoa humana, há de superar quaisquer espécies de restrições legais”.

Com efeito, o Supremo Tribunal Federal sustenta que cabe ao Poder Judiciário a função de garantir o cumprimento e efetivação do direito à saúde e à vida dos cidadãos. Por tal razão, conclui que estes direitos devem prevalecer sobre qualquer outra norma do ordenamento jurídico, inclusive acima dos critérios de conveniência e de oportunidade da Administração Pública. Isso porque, quando em conflito a obrigação estatal de tornar efetivas

¹⁵ FACHIN, Ibid., p. 599.

¹⁶ AgRg no REsp 1002335/RS, publicado em 22.09.2008

as prestações de saúde em favor de cidadãos considerados individualmente em face do dever-poder do Estado de gerenciar os escassos recursos disponíveis, o Supremo vem entendendo:

Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição (art. 5º, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo – uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida¹⁷.

Este posicionamento não gera perplexidade, uma vez que tal solução é auferida com base dignidade da pessoa humana, a qual pressupõe que o direito a saúde é um meio necessário para o fim de protegê-la.

2.4 A Incidência de Limite do Estado no Dever de Tutelar Proteção do Direito à Saúde

Exatamente na busca da proteção da dignidade da pessoa humana, atualmente vem à tona um segundo conflito, o qual segue na contramão da explanação acima: qual seria o limite ao dever do Estado de proteger o direito à saúde? O indivíduo pode “abrir” mão deste direito valendo-se da sua dignidade? Cabe ao Estado impor ao cidadão a realização de um tratamento médico vital contra a vontade do enfermo?

Tal problemática revela-se muito mais delicada do que a anterior, tendo em vista que desperta discussão não somente jurídica, como também ética, religiosa e moral. O início da polêmica surge em virtude do avanço dos recursos médicos, os quais se revelam agora capazes de prolongar a vida de enfermos por décadas. Entretanto, o enfermo pode repudiar a ideia de manter uma vida por “meio artificial”, quando esta se transformar em um verdadeiro suplício. Logo, a discussão que ganha relevo seria sobre a possibilidade do indivíduo negar-se ser submetido a determinados tratamentos médicos vitais, quando comprovada a existência de uma enfermidade grave ou incurável, a qual culminará inevitavelmente numa “sobrevida”.

Vive-se em tempos em que é possível (e cada vez mais comum) o indivíduo ultrapassar 100(cem) anos, o que desperta, paradoxalmente, ideias opostas: a manutenção da vida, para aqueles que sofrem de doenças degenerativas ou problemas físicos irreversíveis, pode ser considerada um fardo¹⁸. Por tal razão, recusar-se ser submetido a tratamentos vitais e aceitar morte como causa natural, para alguns pode caracterizar-se como uma saída digna.

¹⁷ Julgado pelo presidente do STF em 2003, Min. CELSO DE MELLO, Medida Cautelar PETMC-1246/SC.

¹⁸ PONTES, Felipe. Ajuda-me a morrer. *Revista Época*, Rio de Janeiro: Globo, nº 736, 25 de junho de 2012, p. 85.

Com efeito, explica-se que a discussão restringe-se aos casos em que pacientes recusam recebimento de tratamentos vitais, tendo em vista que estes não terão o condão de afastar o fim inevitável da morte, mas somente prolongar o processo morte. Por outro lado, nada impedi que aceitem receber tratamentos paliativos, no intuito de aliviar o sofrimento que estão sendo submetidos, em razão de doença incurável.

3 EUTANÁSIA X RECUSA DE TRATAMENTO MÉDICO VITAL

Primeiramente, há que se verificar qual a relação entre a recusa do paciente em receber um tratamento médico e a eutanásia. Fato é que ambas as situações inevitavelmente culminarão na antecipação da morte do mesmo, razão pela qual podem erroneamente ser consideradas como sinônimos. Com efeito, destaca-se que a limitação do esforço terapêutico não caracterizará necessariamente a eutanásia; bem como a eutanásia não deve ser confundida com a simples recusa de um paciente terminal ou gravemente enfermo, a submeter-se a um determinado tratamento.

Extremamente dificultosa a diferença entre os dois institutos, haja vista que é tênue a linha que os separam: a eutanásia visa diretamente e de maneira voluntária à morte do enfermo; enquanto a recusa do tratamento vital poderá indiretamente gerar a morte, por meio da recusa do tratamento médico que lhe é imprescindível, sendo a recusa a finalidade precípua.¹⁹

3.1 Eutanásia

Neste passo, necessário é definir a eutanásia. Esta palavra *eutanásia* foi criada pelo filósofo inglês Francis Bacon, no século XVII. É composta etimologicamente por duas palavras gregas: “eu”, que significa bom, e “thanatos”, que se refere à morte. Assim, por um sentido literal ela significa “boa morte” ou “morte tranquila” daquele que está agonizando²⁰.

Este significado originário no decorrer dos tempos foi ampliado, haja vista que passou a abranger novas situações. Atualmente, a eutanásia não deve ser limitada aos casos terminais, alcançando outras hipóteses complexas, tais como casos relacionados aos recém-

¹⁹ CARVALHO, Gisele Mendes de. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal: Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de “Ileferenda”*. Granada: Comares, 2009. p. 267.

²⁰ NIÑO, Luis Fernando. *Eutanasia: morir con dignidad (consecuencias jurídico-penales)*. Buenos Aires: Ed. Universidad, 1994. p.81.

nascidos com malformações congênitas (eutanásia precoce), aos pacientes em estado vegetativo irreversível, embora não necessariamente terminais, e das vítimas de acidentes ou enfermidades cujos graves padecimentos lhes impedem provocar-se por si mesmas a própria morte (pacientes tetraplégicos e vítimas de doenças degenerativas, como a esclerose lateral amiotrófica)²¹.

Há diversas espécies de eutanásia, sendo necessário classificar as diferentes modalidades deste instituto. Preliminarmente, quanto à finalidade deste instituto destaca-se em primeiro lugar a *eutanásia liberadora ou terapêutica*, a qual ocorrerá quando se acelera o momento da morte do indivíduo, desde que haja o consentimento deste e a finalidade de eliminar o sofrimento do qual padece o enfermo por compaixão²².

Óbvio que no presente trabalho está sendo tratada esta modalidade, uma vez que nosso ordenamento jurídico consagra como fim a ser alcançado à dignidade da pessoa humana. Desta feita, exclui-se a *eutanásia eliminadora ou eugênica* que visa à pureza da raça humana, eliminando aqueles que não estão em consonância com o padrão de normalidade da sociedade²³, bem como a *eutanásia econômica* que visa aliviar a sociedade do peso de pessoas economicamente inúteis, tais como doentes mentais, loucos irrecuperáveis, inválidos e anciões²⁴.

