

**TERMINALIDADE DA VIDA E LIMITAÇÃO CONSENTIDA DE
TRATAMENTO: UM OLHAR JURÍDICO SOBRE A RESOLUÇÃO 1805/2006
DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**

Letícia de Campos Velho Martel*

RESUMO

Este estudo destina-se a verificar se a Resolução CFM 1805/06 possui irradiações jurídicas relevantes no ordenamento jurídico brasileiro. Para tanto, investiga-se o marco léxico da bioética na qual se insere a Resolução. Neste marco, a eutanásia e a limitação de tratamento são eticamente diferenciadas. A seguir, são analisadas e comparadas duas diferentes interpretações jurídicas da Resolução, à luz dos sistemas penal e constitucional brasileiros. Argumentar-se-á pela superioridade da leitura que imprime plena validade à Resolução, por ser mais adequada ao texto constitucional e apresentar-se mais protetora dos direitos fundamentais, consoante a noção de interpretação conforme a constituição e do postulado normativo da proporcionalidade.

PALAVRAS-CHAVE

TERMINALIDADE DA VIDA; LIMITAÇÃO DE TRATAMENTO; CFM.

ABSTRACT

The purpose of this essay is to investigate Brazilian Medical Council Resolution 1805/06 adequacy to the constitutional and criminal systems. To do this, I will analyze and compare two competitive interpretations of the Resolution, and I will argue that one of these interpretations is superior to the other, in the light of its potential to protect constitutional rights.

KEYWORDS

END OF LIFE; WITHHOLDING AND WITHDRAWING LIFE-PROLONGING TREATMENTS; BRAZILIAN MEDICALCOUNCIL.

* Doutoranda em Direito Público na UERJ. Professora licenciada da Universidade do Extremo Sul Catarinense/ UNESC. Pesquisadora do NUPEC/UNESC.

1 Introdução

Em novembro de 2006, após diversos debates, o Conselho Federal Medicina aprovou a Resolução 1805, na qual permitiu a limitação consentida de tratamento (LTC) em pacientes terminais. A resolução torna límpida a postura do conselho profissional em um assunto que já era alvo de intensa contestação em variados setores da sociedade brasileira. Porém, parece não ser instrumento formalmente hábil a elidir a incidência dos enunciados normativos criminalizadores da LTC.

O artigo que ora se apresenta tem por meta verificar se a Resolução CFM 1.805/2006 possui irradiações jurídicas relevantes no ordenamento pátrio. Para tanto, desmembrar-se-á o estudo em duas partes. Como a Resolução CFM 1.805/2006 tem origem em uma premissa terminológica específica, investigar-se-á esse marco léxico nos estudos da bioética. Feito isso, partir-se-á para a análise das possibilidades interpretativas decorrentes da Resolução CFM 1.805/2006 diante dos sistemas penal e constitucional brasileiros.

2 Bioética: promovendo rigor conceitual

Nos últimos anos, os estudiosos da bioética têm realizado uma determinação léxica de alguns conceitos relacionados ao debate sobre o final da vida. Muitos fenômenos que eram englobados pela mesma insígnia passaram a receber nova denominação. Neste marco, convém expor os seguintes conceitos operacionais: a) eutanásia; b) ortotanásia; c) distanásia; d) tratamento fútil e obstinação terapêutica; e) suicídio assistido; f) tratamento/cuidado paliativo; g) recusa de tratamento médico e limitação de tratamento.

O termo *eutanásia* já foi objeto de diferentes conceituações, muitas bastante amplas, que abraçavam formas ativas e omissivas em sujeitos passivos em condições muito dissímiles. Atualmente, porém, o conceito tem sido confinado a uma acepção bastante estreita, que admite apenas a forma ativa aplicada por médicos a doentes terminais cuja morte é inevitável em um curto lapso¹. Assim, compreende-se que a

1

Sobre estes distintos conceitos, ver: PESSINI, Leo. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001 (Coleção Bioética em Perspectiva, 2). MARTIN, Leonard M. Eutanásia e distanásia. In: GARRAFA, Volnei (Org.) *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM, p.171-192. SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência e saúde coletiva*, v.9, n.1, p.33 e ss., 2004. McCONNELL, Terrance. *Inalienable rights: the limits of consent in medicine and the law*. Oxford: Oxford University, 2000, p.88. RIBEIRO, Diulas Costa.

eutanásia é a ação médica intencional de apressar ou provocar a morte – com exclusiva finalidade benevolente – de pessoa que se encontre em situação considerada irreversível e incurável, consoante os padrões médicos vigentes, e que padeça de intensos sofrimentos físicos e psíquicos. Do conceito estão excluídas a assim chamada eutanásia *passiva*, eis que ocasionada por omissão, bem como a *indireta*, ocasionada por ação desprovida da *intenção* de provocar a morte. Não se confunde, também, com o *homicídio piedoso*, conceito mais amplo que contém o de eutanásia.

A eutanásia admite formas distintas, segundo a voluntariedade, ou seja, o consentimento daquele que padece. Pode ela ser *voluntária*, quando há expresse e informado consentimento; *não-voluntária*, quando se realiza sem o conhecimento da vontade do paciente; e *involuntária*, quando é realizada contra a vontade do paciente. Necessário destacar que, no que toca à eutanásia involuntária, há um relevante e adequado consenso jurídico quanto ao seu caráter criminoso.

Por *distanásia* compreende-se a tentativa de retardar a morte o máximo possível, empregando, para isso, todos os meios médicos ordinários e extraordinários ao alcance, proporcionais ou não, mesmo que isso signifique causar dores e padecimentos a uma pessoa cuja morte é iminente e inevitável². Em outras palavras, é um prolongamento artificial da vida do paciente, sem chance de cura ou de recuperação da saúde segundo o *estado da arte* da ciência da saúde³.

A *obstinação terapêutica* e o *tratamento fútil* estão intimamente associados à *distanásia*. Alguns autores tratam-nos, inclusive, como sinônimos. A primeira consiste no comportamento médico de combater a morte de todas as formas, como se fosse possível curá-la⁴, sem que se tenha em conta os padecimentos e os custos humanos gerados. O segundo refere-se ao emprego de técnicas e métodos extraordinários e desproporcionais de tratamento, incapazes de ensejar a melhora ou a cura, mas hábeis a

Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p. 1749-1754, ago. 2006.

² Este conceito foi extraído do voto do magistrado colombiano Vladimiro Naranjo Mesa, com sutis alterações em seu texto. COLOMBIA. *Sentencia C-239/97*. Disponível em: <http://web.minjusticis.gov.co/jurisprudencia>. Último acesso em: 5 ago. 2005.

³ Cf. PESSINI, Leo. *Distanásia... Op. cit.*, p.30.