Por tal razão, ressalta-se, somente deve ser considerada legítima a eutanásia terapêutica. Isso porque, para que a eutanásia seja considerada um meio legítimo é necessário o preenchimento dos seguintes requisitos: requisito da doença incurável, móvel piedoso e consentimento do enfermo (leia-se consentimento devidamente informado). Uma vez realizada tais considerações, torna-se possível traçar um conceito preliminar de eutanásia, por meio do qual se entende que a eutanásia consiste na privação da vida de uma pessoa, que sofre de uma doença terminal incurável ou de uma situação de invalidez irreversível, motivada por razões humanitárias ou piedosas, com o consentimento daquela, por meio de uma ação ou omissão.

É necessário distinguir a eutanásia de acordo com o modo de execução: ativa ou passiva. Deve ser observado que há dois elementos envolvidos nesta classificação que são a

²¹ TORÍO LÓPEZ, Angel. Reflexión crítica sobre el problema de la eutanasia. *Estudios Penales y Criminológicos*, XIV, 1989/1990. p. 219.

²² ROMERO OCAMPO, Guillermo. *La eutanasia*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 1986. p. 08.

²³ CARVALHO, Gisele Mendes de. *Aspectos jurídico-penais da eutanásia*. São Paulo: IBCCRIM, 2001. p.19/20.

²⁴ ROMEO CASABONA, Carlos María. *El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana*: Madrid: Ramón Areces, 1994. p. 423.

intenção e o efeito da ação. A intenção de gerar a eutanásia pode gerar uma ação por parte do agente - eutanásia ativa. Por sua vez, caso leve a uma omissão deliberada, a qual corresponde a não realização da ação que teria indicação terapêutica naquela circunstância – eutanásia passiva²⁵.

Desta feita, a eutanásia *ativa ou por comissão* corresponde à realização de ato(s) positivo(s) no intuito de provocar a morte sem sofrimento do paciente, para que este seja aliviado ou eliminado de sofrimento²⁶. Frisa-se que esta ação somente adiantará um fim inevitável – a morte, por meio da intervenção médica a pedido do próprio paciente.

A eutanásia ativa ainda pode ser subdividida segundo a vontade específica do autor. Isso porque caso a ação possua o intento (dolo) de encurtar a vida do paciente será denominada direta²⁷; por sua vez, caso possua o intento de primeiramente abreviar o sofrimento do paciente e, conseqüentemente, abreviar o curso vital (como exemplo a aplicação de morfina prejudica a função respiratória e em altas doses pode acelerar a morte) deverá ser considerada indireta.²⁸

Noutro giro, a eutanásia passiva encontra-se associada à interrupção do tratamento com o fim de não mais prolongar o sofrimento gerado pelo processo de manutenção da vida puramente vegetativa e carente de perspectivas dos enfermos terminais²⁹. Caracteriza-se pela abstenção deliberada de tratamentos médicos úteis, que deveriam prolongar a vida do paciente. Em suma, a ausência deste tratamento culmina diretamente na morte do enfermo.

Sobre o tema, observa-se que há embate doutrinário no que se refere à distinção de eutanásia passiva e ortotanásia. De fato, a doutrina majoritária afirma que a ortotanásia é uma espécie de eutanásia passiva. Contudo, alguns autores lecionam sobre a necessidade de se diferenciar ambos os conceitos, para tanto se baseiam na distinção entre *meios ordinários* e *extraordinários* de tratamento. Majoritariamente entende-se que os tratamentos ordinários são aqueles que estão disponíveis em grande número de casos, uma vez que são econômicos, de aplicação habitual e caráter leve; já no que tange aos tratamentos extraordinários afirmam que

²⁵ SÁ, Maria de Fátima Freire de. *O Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido*. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005. p.154.

²⁶ CARVALHO, Aspectos jurídicos [...], op. cit. p. 23.

²⁷ PRADO, Luiz Regis. *Curso de Direito Penal brasileiro*. 5. ed. São Paulo: RT, 2006, p.62.

²⁸ ZUGALDÍA ESPINAR, José. M. Eutanasia y homicidio a petición: situación legislativa y perspectivas político-criminales. *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad de Granada*, nº 13, 1987, p. 287).

²⁹ Ibid., p.283.

seriam de aplicação restrita a um escasso número de enfermos, tendo em vista que são caros, implicam o emprego de alta tecnologia e possuem natureza agressiva ou intrusiva³⁰.

Atualmente, tal distinção tem sido objeto de críticas, levando-se em consideração que diante da própria evolução da ciência médica, um tratamento considerado extraordinário num breve período de tempo tende a se transformar em uma terapia simples e corriqueira, isto é, tratamento ordinário. Por sua vez, os fatores geográficos e econômicos podem induzir a erros e contradições, uma vez que um determinado recurso médico poderá ser considerado ordinário em uma região, mas extraordinário em outra, a depender das condições sanitárias locais, disponibilidade do recurso, custo do tratamento, entre outros. Por fim, o próprio quadro evolutivo da doença pode levar determinado tratamento a ser considerado ordinário para um enfermo, no entanto, para outro ser considerado extraordinário³¹. Logo, torna-se obsoleta a tentativa de diferenciar a eutanásia passiva da ortotanásia.

3.2 Recusa de Tratamento Vital

Atualmente, como já exposto anteriormente, o ponto de debate é outro: a distinção entre eutanásia, em especial a passiva, em face da recusa de tratamentos vitais. Nesta última, caracteriza-se a omissão de tratamentos médicos vitais, em virtude da recusa do paciente a submeter-se aos cuidados médicos imprescindíveis para sua saúde e que podem levar, indiretamente (e não diretamente), à morte do enfermo³². Em suma, a intenção é não se submeter aos tratamentos médicos, mesmo que tal recusa leve a morte. Já na eutanásia passiva, visa-se diretamente a morte do enfermo, a qual ocorrerá pela ausência de tratamento médico. Nos dois casos, frisa-se que o paciente deve sofrer de uma doença incurável, que lhe acarrete uma carga de sofrimento extraordinária.

Numa primeira análise, poderia se afirmar que a diferença está na real intenção do paciente. Com efeito, se o paciente busca diretamente a morte como forma de abreviar seu sofrimento, possui o dolo direto de morrer. Entretanto, quando o paciente possui a vontade de

³⁰ BLANCO, Luis Guillermo. *Muerte digna: consideraciones bioético-jurídicas*. Buenos Aires: Ad Hoc, 1997. p.36/37.

³¹ CARVALHO, Gisele Mendes de. *O tratamento jurídico-penal da eutanásia passiva no Brasil: considerações acerca do impacto da resolução nº 1.805/2006 do conselho federal de medicina*. Ciências Penais: revista da Associação Brasileira de Professores de Ciências Penais, São Paulo, ano 4, v. 6, p. 227-268, jan./jun. 2006.

³² SEMINARA, Sergio. “Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia”, *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, fasc.III, 1995, p.693; BAJO FERNÁNDEZ, Miguel. Prolongación artificial de la vida y trato inhumano o degradante. *Cuadernos de Política Criminal*, nº 51, p.735.

não se submeter a determinado tratamento por ser este gerador de sofrimento e, indiretamente, assume o risco morte, trata-se de dolo eventual.

Assim, na recusa do tratamento vital estaríamos diante do dolo eventual, haja vista que este ocorre quando o agente (leia-se paciente), embora não querendo diretamente a realização do tipo (leia-se morte), o aceite como possível ou mesmo como provável, razão pela qual assumi o risco da produção do mesmo. Sobre o tema, explica-se que no dolo eventual não é necessário que "a previsão da causalidade ou da forma em que se produza o resultado seja detalhada", mas somente que o resultado seja possível ou provável³³.

Caso seja aceito esta "teoria", de fato não haveria distinção relevante entre ambas às condutas, uma vez que para nosso ordenamento jurídico não há distinção relevante nas figuras típicas entre os tipos penais praticados com dolo direto ou eventual.

Contudo, por meio de uma análise mais detalhada da matéria, verifica-se que a real distinção é outra. No caso da eutanásia passiva, a conduta de abstenção deliberada de tratamentos médicos úteis, que deveriam prolongar a vida do paciente, é realizada por parte do médico, em que pese este obrigatoriamente possua o consentimento do enfermo. Noutro passo, na recusa de tratamento vital, a conduta abstenção do tratamento é realizada por parte do enfermo, sendo esta decisão respeitada pelo médico. Logo, restam-se clarividente as diferenças entre ambas as condutas analisadas, sendo certo que estas incidem em distintos tipos penais.

O atual Código Penal e a Constituição Federal não elencam qualquer possibilidade do enfermo optar pelo fim de sua própria vida, mesmo quando diante de uma patologia incurável, responsável por submeter o paciente a um sofrimento degradante³⁴. Pelo contrário, a legislação penal utiliza-se de instrumentos coercitivos (sanções jurídicas) para determinadas condutas que visem tal fim. Trata-se de uma manifestação evidente do chamado paternalismo jurídico penal³⁵, a qual merece indagações.

Pela análise específica desta legislação penal, a conduta do médico que se omite por não iniciar ou interromper determinado tratamento de importância vital ao paciente que padece de uma doença incurável, em respeito à vontade deste, poderá facilmente incidir na figura do homicídio, que a depender das circunstâncias do caso concreto será simples, privilegiado ou qualificado. Para tanto, explica-se que o Código Penal, por meio do Art. 13,

³³ ZAFFARONI, Eugenio Raul e PIERANGELI, J. Henrique. Manual de direito penal brasileiro. Parte geral. 1.ed. São Paulo: editora revista dos tribunais, 1997.p.482.

³⁴ CARVALHO, *Suicidio, eutanasia y [...]*, ibid., p. 22.

³⁵ Idem.

§2º, b, impõe ao médico obrigação de garante, uma vez que possui o dever legal de evitar o resultado morte(homicídio comissivo por omissão)³⁶. Entretanto, debate-se qual seria a tipificação penal quando é o paciente que se recusa expressamente a se submeter ao tratamento, sendo tal vontade respeitada pelo médico.

Em que pese às similaridades das duas condutas expostas, verifica-se que na segunda hipótese não se trata de homicídio, eis que é o enfermo que pratica a conduta de que indiretamente levará a cabo sua vida. Logo, a dúvida permeia se o mesmo assumi uma postura suicida ou se, ao contrário, esta recusa deve ser vista somente como recusa ao tratamento, advindo a morte por causas naturais.

Em suma, a problemática resume-se se a conduta suicida existe somente quando o agente pratica uma conduta ativa na busca da própria morte (como exemplo: pular do terraço de um prédio de 50 andares)– vontade de matar-se; ou se pode ser praticado por meio da ausência de um comportamento necessário para a manutenção da vida (como exemplo: não tomar o coquetel de combate aos sintomas do HIV) – vontade de morrer. Com efeito, na conduta omissiva observa-se que o sujeito não pratica qualquer conduta que lhe retira da situação de perigo em que se encontra por meio de ajuda de terceiro (como exemplo: negar ser submetido a um tratamento médico vital, de modo a deixar que a doença siga seu curso natural e, assim, aceita o resultado morte).

Parte da doutrina entende que a recusa de um tratamento médico vital não deve ser considerado como um comportamento suicida, tendo em vista que a morte advém de causas totalmente naturais. A recusa do tratamento normalmente advém da ínfima possibilidade de cura, por intermédio de um tratamento extremamente invasivo, que gera tamanho desgaste físico e emocional³⁷. Para estes, a única forma de suicídio é aquela praticada por meio de comportamento ativo realizado pela própria vítima, independentemente da participação de terceiros³⁸.

Outros doutrinadores afirmam que a postura suicida também ocorre por meio de um comportamento passivo da vítima, tendo em vista que não há relevância jurídico-penal dentre as condutas de se deixar morrer ou causar a própria morte. Isso porque o sujeito que recusa respectivo tratamento vital, inequivocamente aceita o resultado morte como possível, ainda que de maneira indireta. Com efeito, neste momento observa-se a relevância do dolo eventual

³⁶ CARVALHO,. *Suicidio, eutanasia [...]*, Ibid., p. 22.

³⁷ CARVALHO,. *O tratamento jurídico [...]*, Idem.

³⁸ ZUGALDÍA, Ibid, p. 285-286.

no que se refere á própria morte, comportamento este atípico no ordenamento jurídico brasileiro.

Noutro giro, também deve ser analisado a conduta praticada pelo médico que respeita a vontade do paciente, uma vez que concorda com sua recusa. Obviamente que este não poderá responder pelo delito de homicídio, tendo em vista que é o próprio paciente que se recusa a ser submetido a tratamento. Contudo, pelo Código Penal, haverá a incidência da figura da participação no suicídio disposta no artigo 122 do Código do Código Penal. Em detalhes, a conduta que gera a morte do enfermo é praticada por ele próprio – somente auxiliado por outrem – sendo que é o paciente que possui o domínio do fato. Ressalta-se que se trata de figura mais branda do que a do homicídio, em virtude do menor desvalor da ação do sujeito ativo (leia-se médico).

A incidência deste dispositivo legal será restrita a omissão realizada por um médico, haja vista que este possui o dever legal de evitar o resultado morte (garante), de acordo com o artigo 13 do Código Penal. Novamente, trata-se do delito comissivo por omissão, haja vista que ao médico (omitente) é atribuído à função de garantir o bem jurídico vida.

Pelo exposto, diante da legislação penal atual o médico possui o dever legal de evitar a morte do paciente a “qualquer preço”, mesmo que para tanto seja obrigado a submeter seu paciente a um tratamento médico que gere uma vida degradante com sofrimento intenso, ignorando a vontade do paciente em não realizar tal tratamento. Nestes casos, óbvio que não se prolonga a vida humana em si mesma, mas sim o próprio processo de morte. Isso porque, com os modernos avanços tecnológicos, foi possibilitado o prolongamento artificial da vida de pacientes severamente doentes³⁹.

Contudo, diante do tamanho avanço biotecnológico este dever legal de repudiar a morte passou a ser questionado. Ora, não há justificativa para a perseguição da vida incondicionalmente, quando na verdade o que se prolonga é a angústia da espera pela morte, mediante grande sofrimento. A partir destas considerações, surgem reflexões sobre como o tema é disposto no Código Penal.