⁴ SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. *Op. cit.*, p.33. A expressão cura da morte foi cunhada por Leo Pessini. Cf. PESSINI, Leo. *Distanásia... Op. cit.*, p.331 e ss.

agravar sofrimentos, isto é, nos quais os benefícios previsíveis são muito inferiores aos danos causados pelo tratamento⁵.

Em sentido oposto da distanásia e distinto da eutanásia, tem-se a *ortotanásia*. Trata-se da morte em seu tempo adequado, não combatida com os métodos extraordinários e desproporcionais utilizados na distanásia, nem apressada por ação intencional externa, como na eutanásia. Liga-se a uma aceitação da morte, pois se permite que ela siga seu curso.

Aliado indissociável da ortotanásia é o *cuidado paliativo*. Seu ponto de partida é também a aceitação da morte, sem emprego de métodos extraordinários e desproporcionais. Não significa, porém, o abandono e o esquecimento do enfermo terminal, mas a utilização de toda a tecnologia possível para aplacar seu sofrimento físico e psíquico. É uma forma de atender o paciente desenganado e sua família, que reconhece que o enfermo é incurável e dedica toda a sua atenção a aliviar seu padecimento com uso de recursos técnicos apropriados para tratar os sintomas, como a dor e a depressão⁶.

O cuidado paliativo pode envolver o conhecido *duplo efeito*, ou seja, em determinados casos, o uso de algumas substâncias para controlar a dor e a angústia pode aproximar o momento da morte. A diminuição do tempo de vida é um efeito previsível, mas não desejado, pois o objetivo primário é oferecer o máximo conforto possível ao paciente, sem intenção de ocasionar o evento morte⁷.

A *recusa de tratamento médico* consiste, como a própria expressão torna patente, na negativa de iniciar ou de manter um ou alguns tratamentos médicos. Após o devido processo de informação, o paciente – ou, em certos casos, seus familiares – decide se deseja ou não iniciar ou continuar tratamento médico. O processo culmina

⁵ PESSINI, Leo. *Distanásia... Op. cit.*, especialmente as páginas 163 e ss.

⁶ Este conceito foi extraído do voto do magistrado colombiano Vladimiro Naranjo Mesa, com sutis alterações em seu texto. COLOMBIA. *Sentencia C-239/97, Op. cit.* Ver também: PESSINI, Leo. *Distanásia... Op. cit.*, p.203 e ss.

⁷ Cf. PESSINI, Leo. *Distanásia... Op. cit.*, p.213; COLOMBIA. *Sentencia C-239/97, Op. cit.*, voto do magistrado Vladimiro Naranjo Mesa; QUILL, T. E. *et al.* Palliative Treatments of Last Resort: Choosing the Least Harmful Alternative. *Annals of Internal Medicine*. v.132, n.6, p.488-493, March 2000. MORAES E SOUZA, Maria Teresa de; LEMONICA, Lino. Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida. *Bioética*. Conselho Federal de Medicina. v.11, n.1, p.83-100, 2003. COHEN-ALMAGOR, Raphael. Language and reality in the end-of-life. *The Journal of law, medicine & ethics*. Vol. 28:3, Fall, 2000, p.267-278.

com a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Consentimento Informado.

A recusa pode ser ampla ou estrita, conforme seja admitida em qualquer circunstância – por pacientes que podem recuperar a sua saúde com o tratamento que recusam – ou em situações bem determinadas de impossibilidade de recuperação da saúde com o tratamento. A última hipótese, referida por alguns como *limitação consentida de tratamento* (doravante LCT), possui laços com a ortotanásia. A recusa ampla é ainda alvo de muitos debates, ao passo que existe consenso entre os bioeticistas quanto à possibilidade de recusa em sentido estrito⁸.

Por *suicídio assistido* entende-se a retirada da própria vida com auxílio ou assistência de terceiro. O ato causador da morte é de autoria daquele que põe termo à própria vida. O terceiro colabora com o ato, quer prestando informações, quer disponibilizando os meios e condições necessárias à prática. O *suicídio assistido por médico* é espécie do gênero suicídio assistido.

O rearranjo conceitual formulado pelos estudiosos da bioética atinge a antiga distinção entre as formas ativa e passiva da eutanásia, que passaram a receber denominações distintas. O termo eutanásia aplica-se somente àquela que era conhecida como forma ativa. Além disso, a conduta que caracterizava a eutanásia passiva deixou de ser visualizada como antiética, para constituir-se em manifestação da autonomia do paciente e no dever de respeito por parte da equipe de saúde. No mesmo ensejo, a distinção entre a eutanásia e a distanásia permite concluir que medidas excessivas e desproporcionais (na relação benefício/prejuízo à saúde e à qualidade de vida do enfermo) não devem ser empregadas à revelia da vontade do paciente, tampouco correspondem à *boa técnica*, caso não desejadas pelo doente, seus cuidadores ou pelos seus responsáveis legais.

⁸ A *retirada de suporte vital* (RSV), a *não-oferta de suporte vital* (NSV) e as *ordens de não-ressuscitação ou de não-reanimação* (ONR) são partes integrantes da LCT. A RSV significa a suspensão de mecanismos artificiais de manutenção da vida, como os sistemas de hidratação e de nutrição artificiais e/ou o sistema de ventilação mecânica; a NSV, por sua vez, significa o não-emprego desses mecanismos. A ONR é uma determinação de não iniciar procedimentos para reanimar um paciente acometido de mal irreversível e incurável, quando ocorre parada cardíaco-respiratória. Cf. KIPPER, Délio José. Medicina e os cuidados de final da vida: uma perspectiva brasileira e latino-americana. In: PESSINI, Leo; GARRAFA, Volnei (Orgs). *Bioética, poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2033, p.413-414. Consultar, ainda: PESSINI, Leo. *Distanásia... Op. cit., passim*; MORAES E SOUZA, Maria Teresa de; LEMONICA, Lino. *Op. cit.*

Diante dessa reestruturação conceitual, tão carregada de conseqüências quanto à aceitação ética de alguns comportamentos, cumpre indagar se o ordenamento jurídico brasileiro é a elas permeável, ou se, ao contrário, não as admite, nem pode admiti-las.

3 Revisitando a legislação penal brasileira: a LCT

3.1 A legislação penal brasileira

A legislação penal brasileira não extrai conseqüências jurídicas significativas das categorizações mencionadas, ressalvado o suicídio assistido. Na seara penal, a doutrina comumente menciona que a LCT e a eutanásia estão no mesmo bojo, o *homicídio*. A doutrina compreende na LCT a forma omissiva imprópria e, na eutanásia, a forma comissiva do crime. Nessa interpretação, a decisão do paciente ou de sua família de descontinuar um tratamento médico desproporcional, extraordinário ou fútil não é reconhecida pelo direito penal. O consentimento não possui eficácia normativa para salvaguardar de uma persecução penal o médico que respeitar a vontade expressa do seu paciente. Não há distinção entre o ato de não tratar um enfermo terminal à sua revelia e o ato de intencional e diretamente abreviar-lhe a vida com seu consentimento. Ambos são homicídio, que, caso seja reconhecido pelo júri, poderá contar com uma causa especial de diminuição de pena (*privilégio*)⁹. São distintos, tão-somente, do auxílio ao suicídio, também conduta criminosa.