Como resultado das diversas reflexões sobre como o progresso da ciência afeta o ser humano, surge a bioética. Esta trata-se de uma ciência interdisciplinar (abrangendo Teologia, Fisiologia, Medicina, Direito, etc.), razão pela qual aborda os diferentes pontos de vista⁴⁰. Por

³⁹ GRENVIK, *Suspensão do tratamento na doença terminal e morte cerebral*. In: LANE, John Cook (coord). *Reanimação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.p. 154.

⁴⁰ PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. *Problemas atuais de Bioética*. 2. ed. São Paulo, Loyola, São Paulo, 1994. p.14.

meio desta nova ciência questiona-se até qual momento é possível intervir artificialmente na vida humana sem comprometer sua integridade, de modo a limitar as fronteiras éticas e jurídicas que devem nortear a ação médica ou tecnológica⁴¹.

Frisa-se que a classe médica atualmente, fazendo jus a Bioética, condena o prolongamento do processo da morte, mediante sofrimento imenso ao paciente denominado de distanásia⁴² ou de “futilidade médica”. Com efeito, hoje tal classe vem entendendo que a tomada de decisões em quadros terminais graves deve ser oriundas da análise da etapa atravessada pelo paciente, haja vista que a preservação da vida pelo médico somente deve ser buscada enquanto o enfermo ainda for salvável⁴³. Do contrário, deverá prevalecer a autonomia de vontade deste (ou, quando incapacitado, de seus familiares), respeitando-se a dignidade em detrimento do sofrimento humano. Logo, conforme a evolução do quadro clínico do paciente, deve se ter a nobreza de aceitar a morte não como uma derrota, mas como um processo natural.

Assim, resta-se óbvio que a legislação penal revela um Estado paternalista, ao prever hipóteses de reponsabilidade penal para os médicos que praticarem algumas destas condutas.

Em detalhes, o paternalismo é caracterizado como uma medida de limitação da autonomia pessoal, com o fim de protegê-lo de um mal. No entanto, este “mal” é definido pelo sujeito paternalista, de acordo com o seu próprio entendimento. A justificativa da limitação da liberdade individual é fundamentada que se visa precisamente à promoção do bem do sujeito, cuja autonomia é restringida. Logo, um dos traços principais do paternalismo, que teoricamente lhe serve de justificação, é o propósito beneficente da medida coercitiva imposta: *a intervenção se dá sempre com o fim de proteger o “bem” ou os “interesses” do indivíduo protegido, inclusive quando este “bem” não coincida com o que o próprio indivíduo entenda ser o melhor para si mesmo*⁴⁴.

Entretanto, estamos diante de um Estado liberal, no qual se destaca o princípio da autonomia, imprescindível para a proteção dos valores de cada pessoa e individualidade. Logo, cabe a cada pessoa a decisão sobre a sua própria vida, ressaltando-se somente

⁴¹ SAUEN, Regina Fiuza; HRYNIEWICZ, Severo. *O Direito ‘in vitro’: da bioética ao biodireito*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1997, p.09.

⁴² CARVALHO, Aspectos jurídicos [...], Ibid., p. 63/65.

⁴³ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009)*. Brasília: CFM; 2010:1–100.

⁴⁴ FEINBERG, Joel. *Harm to Self* (vol.III da coleção intitulada *The Moral Limits of Criminal Law*). New York: Oxford University Press, 1986, p. 22 e ss.e GARZÓN VALDÉS, E. ¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico? *Doxa*. Alicante: Universidad de Alicante, nº 5, 1988, p.156-157.

hipóteses que envolvem interesse de terceiros. Por tal razão, o paternalismo estatal deve ser visto com ressalvas.

Outro aspecto negativo da utilização do direito penal como forma paternalista é que este ramo do direito é indubitavelmente o instrumento de controle social estatal mais repressivo, razão pela qual deve ser utilizado somente sob *ultima ratio*. Logo, deve ser cercado pelos princípios fundamentais que o limitam, como a lesividade, fragmentariedade, subsidiariedade e a proporcionalidade⁴⁵.

O processo de criminalização deve respeitar critério de menor restrição a liberdade individual e a maior proteção a bens jurídicos, haja vista que o fim deste modelo estatal “é a promoção e preservação da autonomia pela tutela dos bens jurídicos mais importantes pela tutela da dignidade é perceber e da pessoa humana”. Ora, qualquer interferência no comportamento da pessoa deve ser vista com máximas ressalvas, uma vez que o critério da utilidade penal impõe o afastamento do âmbito penal comportamentos imorais ou que provoquem lesão com o consentimento do ofendido ao Estado cabe somente tutelar os bens jurídicos mais relevantes, capazes de gerar lesões mais graves⁴⁶.

Portanto, ao considerarmos correta a incidência do delito de homicídio (no caso da eutanásia passiva) ou de participação de homicídio (no caso do paciente recusar-se a receber tratamento vital), estaremos diante de um quadro em que não será mais o paciente (devidamente orientado pelo seu médico sobre seu estado de saúde) que escolherá o seu futuro, mas sim o próprio Estado, de acordo com a sua concepção e interesses próprios. Noutra giro, criticam-se também que tais dispositivos legais datam 1940, razão pela qual estão em total dissonância com a evolução biotecnológica, revelando-se ultrapassado.

Verifica-se claramente que a sociedade aos poucos afastou este paternalismo nos famosos casos de recusa de recebimento de transfusão de sangue pelas testemunhas de Jeová. Isso porque, para estes religiosos, viver com o sangue alheio é uma forma de tortura permanente, que gera um sofrimento insuportável, já que esta pessoa não se considera mais digna⁴⁷. De fato, com a transfusão obriga-se a pessoa a viver fora de sua autonomia, fazendo com que a mesma se sinta desumanizada. Desta feita, mesmo diante da morte inerente, vem sendo entendido que diante da dignidade da pessoa humana, possui o paciente direito de se negar ao tratamento, mesmo que a consequência seja a morte.

⁴⁵ MARTINELLI, João Paulo Orsini. Paternalismo Jurídico Penal. Universidade de São Paulo: 2012. p. 255.

⁴⁶ Idem.

⁴⁷ MARTINELLI, Ibid.

Para maior elucidão, observa-se que nos casos de vacinas obrigatórias, não há a incidência de paternalismo. Nestes casos, o Estado visa salvaguardar interesse de terceiro (leia-se toda a coletividade) de um mal real (epidemia), razão pela qual se revela legítimo a intervenção estatal, em detrimento da autonomia de terceiro.

4 COMENTÁRIOS SOBRE AS DISPOSIÇÕES MÉDICAS

Em virtude da falta de regulamentação específica sobre a matéria em todo o ordenamento jurídico brasileiro, sendo a legislação penal desarrazoada, ultrapassada, paternalista e contraditória aos Princípios Basilares e Fundamentais da Bioética, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução nº 1.805/2006.

Esta Resolução possibilitou ao médico limitar ou suspender tratamentos que prolonguem desproporcionalmente a vida de pacientes incuráveis, quando o próprio paciente recusa-se a ser submetido a um determinado tratamento médico⁴⁸; bem como a possibilidade de que seus representantes legais optem pela interrupção da terapia vital, ocasião está restrita aos casos em que o enfermo já não possui condições de manifestar a negativa por si próprio⁴⁹. Logo, possibilitou a recusa a tratamento médico vital quando o paciente não possui mais qualquer expectativa de vida - nos casos específicos de pacientes graves e incuráveis, cuja enfermidade se encontre em fase terminal.

Obviamente este ato normativo afrontou o Código Penal, razão pela qual, teve sua constitucionalidade amplamente questionada: uma simples Resolução não possui força normativa capaz de afastar a aplicação do Código Penal. Por tal razão, aqueles que eram contrários à resolução insistiam pela punição disposta no artigo 122 do Código Penal para o médico que respeitava a vontade do paciente em recusar um tratamento⁵⁰, uma vez que este garante o bem jurídico vida.

Sob este fundamento jurídico, a resolução foi suspensa em 23 de outubro de 2007, por decisão liminar da 14ª Vara Federal de Brasília, em Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público Federal. Contudo, em decisão de mérito proferida em 1º de dezembro de 2012 em sentença proferida pelo juiz Roberto Luis Luchi Demo, prevaleceu a constitucionalidade da resolução, em consonância com a doutrina majoritária. Entendeu-se

⁴⁸ BRASIL, Conselho Federal de Medicina (CFM). RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006. Diário Oficial da União. 2012; Seção I: 169, Art. 1º.

⁴⁹ Idem., Art. 1º, parte final.

⁵⁰ GOMES, Enéias Xavier. *O novo Código de ética médica e a morte sem dor*. Disponível em: <<http://www.advsauade.com.br/noticias.php?local=1&nid=4481>>. Acesso em: 30 jun. 2012.

que a Resolução não se conflita com o Código Penal - não é possível haver a incidência de qualquer tipo delitivo, tendo em vista que nos casos referidos não há expectativas reais do paciente retomar a consciência. Logo, todo o tratamento se converte num processo de prolongamento da morte deste, o que gera a violação do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e com a proibição de submissão à tortura e a tratamentos desumanos ou degradantes (artigos 1º, III, e 5º, III, CF)⁵¹. Neste sentido, vale citar trechos da brilhante decisão:

(...) se chega à conclusão da atipicidade material do suposto crime de homicídio, ainda que privilegiado, decorrente da prática de ortotanásia, levando-se em consideração que a falta de adoção de terapêuticas extraordinárias, pelo médico, para prolongar um estado de morte já instalado em paciente terminal (desde que autorizado por quem de direito) não conduz a um resultado desvalioso no campo penal, considerando a necessária interação que os princípios constitucionais – todos derivados da diretriz primordial da preservação da dignidade da pessoa humana – têm de estabelecer com a moderna teoria do fato típico, balizando a interpretação do direito penal vigente. (...).

Do ponto de vista constitucional, portanto, é plenamente possível e razoável sustentar-se a atipicidade (homicídio privilegiado ou omissão de socorro) da conduta médica de deixar de adotar procedimentos terapêuticos excepcionais para prolongar artificialmente o processo de morte do paciente terminal. Assim, a pecha de que a Resolução nº 1805/2006, do CFM, viola a ordem jurídica, porque descriminaliza conduta penal, já não tem lugar na presente discussão

Sob o prisma jurídico penal, não há como subsistir o dever de garante do médico, haja vista que este dever de agir encontra-se somente subsiste quando atrelado à presença de perspectivas reais e objetivas de atuação. Nos casos citados na resolução, o enfermo já não possuía mais expectativas concretas e objetivas de recuperação, razão pela qual o encarniçamento terapêutico (*distanásia*) caracterizaria um verdadeiro suplício para o mesmo.

O novo Código de Ética Médica (Resolução nº 1.931/2009 do CFM) que entrou em vigor em 13 de abril de 2010 caminhou no mesmo sentido, ao reconhecer novamente a finitude da vida. No intuito de melhorar as relações entre médicos e pacientes, admitiu a necessidade de limitação da medicina na manutenção da vida nos casos de irreversibilidade do quadro clínico, o médico deverá proporcionar aos pacientes cuidados paliativos e conforto.

⁵¹ CARVALHO, Gisele Mendes de. *Direito de morrer e Direito Penal: a propósito da Resolução 1.805/2006 do CFM e o novo Código de Ética Médica*. In: OLIVEIRA, Bruno Queiroz; SANTIAGO, Nestor Eduardo Araruna. *Direito Penal no Século XXI: desafios e perspectivas*. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012.p. 209.

Mais uma vez, condenou a distanásia, quando resumir-se na perpetuação artificial e dolorosa da vida humana, gerando sofrimento ao paciente⁵².

A citada resolução claramente resguardou autonomia privada do paciente, ressaltando-se que esta depende da informação prévia do seu estado de saúde, suas perspectivas ou não de cura e modalidades terapêuticas de tratamento⁵³. Logo, mediante a tal informação, deixou a cargo do paciente o direito de escolher livremente entre abreviar o seu estado de terminalidade ou prolongá-lo.

Por fim, dispôs que independentemente da decisão tomada, deverá receber tratamento paliativos em face dos sintomas da doença, bem como contar com o apoio médico e psicológico⁵⁴, dispositivo este que novamente demonstra clara preocupação em primar pela dignidade da pessoa humana e respeitar sua vontade, caso não queira ser submetida a tratamento que considera degradante.

Importante ressaltar que caso o paciente, por qualquer convicção (ética, religiosa, etc.) manifeste a vontade de manutenção da vida, este intento devera ser respeitado. Assim, prima-se pela autonomia do paciente em poder decidir como deseja viver seu fim, salvaguardando o que lhe resta de dignidade, diante de uma doença gravíssima que lhe coloque diante das adversidades sintomáticas do estado terminal.

A primeira crítica visível na resolução refere-se à restrição dos casos passíveis de ser aplicada. Isso porque, este ato normativo limitou sua aplicação os casos de enfermidade grave ou incurável, em estado terminal - situações em que a morte próxima ou iminente. Contudo, omitiu-se nos casos de doença incurável em estado vegetativo, que ocorre quando o paciente encontra-se em estado irreversível de absoluta inconsciência, o qual pode prolongar-se por anos (estado vegetativo persistente)⁵⁵, por meio da dieta artificial de nutrição e fluídos⁵⁶. Tal restrição é desarrazoada, haja vista que nestes casos embora a morte não seja próxima, não há qualquer razão para que se prolongue por tempo indeterminado um tratamento inútil e invasivo⁵⁷.

⁵² BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009)*. Brasília: CFM; 2010:1–100.

⁵³ BRASIL, Conselho Federal de Medicina (CFM). RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006. Diário Oficial da União. 2012; Seção I: 169, Art. 1º.

⁵⁴ Idem., Art. 2º.

⁵⁵ CARVALHO,. *O tratamento jurídico [...]*, Idem.

⁵⁶ KEPPER, Délio. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. *Revista Bioética*, 1999, v.7, n.1, p.60.

⁵⁷ CARVALHO, op. cit.