Essa postura legislativa e doutrinária pode possuir conseqüências graves, pois, ao oferecer o mesmo trato para situações distintas entre si, o paradigma legal reforça condutas de obstinação terapêutica e acaba por promover a distanásia. O modelo médico preconizado pelas citadas normas penais é o paternalista, que se funda na *autoridade* do profissional da medicina sobre o paciente e descaracteriza a condição de *sujeito* do enfermo. Ainda que os médicos não mais estejam vinculados eticamente a esse vetusto modelo de relação com o enfermo, o espectro da sanção pode levá-los a adotá-lo. Não apenas manterão ou iniciarão um tratamento indesejado, gerador de muita agonia e

⁹ Essa visão foi corroborada na Recomendação 01/2006, da lavra do Procurador da República Wellington Divino Marques de Oliveira, que considerou a normativa do CFM apologia ao crime e recomendou sua não-publicação. A título exemplificativo, ver: MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Código Penal Interpretado*. 4. ed. São Paulo, Atlas, 2003. E também: CAPEZ, Fernando. *Curso de Direito Penal. Parte Especial*. v.2. São Paulo, Saraiva, 2003, p.34. BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de Direito Penal. Parte Especial*. v.2. São Paulo: Saraiva, 2003, p.58. BRASIL. Ministério Público Federal -1^a Reg. Recomendação 01/2006 - WD - PRDC. Disponível em: www.prdp.mpf.gov.br/prdc/legis/docs/exfile.2006-11-21.7242563592/attach/REC%2001-2006%20CFM.pdf Acesso em: 25 nov. 2006.

padecimento como, por vezes, adotarão algum não recomendado pela boa técnica, por sua desproporcionalidade.

Quanto ao cuidado paliativo de duplo efeito, a situação é ainda pior, por razões notórias. Se um médico for autorizado pelo enfermo a lançar mão dessa técnica, poderá abreviar seu tempo de vida. Se o mundo jurídico não oferecer amparo seguro a essa ação, o temor de cometer um crime pode ensejar o uso de dosagens medicamentosas menores do que o necessário para aplacar o imenso sofrimento físico e psicológico daqueles que estão no leito de morte.

A Resolução CFM 1.805/2006 intenciona solucionar a questão, mas, formalmente, é inábil para elidir a incidência das normas penais. Mesmo assim, os comandos antagônicos criam um terreno arenoso, um ambiente de insegurança jurídica, tanto para os profissionais e estabelecimentos de saúde como para os pacientes e familiares. Para piorar o quadro, outros enunciados normativos federais e estaduais incidem nos conjuntos fáticos, em um autêntico emaranhado, cujas cores kafkianas são acentuadas pelas interpretações drasticamente divergentes, tanto do sistema como de cada grupo de enunciados normativos. O resultado é um cenário de absoluta insegurança e de incerteza jurídica. Em face desse contexto, cabe indagar se, apesar da questão hierárquica, a Resolução CFM 1.805/2006 tem apenas o condão de estremar as situações e fixar a posição do órgão de classe, ou se é hábil a influenciar a interpretação dos enunciados penais aplicáveis.

Convém recordar que a Resolução CFM 1.805/2006 não permite nem a eutanásia, nem o suicídio assistido, hipóteses sequer cogitadas no texto. Ele se refere apenas à LCT e ao cuidado paliativo, admitindo-os apenas quando autorizados pelos pacientes ou por seus familiares. Seguem adequadamente vedadas essas duas condutas quando involuntárias. A análise que doravante será feita ocorre dentro deste corte epistemológico, ou seja, estão fora de exame a eutanásia e o suicídio assistido, bem como qualquer conduta (inclusive a LCT e o cuidado paliativo) involuntária.

3.2 Limitação de Tratamento: outra interpretação possível na moldura do direito penal

É sabido que os enunciados normativos podem receber interpretações divergentes e que cada uma pode ser juridicamente adequada, desde que se situe dentro

da *moldura*¹⁰. O que se vai apresentar agora é outra interpretação possível do injusto penal homicídio, à luz do sistema penal, averiguando-o em interação com elementos expressamente valorados pelo Código Penal, quais sejam, a causalidade, a intencionalidade e o cunho omissivo ou comissivo da conduta.

Em primeiro lugar, a LCT é uma omissão de ação que corresponde a um tipo de resultado (o homicídio) e não a um tipo de simples atividade. Por isso, trata-se de omissão imprópria. Os crimes de omissão imprópria possuem tipos objetivos e subjetivos específicos, assimétricos em relação aos crimes de ação e de omissão própria, a saber: a) tipo objetivo: a.1.) situação de perigo para um bem jurídico; a.2) poder concreto de agir; a.3) omissão de ação mandada; a.4) o resultado típico; a.5) a posição de garantidor de quem se omite; b) tipo subjetivo: b.1.) dolo; b.2) imprudência¹¹.

Quando se tem em conta a LCT, percebe-se que os elementos *situação de perigo e poder concreto de agir* estão presentes, de modo que se deterá atenção nos demais, iniciando o exame pelo *resultado típico*. No crime de homicídio, o resultado típico é a morte do sujeito passivo. Para que se configure o crime de homicídio de ação imprópria, é necessário que o evento morte seja uma conseqüência causal da ausência de ação mandada¹². Considerando-se que na LCT o evento morte é inevitável, pois a doença é preexistente e encontra-se em estágio para o qual a medicina desconhece a cura ou a possibilidade de reversão, conseguindo apenas protelá-lo, com benefícios ínfimos e custos humanos altos, a morte será causada primariamente pela condição física do paciente, sem atuação de qualquer agente externo.

Todavia, mesmo que a omissão seja mais um fator no complexo causal preexistente da morte, ainda subsiste a possibilidade de ocorrência do crime, pois na omissão imprópria não se trabalha com a causalidade real, mas com a hipotética, quer dizer, se a ação houvesse se realizado, haveria probabilidade próxima da certeza de que o resultado não se produziria. Com a LCT, o resultado poderia ser postergado, não evitado. Daí advêm grandes dificuldades e debates, especialmente por haver também causas preexistentes. Embora o nexos de causalidade não possa ser afastado de plano (e

¹⁰ Cf. KELSEN, Hans. *Teoria Pura do Direito*. Tradução João Batista Machado. Revisão Silvana Vieira. São Paulo: Martins Fontes, 1991, p.366 e ss.