Em suma, observa-se que esta resolução optou claramente em primar pela liberdade do enfermo ou seu representante legal na escolha de ser submetido a tratamento vital quando este não for capaz de gerar a cura, mas somente prolongar o resquício da vida. Contudo, esta autonomia não seria reservada nos casos em que o enfermo não possuísse capacidade de manifestar sua vontade, a qual deixa a cargo do representante legal.

Com efeito, inúmeras vezes poderia haver a colisão entre a vontade do enfermo e a de seu representante legal. Como exemplo clássico, cita-se a dificuldade de uma mãe em determinar que sejam desligados os aparelhos que mantêm seu filho vivo, uma vez que é quase instintivo que a genitora manifeste-se no sentido de primar pela vida de seu filho, sob qualquer circunstância. Desta feita, mesmo que o enfermo declarasse a vontade de não ser submetido a determinado tratamento em vida anteriormente, caso incapacitado de manifestar sua vontade, prevaleceria opinião de terceiro, mesmo que contrária.

Sob outro aspecto, também se abre brecha para imputar maior sofrimento ao representante legal quando obrigado a decidir pelo enfermo sobre a realização ou não de determinado tratamento vital, sendo que nunca teve ciência sobre qual seria a vontade deste.

Por fim, também poderiam ocorrer conflitos, entre divergentes vontades de várias pessoas, as quais legalmente poderiam ser representantes legais, tal como ocorre no caso de uma viúva em coma terminal devido a alzheimer que possui dois filhos, sendo que um manifesta-se para que desliguem os aparelhos que a mantêm viva e o outro se manifesta no sentido que os mesmos sejam desligados.

Por tal razão, como já ocorre há décadas em alguns países⁵⁸ verificou-se que esta resolução novamente pecou ao não permitir que o próprio paciente constituísse um instrumento anterior que atestasse sua vontade previamente, no que se refere a submetido ou não a medidas terapêuticas médicas, que entraria em validade caso o paciente estivesse incapaz de manifestar a sua vontade.

Neste exato sentido, surge a nova resolução do Conselho Federal de Medicina – Resolução nº 1955 de 2012, denominada de *Diretivas Antecipadas de Vontade*⁵⁹. Ressalta-se que esta resolução surge não somente no sentido de complementar a ausência injustificada na resolução anterior sobre o tema, mas também na intenção de efetivar os princípios contidos no

⁵⁸ BOMTEMPO, Tiago Vieira. *Diretivas antecipadas*: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. Disponível em:

<www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11206>. Acesso em 10. jan. 2013.

⁵⁹ BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012 Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União*. 2012;Seção I(170): 269–270.

próprio Código de Ética Médica de 2009, uma vez que este estabeleceu como um de seus fundamentos a autonomia do paciente, na intenção de primar pela confiança e respeito na relação entre médico-paciente. Com efeito, explica-se que reconhecer a autonomia do paciente não é destituir a autonomia do médico, mas somente relevar a alteridade presente nesta relação, onde as decisões devem ser compartilhadas⁶⁰.

Por meio de tal resolução, possibilitou-se a manifestação prévia de vontade acerca de quais tratamentos médicos deseja ou não se submeter caso futuramente estiver em estado de incapacidade de manifestar, de maneira livre e autônoma sua vontade⁶¹. Assim, denomina esta manifestação prévia como diretivas antecipadas de vontade.

O artigo 2º desta resolução dispõe como deverá o médico agir diante da diretiva antecipada de vontade, razão pela qual em seus parágrafos elenca posturas diversas, a serem tomadas em diferentes situações.

Primeiramente, claramente dispõe que será obrigação do médico considerar as diretivas antecipadas de vontade quando o paciente estiver incapacitado de se expressar; por sua vez, possibilita que o enfermo nomeie um representante legal para tal finalidade, ocasião em que o médico estará atrelado às informações fornecidas por este. Contudo, dispõe claramente que o médico somente deverá conforme vontade expressa anterior do paciente, caso esta esteja em constância com o Código de Ética Médica.

Assim, surge o primeiro conflito: como deve agir o médico caso entenda que a diretiva de vontade do paciente fere o Código de Ética Médica. Diante da omissão normativa, entendemos que deverá, por meio de uma analogia, seguir o ditame elencado no parágrafo 5º. Por tal razão, deverá socorrer-se ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para decidir sobre o respectivo conflito ético. Frisa-se que este ainda deverá ser o comportamento adotado pelo médico, quando não forem conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, não haver representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, diante de uma situação que considere relevante.

Outra impropriedade observada na resolução é que a mesma não dispõe claramente em quais situações poderá ser aplicada, ou seja, em quais casos deverão médico aceitar a recusa prévia do paciente em se submeter ao tratamento vital.

⁶⁰ GOLDIM, José Roberto. *Diretivas Antecipadas de Vontade: Comentários sobre a Resolução 1955/2012 do Conselho Federal de Medicina/Brasil*. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/diretivas2012.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

⁶¹ BRASIL, CFM. Resolução [...], Ibid., Art. 1.

Ao contrário do que ocorreu na Resolução nº 1805 de 2006, observa-se que acertadamente esta não restringiu sua aplicação de doença grave e incurável, em estado terminal. Por tal razão, questiona-se a abrangência aos estados vegetativos permanentes.

Diante desta omissão, pode-se entender que deverá ser aplicada nas mesmas hipóteses dispostas na resolução anterior, uma vez que se trata do mesmo assunto⁶². Com efeito, como na Resolução anterior que primeiramente regulamentou a ortotanásia, já foi disposto especificadamente quais casos seriam passíveis de aplicação, por meio de uma analogia mantém-se as mesmas hipóteses.

Entretanto, este não nos parece o posicionamento mais adequado, uma vez que o erro cometido anteriormente não deve ser repetido. Ora, conforme já exposto anteriormente, a exclusão dos enfermos em estados vegetativos na aplicação da resolução anterior foi correto. Assim, em que pese esta resolução não elencou os casos de aplicação, estes podem ser facilmente deduzidos pelo espírito do Código de Ética Médica⁶³, o qual condenou veemente a distanásia e visou melhorar as relações entre médico e paciente. Desta feita, deve abordar outras hipóteses, tal como o estado vegetativo persistente. Por fim, entende-se ainda que o médico possua qualquer dúvida sobre a aplicação da diretiva antecipada de vontade em determinada situação fática, deverá socorrer-se ao Comitê de Ética, por meio da correta analogia do artigo 2º, parágrafo 5º da Resolução⁶⁴.

Sobre aspectos gerais deste novo instituto, vale ressaltar, por meio do direito comparado, que o assunto foi disposto nos Estados Unidos por meio de lei⁶⁵, a qual tratou o tema com a maior atenção necessária.

Logo, tal lei dispõe que as diretrizes antecipadas de vontade podem ser realizadas de três formas: o *living will* (testamento em vida), documento por meio do qual o paciente determina os procedimentos médicos que não gostaria de se submeter, se algum dia estiver incapaz de manifestar sua vontade, seja por estar inconsciente ou por estar em um estado terminal, do qual poderá decorrer a incapacidade⁶⁶; o *durable power of attorney for healthcare* (poder duradouro do representante para cuidados com a saúde), por meio do qual

⁶² BRASIL, CFM. Resolução [...], Ibid.

⁶³ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009)*. Brasília: CFM; 2010:1–100.

⁶⁴ BRASIL, CFM. Resolução [...], Ibid., p. 269–270.

⁶⁵ BOMTEMPO, Tiago Vieira. *Diretivas antecipadas*: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. Disponível em:

<www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11206>. Acesso em 10. jan. 2013.

⁶⁶ Idem.

nomeia um representante por meio de um mandato, o qual decidirá e tomará providências em relação ao paciente⁶⁷; por fim, o *advanced core medical directive* (diretiva do centro médico avançado), o qual consiste em um documento mais completo, que reúne as disposições do testamento em vida e do mandato duradouro⁶⁸, ou seja, é a união dos outros dois documentos.

A nova resolução claramente dispôs sobre as duas primeiras formas. Contudo, não há qualquer óbice que iniba a aplicação da terceira - *advanced core medical directive* (diretiva do centro médico avançado), tendo em vista que consiste na união das duas primeiras, privilegiando-se tanto o paciente, como também a relação entre este (por meio de seu representante) e seu médico. De fato, esta Resolução Médica acertadamente não trouxe maiores aprofundamentos sobre o tema, haja vista que extrapolaria os limites de competência do Conselho Federal de Medicina. Assim, dispôs unicamente ser escolhido livremente qualquer manifestação de vontade, o que denota qualquer uma das três espécies elencadas, porque não houve qualquer restrição.

A doutrina atualmente critica, com grande ênfase, a terminologia testamento vital, devido que este definido no direito civil como instrumento que constitui ato unilateral de vontade, com eficácia *post mortem*. Logo, não seria a nomenclatura correta, haja vista que o testamento vital possui eficácia em vida⁶⁹.

No contexto do Biodireito, considero que não haveria qualquer óbice para que um instituto possua uma nomenclatura parecida com a do direito civil, até porque terminologicamente ao substantivo testamento é adicionado o adjetivo vital, o que capaz de diferenciar ambos os institutos, por si só.

A verdadeira impropriedade terminologicamente ocorre porque o testamento vital é apenas uma das espécies de diretivas antecipadas de vontade, sendo que a própria resolução deixa clara a possibilidade de ser norteado um representante para o ato, como bem ressalva alei norte americana. Contudo, há que ser ponderado que este termo legal é de fácil divulgação, o que contribuirá para a necessária popularização do novo instrumento legal.

Por sua vez, o que de fato deve ser criticado é que um tema de extrema importância seja tratado numa mera resolução médica e não por meio de lei propriamente dita. Pondere-se, para que uma pessoa ateste previamente como será distribuído seus bens, posteriormente sua morte, deverá ser realizado um testamento com diversos requisitos legais (ato por meio de instrumento publicou, testemunhas, etc.). Contudo, ao tratar sobre a disposição do bem

⁶⁷ Idem.

⁶⁸ Idem.

⁶⁹ Idem.

jurídico vida, o ato é regulamentado por meio de mera resolução, sem qualquer formalidade. Portanto, revela-se inadmissível que no Brasil não haja qualquer lei que regulamente os direitos pacientes, obrigando tema de tamanha complexidade seja tratado por meio de resoluções, as quais possuem o intento precípua de regulamentar conduta médicas.

5 CONCLUSÕES

O direito a saúde foi consagrado pela Constituição Federal, em todas as suas dimensões, eis que obviamente a proteção desta é imprescindível para a dignidade da pessoa humana. Infelizmente, nosso Estado se mostra ineficaz na efetivação deste direito, ocasião em que fundamenta que se trata de direito que atinge inúmeros titulares em incontáveis relações jurídicas. Logo, seria absolutamente impossível administrativamente arcar com a realização de todos os tratamentos médicos necessários aos cidadãos.

Por ser um direito, é possível recorrer de tal negativa administrativa perante o Poder Judiciário, o qual vem decidindo reiteradamente que os critérios econômicos não possuem o condão de afastar a obrigação estatal em tutelar a saúde, uma que o ordenamento jurídico brasileiro consagrou como valor máximo a dignidade da pessoa humana. Por tal razão, cabe ao Estado buscar a proteção da pessoa em todas as suas dimensões primordialmente, sendo outras demandas secundárias.

Por sua vez, necessário é estabelecer um limite do dever estatal nesta obrigação, uma vez que em algumas ocasiões é legítima a recusa dos enfermos em se submeter ao tratamento médico. Isso porque, ao padecer de doença grave e incurável, poderá o enfermo recusar-se a ser submetido a tratamento médico que lhe atribua grande sofrimento e somente prolongará o processo morte, sem qualquer perspectiva de cura. Veja bem, em nenhum momento se afirma que ao paciente não mais salvável, obrigatoriamente deverá ser suspenso o tratamento vital, mas sim que este possui autonomia para escolher como deseja viver seu fim. Por fim, frisa-se que independentemente da escolha tomada pelo paciente, este terá o direito de receber tratamentos paliativos para aliviar sua carga de sofrimento.

Imprescindível ressaltar que a recusa de tratamento médico vital nestas circunstâncias não caracteriza o instituto da eutanásia, uma vez que possuem distinções claras. Neste instituto a finalidade precípua é a morte, enquanto naquela a recusa a submissão de tratamento degradante ao enfermo é a finalidade principal, sendo a morte.

Esta corresponde a ato praticado pelo médico a pedido do paciente, sendo a morte a finalidade precípua. Por sua vez, aquele instituto corresponde a conduta praticada pelo próprio paciente sendo respeitada pelo médico.

A civilização está em constante transformação, processo este atualmente ainda mais acelerado diante da velocidade do progresso tecnológico. Diante de tamanha evolução, constata-se a dificuldade do ordenamento jurídico em acompanhar tais modificações sociais, no Estado brasileiro. Neste diapasão, observa-se que o Código Penal, legislação que regulamenta o tema data 1940. Também se ressalta que o legislador até a presente data se absteve de elaborar lei específica sobre este tema.

Fato é que a sociedade brasileira foi fortemente influenciada pelos ideais católicos que perduram até hoje, sendo inegável que o ordenamento jurídico brasileiro possui influência, mesmo que indireta, dos preceitos fundamentais da igreja. Ademais, esta influência é mais perceptível em legislações provenientes de longa data.

Neste sentido, observa-se que pela interpretação pura do Código Penal, o médico que consente com a vontade do paciente em recusar-se a ser submetido a tratamento médico vital e não obrigá-lo, independentemente do contexto fático, tipificará o delito previsto no artigo 122 do Código Penal. Isso porque, o médico possui o dever legal de evitar o resultado morte diante do artigo 13, §2º, alínea “b”, desta mesma legislação, o que lhe impõe a obrigação o *status* de garante. Assim, pratica tal delito comissivo por omissão.

Expõe-se, então, uma problemática: um Código Penal que tutela a vida com base em ideais concebidos há centenas de anos, o que se choca com o atual progresso da sociedade tecnológica. Não há qualquer dúvida que tal legislação atualmente demonstra um Estado injustificadamente paternalista, o que não é mais coerente com os ideais liberais e democracia consagrada pela Constituição Federal de 1988.