¹¹ SANTOS, Juarez Cirino. *Op. cit.*, p.131-132. Texto reproduzido quase integralmente, com leves alterações.

¹² Cf. SANTOS, Juarez Cirino. *Op. cit.*, p.132 e ss.

nem deva), ele resta muito atenuado, pois a omissão atua secundariamente no preexistente processo causal da morte, que seguirá seu curso natural¹³.

Antes de observar outro tipo objetivo, a *posição de garante*, alguns esclarecimentos sobre o tipo subjetivo do crime omissivo impróprio. Ao realizar a LCT, os membros da equipe médica não têm a intenção primária (vontade e consciência) de produzir o resultado morte. A intenção é respeitar o desejo manifesto do paciente ou de seus familiares, permitindo que a morte siga seu curso. Aparentemente, não haveria dolo, nem imprudência, pois os médicos manteriam seu dever de cuidado, atuando segundo padrões objetivos para manter o bem-estar do enfermo. Porém, na omissão imprópria, a doutrina tem se posicionado do seguinte modo:

O tipo subjetivo da omissão de ação *própria* é o **dolo**, e da omissão de ação *imprópria*, o **dolo** e a **imprudência**. Em ambas as modalidades de omissão de ação, o dolo não precisa ser constituído de consciência e de vontade, como nos tipos de ação: basta *deixar as coisas correrem*, com **conhecimento** da situação típica de perigo para o bem jurídico e da capacidade de agir (na omissão de ação *própria*), mais o **conhecimento** da *posição de garante* (na omissão de ação *imprópria*), porque dolo como *vontade consciente* de omitir ação mandada constitui exceção rara (o médico *decide* recusar o paciente em estado grave sob o argumento de inexistência de leito livre)¹⁴.

Assim, ainda que haja a ausência de consciência e de vontade e a presença de padrões objetivos de conduta, poderia configurar-se o dolo na LCT, pois tudo o que se faz é *deixar as coisas correrem*, com conhecimento do perigo e da posição de garante. Mas há um ponto crucial, a *posição de garante*, tipo objetivo dos crimes omissivos impróprios. Neste modelo de crime, a omissão somente será relevante, segundo o Código Penal, se aquele que se omitiu *devesse e pudesse agir* para evitar o resultado. O *dever* mencionado não é geral, mas específico. Somente aquele que é titular de um *dever especial formalmente atribuído* – i.e, assumir a posição de *garante* – poderá ser sujeito ativo de um crime omissivo impróprio¹⁵. Deve-se perscrutar, então, a quem compete definir qual é a extensão do dever médico de persistir em um tratamento de prolongamento da vida sem chances de cura ou melhora.

No Brasil, a atribuição de estipular os deveres do médico foi, por lei federal, conferida ao Conselho Federal de Medicina¹⁶. Em decorrência, na Resolução CFM

¹³ Sobre o critério da causalidade e suas controvérsias, ver SANTOS, Juarez Cirino. *Op.cit.*, p.126-127.

¹⁴ SANTOS, Juarez Cirino. *Op. cit.*, p.139-140.

¹⁵ BRASIL. *Código Penal*. art. 13, §2º.

¹⁶ BRASIL. *Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957*. BRASIL. *Lei nº11.000, de 15 de dezembro de 2004* Disponíveis em: www.senado.gov.br Último acesso: out.2006.

1.805/2006, o CFM demarcou as fronteiras do dever médico de persistir no tratamento de pacientes terminais. O limite é justamente a autonomia dos pacientes ou de seus familiares, isto é, nesses casos extremos, é dever do médico, mesmo que exista aproximação temporal do óbito inevitável, abster-se de agir a fim de reverenciar a vontade do enfermo ou da sua família; não é seu dever, muito menos seu direito, manter ou iniciar tratamentos dessa índole compulsoriamente. Não se trata, sobremaneira, de oferecer o *direito* aos membros da equipe de saúde de decidirem manter ou não um tratamento, mas de instituir o *dever* de salvaguardar a decisão dos pacientes e familiares.

Então, Resolução CFM 1.805/2006 não está em franco conflito com o direito penal. Pelo contrário, ela é a *lei em sentido material* que define o conteúdo do *dever médico*, conteúdo altamente significativo quando se está diante de crimes omissivos impróprios. O CFM fez apenas o que, de acordo com a legislação federal, é da sua alçada. Estipulou que o dever médico consiste em respeitar a autonomia do paciente, como garante da sua liberdade, e não em prolongar sua vida contra a sua vontade, como garante do dever de viver em sofrimento.

Em face desta leitura, não comete crime de homicídio omissivo impróprio o médico que, atendendo à vontade de seu paciente ou, se for caso, de seus familiares, suspende ou não inicia tratamento extraordinário ou capaz apenas de prolongar a vida do paciente, sem possibilidade de reabilitação ou cura. Entrementes, dada a plurissignificação dos enunciados normativos, as outras interpretações expostas seguem sendo possíveis na *moldura* do direito penal. Portanto, a condição dos envolvidos continua nebulosa. Portanto, deve-se buscar qual das interpretações está (mais) adequada ao ordenamento jurídico como um todo, merecendo especial destaque os enunciados constitucionais. A análise em face do texto máximo poderá excluir algumas das interpretações, e, quiçá, apontar *a resposta certa*.

3.3 Legislação penal e LCT: a necessária *filtragem constitucional*

As normas penais não figuram isoladas no ordenamento jurídico, tampouco ocupam lugar cimeiro na hierarquia normativa. Por isso, é pertinente avaliar se as interpretações supra referidas estão todas em conformidade com os dispositivos constitucionais, ou se um olhar constitucionalizado aponta para uma das interpretações

como a *conforme a Constituição*. Realiza-se, então, a indispensável *filtragem constitucional* das possibilidades interpretativas apresentadas¹⁷.

De pronto, deve-se verificar qual é o bem jurídico que a lei penal protege. No caso em tela, obviamente, trata-se do direito à vida. O legislador lança mão do seu *dever de proteção* do direito à vida criminalizando as condutas que conduzem à morte alheia, de modo consumado ou tentado. A ninguém ocorre sugerir que tais textos legais não tenham sido recepcionados pela Constituição de 1988. É também nítido que o consentimento da vítima não possui força normativa heterônoma, i.e., não pode elidir a aplicação dos textos legais. Na maciça maioria dos casos, a irrelevância do consentimento da vítima é plenamente justificável.

Esses enunciados penais protegem zelosamente o direito que se afigura como pré-condição à titularidade e exercício de todos os outros direitos; demonstram a valorização e o respeito que uma determinada sociedade lança sobre o *valor* vida humana; trata-se, prioritariamente, de proteger direitos de terceiros. Nem poderia ser diferente para o mais vasto feixe de situações. O direito à vida é realmente um direito especial, e como tal deve ser tratado, tanto em sua dimensão subjetiva, quanto na objetiva¹⁸. Ele merece proteção fortíssima. Porém, não é absoluto. Está sujeito a raríssimas e estreitas exceções, que somente poderão ser estabelecidas com a mais absoluta parcimônia.

Apesar da estreita admissão de exceções ao direito à vida, é tarefa do intérprete considerar os mais variados ângulos, aproximando os enunciados normativos dos problemas concretos que pretende solucionar¹⁹. O problema concreto em exame é a LCT. Não é uma situação banal e simplista na qual uma pessoa decide morrer e a outra se omite de evitar, mas de um extrato de pessoas que, em condições nada ordinárias, reclamam a possibilidade de renunciar a tratamento médico de prolongamento da vida,

¹⁷ Sobre a expressão *filtragem constitucional*: SCHIER, Paulo Ricardo. Novos desafios da filtragem constitucional no momento do neoconstitucionalismo. *Revista Eletrônica de Direito do Estado*. Salvador: Instituto de Direito Público da Bahia, n.4, out/nov/dez/2005. Disponível em: www.direitodoestado.com.br. Acesso em: dez.2006.

¹⁸ Sobre a dimensão objetiva, consultar: ANDRADE, José Carlos Vieira de. *Os direitos fundamentais na Constituição portuguesa de 1976*. 3.ed. Coimbra: Almedina, 2004, p.113-170; NOVAIS, Jorge Reis. *As restrições aos direitos fundamentais não expressamente autorizadas pela Constituição*. Coimbra: Coimbra, 2003, p.57-125. CANOTILHO, J.J. Gomes. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. Coimbra: Almedina, s/d., p.1025 e ss. ALEXY, Robert. *Teoria de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1993, *passim*.

¹⁹ Nesse sentido, ver HESSE, Konrad. *Escritos de derecho constitucional (selección)*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1983 (Coleção “Estudios Constitucionales”), p.43 e ss.

por estarem acometidas por doenças terminais extremamente dolorosas ou por enfermidades degenerativas que conduzem à perda paulatina da independência. Ou, ainda, por pessoas que, antevendo algumas condições que julgam demasiadamente penosas para suportar, manifestam formalmente sua vontade no sentido de não serem mantidas em estado vegetativo persistente, ou de não serem submetidas a processos de ressuscitação ou a tratamentos extraordinários.

Nessas situações *in extremis*, aparecem outros direitos e interesses competidores com aquele tutelado pelo texto normativo, e a equação formulada para fundamentá-lo constitucionalmente parece inverter-se. Se a regra geral, quando aplicada a um sem-número de casos distintos, atinge resultados plausíveis e acordes com a proteção dos direitos fundamentais e da vivência societária, quando aposta neste outro extremo, composto por um grupo bem seletivo de casos, torna-se perversa. Começam a adquirir grande peso outros direitos e metas societárias, como a liberdade, a privacidade, a integridade física, a prevenção do sofrimento, o bloqueio de tratamentos desumanos ou degradantes, a dignidade na morte e a memória póstuma. Os direitos dos médicos também assumem maior peso nessa situação-limite.

Para que a criminalização da LCT – quer como homicídio privilegiado, quer qualificado – siga conforme a Constituição mesmo nessas condições, deve ser *testada* em face dos postulados normativos que guiam a interpretação constitucional das restrições de Direitos Fundamentais.

Primeiramente, necessário é identificar se as interpretações mencionadas restringem Direitos Fundamentais. A criminalização do homicídio, de regra, não restringe Direitos Fundamentais da vítima nem de terceiros. Todavia, como demonstrado anteriormente, está-se diante de uma situação extrema e singular, na qual tomam corpo restrições a alguns Direitos, a saber:

a) **Direito à liberdade/autonomia.** a.1) **Dos pacientes.** A liberdade de consciência assegura que os indivíduos possam adotar modos de viver e de conduzirem-se acordes com as suas convicções pessoais. Significa que podem perseguir suas próprias metas e comportar-se em consonância com os ditames do grupo seletivo de crenças e opiniões, desenvolvendo livremente a sua personalidade, sem a intrusão indevida do Estado. Um paciente, quando opta pela LCT, expressa sua liberdade, autodetermina-se. Se optar pelo tratamento pleno, também. Querer viver os momentos finais da existência naturalmente, na companhia dos seus, em um estabelecimento de saúde ou em seu lar é certamente um exercício da liberdade garantida constitucionalmente. Ser

compulsoriamente tratado, sem chances de cura, com geração de intenso sofrimento, significa uma restrição total da liberdade do sujeito de decidir os seus caminhos. Não ser tratado, se assim o desejar, também. Deve-se lembrar que a internação compulsória interfere com a liberdade de ir e vir. a.2) **Dos médicos e profissionais da saúde.** Ao adentrar em uma determinada carreira, adere-se a um conjunto deontológico típico, especialmente em profissões como a medicina, a enfermagem, a psicologia. O profissional não *perde* a sua liberdade de consciência, mas a tem diminuída em muitos aspectos, pois deve comportar-se segundo o *codex* da profissão. Em momentos específicos, pode recusar-se, por imperativo de consciência, a realizar ou a omitir ações, desde que os direitos do paciente mantenham-se assegurados. Uma das *regras de ouro* das profissões da saúde, nacional e internacionalmente reconhecida, é o respeito pela autonomia do paciente. Outras são a não-maleficência e a atenção aos *melhores interesses* do enfermo. Obrigar um indivíduo a receber tratamento que não apresenta possibilidades de curar, causa mais malefícios do que benefícios e não atende aos seus melhores interesses atinge em cheio a liberdade dos profissionais da saúde, pois eles são compelidos a desgarrar-se da deontologia profissional, muitas vezes à revelia dos ditames das suas consciências.

b) **Direito à privacidade.** A Constituição assegura o direito de *estar só* e de tomar decisões íntimas e privadas sem a sombra da coação estatal. Assegura a não-exposição da vida integralmente privada e da intimidade de uma pessoa contra a sua vontade. Certamente, compelir uma pessoa a receber um tratamento médico de prolongamento da vida impede-a de decidir sobre si mesma, sobre uma questão que não diz respeito ao Estado ou à sociedade. A face da *liberdade* incluída no direito de privacidade é inteiramente restringida. Ademais, o enfermo é obrigado a ficar em estabelecimento hospitalar, onde vários componentes de sua intimidade restam prejudicados, pela própria natureza do funcionamento da instituição. O contato com os entes queridos diminui, em virtude das regras de visita, quadro que se agrava se o enfermo estiver em unidades intensivas. É parte da intimidade e da privacidade vivenciar a morte natural junto da família, em local da sua escolha, compartilhando seus momentos finais somente com aqueles que julgar devido, sem exposições desnecessárias ou indesejadas e sem convivência forçada com estranhos ou com a dor alheia.