A válvula de escape para tamanho erro, está exatamente na Constituição Federal. Isso porque a nova ordem jurídica estabelecida compreende que o bem jurídico vida deverá ser interpretada dentro de uma visão global, em consonância com a dignidade da pessoa humana e, por consequência, do respeito à autonomia que dela se origina. Por tal razão, ninguém poderá ser desprovido da vida contra a própria vontade, contudo, este entendimento não impõe um dever absoluto e incondicionado de viver, haja vista que será relativizado diante da submissão do indivíduo a uma vida indigna, caso assim deseje. Em suma, o que deve ser aceito é que quando o indivíduo estiver acometido de doença terminal incurável ou invalidez irreversível, desde que devidamente informado sobre seu real estado clínico, poderá

escolher não ser submetido a tratamento médico que prolongue ineficazmente sua vida, já que não possui o intento de lhe curar.

Assim, esta vontade deverá ser respeitada pelo médico que possui a obrigação de ministrar tratamentos paliativos. Desta feita, partindo-se do pressuposto que dignidade da pessoa humana deve ser considerada princípio corretor na solução da colisão entre os bens jurídicos vida e autonomia, observa-se que ao médico não poderá ser atribuída a incidência do delito previsto no artigo 122 do Código Penal.

Contudo, diante do equívoco do Código Penal e inexistência de qualquer legislação que regule a matéria, o Conselho Federal de Medicina dispôs sobre o tema por meio de duas Resoluções nº 1805 de 2006 e nº 1955 de 2012. É louvável a atitude deste Conselho, mas não se deve olvidar que dentro de suas prerrogativas tutelaram a matéria dentro de uma perspectiva médica.

Trata-se de tema que em virtude da complexidade exige mais do que poucos artigos, os quais basicamente dispõem como o deve agir o médico perante determinadas situações. Isso porque, desta forma abre-se brechas para omissões injustificáveis e incoerências jurídicas. Tal matéria há muito tempo já deveria estar regulamentada por meio de lei neste país, a qual dispõe sobre os direitos dos pacientes.

6 REFERÊNCIAS

BLANCO, Luis Guillermo. *Muerte digna: consideraciones bioética-jurídicas*. Buenos Aires: Ad Hoc, 1997. p.36/37.

BOMTEMPO, Tiago Vieira. *Diretivas antecipadas*: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. Disponível em: <www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11206>. Acesso em 10 jan. 2013.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina (CFM). RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006. Diário Oficial da União. 2012; Seção I: 169.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012 Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União*. 2012; Seção I(170): 269–270.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009)*. Brasília: CFM; 2010:1–100.

CARVALHO, Gisele Mendes de. *Suicídio, eutanásia y Derecho penal: Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de “legeferenda”*. Granada: Comares, 2009.

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

CARVALHO, Gisele Mendes de. *Direito de morrer e Direito Penal: a propósito da Resolução 1.805/2006 do CFM e o novo Código de Ética Médica*. In: OLIVEIRA, Bruno Queiroz; SANTIAGO, Nestor Eduardo Araruna. *Direito Penal no Século XXI: desafios e perspectivas*. Florianópolis: Conceito Editorial, 2012.

CARVALHO, Gisele Mendes de. *O tratamento jurídico-penal da eutanásia passiva no Brasil: considerações acerca do impacto da resolução nº 1.805/2006 do conselho federal de medicina*. Ciências Penais: revista da Associação Brasileira de Professores de Ciências Penais, São Paulo, ano 4, v. 6, p. 227-268, jan./jun. 2006.

CARVALHO, Gisele Mendes de. *Suicidio, eutanasia y Derecho penal: estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de “legeferenda”*, Granada: Comares, 2009.

FACHIN, Zulmar. Curso de direito constitucional. 5 ed. Rio de Janeiro. Editora Forense: 2012. p. 597.

FEINBERG, Joel. *Harm to Self* (vol.III da coleção intitulada *The Moral Limits of Criminal Law*). New York: Oxford University Press, 1986, p. 22 e ss. e GARZÓN VALDÉS, E. ¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico? *Doxa*. Alicante: Universidad de Alicante, nº 5, 1988.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, autonomia e direitos do paciente, estudo de caso*. São Paulo: EPU, 2002.

GOLDIM, José Roberto. *Diretivas Antecipadas de Vontade: Comentários sobre a Resolução 1955/2012*. Disponível em: <www.bioetica.ufrgs.br/diretivas2012.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

GOMES, Enéias Xavier. *O novo Código de ética médica e a morte sem dor*. Disponível em: <<http://www.advsauade.com.br/noticias.php?local=1&nid=4481>>. Acesso em: 30 jun. 2012.

GRENVIK, *Suspensão do tratamento na doença terminal e morte cerebral*. In: LANE, John Cook (coord). *Reanimação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

KEPPER, Délio. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. *Revista Bioética*, 1999, v.7, n.1, p.60.

MARTINELLI, João Paulo Orsini. *Paternalismo Jurídico Penal*. Universidade de São Paulo: 2012.

NIÑO, Luis Fernando. *Eutanasia: morir con dignidad (consecuencias jurídico-penales)*. Buenos Aires: Universidad, 1994.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. *Problemas atuais de Bioética*. 2. ed. São Paulo: Loyola, São Paulo, 1994.

PONTES, Felipe. Ajuda-me a morrer. *Revista Época*, Rio de Janeiro: Globo, nº 736, 25 de junho de 2012, p. 85.

PRADO, Luiz Regis. *Curso de Direito Penal brasileiro*. 5. ed. São Paulo: RT, 2006.

RIOS, Roger Raupp. *Direito saúde dimensão subjetiva transindividual*. Disponível em: www.cebes.org.br/media/File/direito%20sanitrio/Direito__sade_universalidade_integralidade.doc. Acesso em: 10 jan. 2013.

ROMEO CASABONA, Carlos María. *El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana*: Madrid: Ramón Areces, 1994.

ROMERO OCAMPO, Guillermo. *La eutanasia*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 1986.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. *O Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido*. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

SAUEN, Regina Fiuza; HRYNIEWICZ, Severo. *O Direito ‘in vitro’: da bioética ao biodireito*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1997.

SEMINARA, Sergio. “Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia”, *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, fasc.III, 1995, p.693; BAJO FERNÁNDEZ, Miguel. Prolongación artificial de la vida y trato inhumano o degradante. *Cuadernos de Política Criminal*, nº 51, p.735.

TORÍO LÓPEZ, Angel. Reflexión crítica sobre el problema de la eutanasia. *Estudios Penales y Criminológicos*, XIV, 1989/1990. p. 219.

ZAFFARONI, Eugenio Raul e PIERANGELI, J. Henrique. Manual de direito penal brasileiro. Parte geral. 1.ed. São Paulo: editora revista dos tribunais, 1997.

ZUGALDÍA ESPINAR, J. M. "Eutanasia y homicidio a petición: situación legislativa y perspectivas político-criminales". *RFDUG*, nº 13, 1987, pp.285-286.