c) **Direito à integridade psicofísica e à inviolabilidade corporal.** Como a inviolabilidade do corpo humano é um Direito Fundamental, os atos médicos, resguardadas poucas exceções, somente serão lícitos se forem consentidos. Os tratamentos de prolongamento da vida são, geralmente, muito invasivos, envolvendo dezenas de procedimentos diários. Se realizados sem a autorização do paciente ou de seu responsável legal, constituem gravíssima e completa restrição do direito à integridade física bem como, nos casos em exame, à integridade psíquica.

d) **Direito de não ser submetido a tratamento desumano ou degradante.** Tem-se aqui uma proibição, senão absoluta, quase-absoluta, de os Estados submeterem os indivíduos a tratamento desumano ou degradante. Os tratamentos forçados de prolongamento da vida não apenas dilatam temporalmente a duração dos intensos padecimentos advindos da enfermidade,

como acrescentam novos, oriundos da total restrição da autonomia e da privacidade/intimidade e da intrusão não consentida em corpo alheio, muitas vezes mediante procedimentos dolorosos. O tratamento forçado representa a imposição de passar por situações degradantes e desumanas não decorrentes diretamente da enfermidade ou lesão, mas do alongamento do processo de morrer. Mais uma vez, existe total obstrução de um Direito Fundamental.

Logicamente, as restrições desses Direitos só estarão presentes quando houver voluntariedade na LCT. Se realizada involuntariamente, não há restrição, sendo pertinente concluir que o injusto penal aplica-se de todo. É exatamente por essa razão que estão presentes na interpretação que visualiza a inexistência de crime na LCT o poder de agir, a causalidade e o dolo, estando ausente apenas o dever de agir decorrente da posição de garante.

Em havendo restrição de Direitos Fundamentais, estar-se-á diante de *hipótese típica da aplicação dos postulados normativos*²⁰. Neste caso, empregar-se-á o postulado da proporcionalidade. Para tanto, parte-se para o levantamento dos fins que se pretende angariar com a criminalização da LCT.

a) **Proteção do direito à vida:** a.1) É dever do Estado proteger o direito à vida, em qualquer de suas dimensões. Os enfermos terminais e os pacientes em estado vegetativo permanente estão vivos e devem ser destinatários integrais do *dever de proteção* do direito à vida, pois ele não se atenua na proporção da diminuição da qualidade ou da dignidade de vida. Proteger o objeto do direito à vida de pessoas especificamente consideradas, bem como manter altos padrões do *dever de proteção* são, claramente, finalidades estatais legítimas. a.2) Preservação da sacralidade da vida. Preservar a reverência pela existência humana, evitar a banalização dos atos de matar-se e de matar e contribuir para a preservação do *valor* vida são finalidades estatais legítimas.

b) **Proteção dos hipossuficientes.** Os pacientes terminais ou acometidos por doenças degenerativas debilitantes certamente compõem uma classe de hipossuficientes. Além dos padecimentos gerados pela própria doença, sofrem com a dependência, com a angústia de ser um *peso* para familiares, em certos casos com o abandono, além de serem alvo dos mais diversos tipos de pressão (psicológica, econômica, social). Na mesma linha, os pacientes em estado vegetativo permanente podem ser alvo de abuso de seus direitos, seja por familiares, seja por equipes e estabelecimentos de saúde. É finalidade estatal legítima proteger adequadamente aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade.

c) **Preservação dos padrões de ética médica.** É também finalidade estatal legítima regulamentar o exercício profissional e zelar pela manutenção e elevação dos padrões éticos de cada uma, segundo sua natureza e especificidades. Todavia, a abstração desta finalidade deve ser considerada em

²⁰ Cf. ÁVILA, Humberto. *Teoria dos princípios: da definição à aplicação dos princípios jurídicos*. São Paulo: Malheiros, 2003, p.80 e ss.

profundidade com a resposta à indagação: qual é o conceito de *ética médica* que se pretende promover? Tal tarefa será realizada, neste estudo, junto à verificação da adequação e da necessidade do *meio*.

O próximo passo consiste em verificar se existe nexo de causalidade entre o meio adotado e os fins perseguidos, considerando a existência de meios alternativos menos lesivos aos Direitos.

O primeiro *fim* perseguido pode ser desmembrado em três, o direito subjetivo à vida, o *dever de proteção* e a sacralidade da vida. Para angariar cada um, criminaliza-se a LCT. O meio está efetivamente conectado à proteção do direito subjetivo à vida. Por mais que sejam de monta as restrições operadas nos Direitos Fundamentais, por mais que se trate tão só de um prolongamento da vida biológica, é inegável que proibir a LCT de enfermos terminais ou incuráveis conduz à manutenção da vida. Existe, pois, nexo de causalidade. Embora o meio seja drástico, dotado de excessiva restritividade de outros direitos, não é descabido sustentar que a *natureza* singular do direito subjetivo à vida permite o excesso, pois, uma vez devassado, não há retorno ao *status quo ante*. Além disso, a condição de sujeito de direitos depende da inteireza do objeto do direito.

Outro ângulo do mesmo fim é o dever estatal de proteção do direito à vida. Em qualquer sistema jurídico encontram-se esquemas institucionais engendrados para a proteção do direito à vida, quer mediante controles preventivos e promocionais, quer repressivos. Em sendo um direito delicado, os esquemas protetivos não podem ser frágeis nem correr o risco de virem a ser fragilizados. Assim, preservar os sistemas estatais de proteção ao direito à vida é muito relevante, admitindo-se a proibição de matar e a carência de força normativa do consentimento de uma vítima de homicídio. Porém, na LCT, os médicos não matam, nem os pacientes suicidam-se. Simplesmente permite-se que a morte natural e inevitável siga seu curso, em situações bastante insulares, por formas que admitem fiscalização e controle. Se o temor é que a abertura venha a aquebrantar a rigidez do esquema, está-se em face de outros dois fins elencados, a proteção dos vulneráveis, sobretudo os não-consententes e o perigo da ladeira escorregadia, que serão examinados logo adiante.

No que pertine à sacralidade da vida, o problema posto é a adequação e a necessidade do meio para o fortalecimento dos níveis societários de respeito e valorização da vida humana. Portanto, criminalizar atos que atentem contra a vida humana parece um meio adequado, tanto quanto atividades promocionais, como trabalhos de prevenção do suicídio, de contenção da violência e de prevenção do dano a si. Mas é preciso ligar o meio à espécie em exame. Ao proibir a LCT, constringendo pessoas a sofrer, restringindo seus Direitos Fundamentais e obrigando outras a fazê-las

padecer, pode-se manter a vida, mas dificilmente ampliar a valorização da vida humana. É contraditório almejar impingir maior valorização da vida mediante agressão a Direitos Fundamentais e instituição de um dever de sofrimento. Se o intuito for educativo, não pode o Estado obrigar algumas pessoas a sofrer exasperadamente para ensinar outras a zelar por suas próprias vidas, pois o meio, apesar de possuir um sutil nexo de causalidade, é o mais restritivo dentre todos os possíveis e instrumentaliza o enfermo para obtenção de fins alheios.

O segundo fim visado é a proteção dos hipossuficientes, centrada na noção de que os pacientes terminais são especialmente vulneráveis. Ser hipossuficiente significa realmente ser digno de maior proteção. Entrementes, ser digno de maior proteção não pode ser sinônimo de ter seus próprios direitos aniquilados ou muito restringidos. O meio que as interpretações criminalizadoras preconizam para a proteção dos direitos dos vulneráveis dá-se à custa da quase-total supressão desses mesmos direitos, das ampliações do sofrimento e da própria condição de vulnerabilidade. Ainda que se entenda que há nexo de causalidade entre tutelar os vulneráveis e o meio que os priva de seus direitos, como forma de proteger os não-consententes, apenas na total impossibilidade de adotar-se outro meio menos lesivo seria apto a justificá-lo. Meios menos lesivos existem e mostram-se inclusive mais eficazes.

Para proteger os pacientes em estado terminal contra ingerências médicas ou familiares indesejadas, pode-se adotar padrões de salvaguarda específicos. Um regramento detalhado das condutas a serem seguidas por equipes de saúde, familiares e instituições hospitalares caso o paciente/responsável legal manifeste a vontade de não persistir no tratamento pode assegurar os direitos tanto dos que decidem consentir, como dos que não consentem. Na mesma trilha, os padrões de conduta podem gerar incremento do bem-estar do paciente, do cuidado médico e, até mesmo, a desistência da recusa em tratar-se.

Essas considerações entrelaçam-se ao terceiro fim exposto. Com a criminalização da LCT pretende-se manter os padrões de ética médica. É pertinente avaliar qual é a ética médica promovida pela criminalização da LCT. Ao forçar os profissionais da medicina e da saúde a empregar tratamentos extraordinários sem o consentimento dos pacientes, o conceito de ética preconizado é o paternalista, que coloca o profissional da saúde em posição de superioridade em relação ao paciente, permitindo-lhe desconsiderá-lo como um ser humano completo e como sujeito de direitos. A medicina visualizada é a cartesiana, calcada na metáfora do relógio, na qual o ser humano é comparado a uma máquina que deve ser mantida em funcionamento, sem preocupação com seus aspectos pessoais e psicológicos. Sua função única seria

manter a vida, mesmo que ignore a cultura, a ética, as crenças, as convicções e a autonomia dos pacientes, assim como o próprio sofrimento físico e psíquico ensejado. Uma medicina onipotente que está autorizada a violar Direitos Fundamentais.

Por todas essas razões, esse modelo ético é recusado pelos bioeticistas, pelas Associações Médicas e por Organizações de Saúde, nacional e internacionalmente. O padrão de ética médica hodiernamente veiculado pelos setores especializados tem por fundamento a dialogicidade da convivência entre os pacientes e as equipes de saúde, instituindo uma relação fundada na informação, na igualdade, no respeito pelos direitos do paciente (crenças, tradições, cultura, autonomia). O paciente é visto integralmente, não apenas em seu viés biológico, de corpo-máquina, mas também na plenitude de sua condição humana.

Nesse sentido, o padrão ético-profissional adotado é condizente com uma Constituição cuja identidade política é a restauração da democracia, com ampla guarida do pluralismo e dos Direitos Fundamentais. A concessão de direito aos médicos para decidir pelos seus pacientes e para tratá-los à força, em franca afronta aos Direitos Fundamentais dos quais são os pacientes titulares, cria um gueto de autoridade incontestável, de plenos poderes de um ser humano sobre outro. Nem mesmo a classe médica quer tal condição, o que é patente no texto da Resolução CFM 1.805/2006.

Ademais, para que se promova o modelo de ética médica preconizada pelas interpretações criminalizadoras, os profissionais são compelidos a desrespeitar os Direitos Fundamentais dos enfermos terminais e a ignorar as regras de ouro da sua profissão. Ter o propósito de fazer com que alguém assuma um comportamento ético, de deferência pelo ser humano e de compreensão da alteridade obrigando-o a causar o sofrimento alheio sem chances de maiores benesses e a ignorar o outro como um ser humano cuja integridade corporal é intangível e cuja autodeterminação é elemento constitutivo da identidade é, no mínimo, um contra-senso. O fio de causalidade entre o fim e o meio rompe-se, permanecendo apenas outra finalidade, o direito à vida dos pacientes terminais. É esta a escolha subjacente ao conceito de ética médica fomentado mediante a criminalização da LCT e como tal tem de ser trabalhado.

A pesquisa acurada da legitimidade constitucional dos fins almejados e da adequação e necessidade do meio adotado indica que a conjunção desses aspectos apresenta-se apenas no que toca ao objeto do direito à vida (alínea a.1, acima). A ponderação em sentido estrito há de ser operada, pondo-se de um lado o direito à vida e, de outro, os direitos à liberdade, à privacidade, à inviolabilidade corporal e à proibição de submissão a tratamento desumano ou degradante, todos de mesma titularidade.

O final da frase anterior é da mais alta relevância para a ponderação em sentido estrito. Os direitos são todos de mesma titularidade. Já foi visto que direitos de terceiros podem ser protegidos mediante salvaguardas específicas, sem enfraquecimento do dever estatal de proteção. Estão sendo ponderadas a proteção e a restrição heterônomas simultâneas de direitos de mesma titularidade. Ora, devem existir justificativas especialmente importantes para restringir direitos fundamentais em nome da proteção do próprio titular²¹.

Neste caso, os custos humanos ensejados pela medida restritiva são, inegavelmente, mais altos do que o benefício que pode produzir. Para manter um indivíduo biologicamente vivo, às vezes por curto lapso, cria-se uma não consentida ampliação de padecimentos infrutíferos, obtida pela negação de Direitos Fundamentais. Exige-se do indivíduo e da sua família um comportamento martirizante, heróico, pretendendo-se instituir pela via da sanção penal uma virtude amparada por concepções morais abrangentes estranhas ao sujeito e também à equipe de saúde. Exigir que pessoas suportem estoicamente tormentos fragorosos para angariar fins que manifestamente não são seus é postura inadmissível, tanto quanto coagi-las a encarar a morte de uma maneira específica, considerada adequada e correta por um ou alguns grupos sociais.

Não obstante a relevância intrínseca do direito à vida, os condicionantes fáticos presentes na LCT fazem com que os outros direitos horizontalmente colidentes pesem mais. Não há como pretender que um benefício tão efêmero possa obter maior peso do que a autodeterminação, a privacidade, a inviolabilidade corporal e o direito de não ser submetido a tratamento desumano. Fossem diversos os fatos, diverso poderia ser o resultado. Se houvesse ação intencional de matar, se houvesse suicídio, se houvesse chance de cura ou de melhora, se não houvesse incremento da agonia, a equação ponderativa poderia resultar em respostas diversas. Mas os fatos são esses, lida-se apenas com o prolongamento sofrido da vida e não se pode exigir que, para que ele não se perca, deve o sujeito ser despojado de seus mais elementares direitos. Essa escolha cabe ao paciente ou a seus responsáveis legais.

Em resumo, dentre os fins a serem promovidos, apenas quanto à preservação do objeto do direito subjetivo à vida o meio apresenta-se adequado e necessário, sucumbindo em relação aos demais. O objeto do direito subjetivo à vida, por seu turno, não apresenta peso suficiente diante das condicionantes fáticas da LCT para elidir os direitos colidentes. Por todas essas razões, as interpretações criminalizadoras da LCT

²¹ Acerca da disposição de Direitos Fundamentais, consultar: NOVAIS, Jorge Reis. Renúncia a direitos fundamentais. In: MIRANDA, Jorge. *Perspectivas constitucionais nos 20 anos da Constituição de 1976*. Coimbra: Coimbra, 1996.

mostram-se constitucionalmente inapropriadas. Esta é a solução que obtém maior harmonia entre os diversos direitos envolvidos, primando pela maior efetivação possível de cada um deles.

4 Conclusões

Segundo a legislação federal brasileira, incumbe ao CFM determinar quais são os deveres médicos e a sua extensão. Como a Resolução 1805/06 CFM determinou que não é dever do médico prolongar a vida do paciente terminal contra a vontade manifesta deste ou de seus responsáveis legais, não se configura o crime de homicídio omissivo impróprio se ocorrer a LCT. Submetida ao postulado normativo da proporcionalidade, essa leitura dos enunciados normativos penais afigura-se mais adequada à Constituição da República do que as interpretações criminalizadoras da LCT.

5 Referências bibliográficas

ALEXY, Robert. *Teoria de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1993.

ANDRADE, José Carlos Vieira de. *Os direitos fundamentais na Constituição portuguesa de 1976*. 3.ed. Coimbra: Almedina, 2004.

ÁVILA, Humberto. *Teoria dos princípios: da definição à aplicação dos princípios jurídicos*. São Paulo: Malheiros, 2003.

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de Direito Penal*. Parte Especial. v.2. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. *Resolução 1.805/2006*. D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, p. 169.

BRASIL. *Código Penal Brasileiro*. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (atualizado). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm. Último acesso: ago. 2006.

BRASIL. *Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004*. 2004b. Disponível em: www.senado.gov.br. Último acesso: out.2006.

BRASIL. *Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957*. Disponível em: www.senado.gov.br. Último acesso: out.2006.

BRASIL. *MPF/1ª Reg. Recomendação 01/2006 - WD - PRDC*. 2006b. Disponível em www.prdp.mpf.gov.br/prdc/legis/docs/exfile.2006-11-21.7242563592/attach/REC%2001-2006%20CFM.pdf. Acesso em: 25 nov. 2006.

CANOTILHO, J.J. Gomes. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. Coimbra: Almedina, s/d.

CAPEZ, Fernando. *Curso de Direito Penal*. Parte Especial. v.2. São Paulo, Saraiva, 2003.

COHEN-ALMAGOR, Raphael. Language and reality in the end-of-life. *The Journal of law, medicine & ethics*. Vol. 28:3, Fall, 2000, p.267-278.

COLOMBIA. *Sentencia C-239/97*. 1997. Disponível em: <http://web.minjusticis.gov.co/jurisprudencia>. Último acesso em: 5 ago. 2005.

- DODGE, Raquel Elias Ferreira. Eutanásia: aspectos jurídicos. *Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1999. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio1v7/eutaspectos.htm>. Acesso em: maio 2006.
- DWORKIN, Ronald. *Freedom's law: the moral reading of the American constitution*. Cambridge: Harvard University, 1996.
- DWORKIN, Ronald. *O domínio da vida: aborto eutanásia e liberdades individuais*. Trad. Jefferson Luiz Camargo. Rev. Silvana Vieira. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- HESSE, Konrad. *Escritos de derecho constitucional (selección)*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1983 (Coleção “Estudios Constitucionales”).
- HORTA, Márcio Palis. Eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer. *Bioética*. Conselho Federal de Medicina, 1999. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio1v7/problemas.htm>. Último acesso em: 16 jun. de 2006.
- KIPPER, Délio José. Medicina e os cuidados de final da vida: uma perspectiva brasileira e latino-americana. In: PESSINI, Leo; GARRAFA, Volnei (Orgs). *Bioética, poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003.
- KUFLIK, Arthur. The inalienability of autonomy. *Philosophy and public affairs*. v. 13, n. 4, p.271-298, Autumn, 1984.
- MARTIN, Leonard M. Eutanásia e distanásia. In: GARRAFA, Volnei (Org.) *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM, p.171-192.
- McCONNELL, Terrance. *Inalienable rights: - the limits of consent in medicine and the law*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- MIRABETE, Júlio Fabbrini. *Código Penal Interpretado*. 4. ed. São Paulo, Atlas, 2003.
- MORAES E SOUZA, Maria Teresa de; LEMONICA, Lino. Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida. *Bioética*. Conselho Federal de Medicina. v.11. n.1, p.83-100, 2003.
- MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antônio Carvalho. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: GARRAFA, Volnei (Org.). *Iniciação à bioética*. Brasília: CFM, 1999, p.53-70.
- NOVAIS, Jorge Reis. *As restrições aos direitos fundamentais não expressamente autorizadas pela Constituição*. Coimbra: Coimbra, 2003.
- NOVAIS, Jorge Reis. Renúncia a direitos fundamentais. In: MIRANDA, Jorge. *Perspectivas constitucionais nos 20 anos da Constituição de 1976*. Coimbra: Coimbra, 1996.
- PESSINI, Leo. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001 (Coleção Bioética em Perspectiva, 2).
- PESSINI, Leo; GARRAFA, Volnei (Orgs.). *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola, 2003.
- QUILL, T. E. et al. Palliative Treatments of Last Resort: Choosing the Least Harmful Alternative. *Annals of Internal Medicine*. v.132, n.6, p.488-493, March 2000. Disponível em: www.annals.org/cgi/content/. Acesso em: jun.2006.
- RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*. v.22, n.8, p. 1749-1754, ago., 2006.

SANTOS, Juarez Cirino. *A moderna teoria do fato punível*. 4. ed., rev. e ampl. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

SCHIER, Paulo Ricardo. Novos desafios da filtragem constitucional no momento do neoconstitucionalismo. *Revista Eletrônica de Direito do Estado*. Salvador: Instituto de Direito Público da Bahia, n.4, out./nov./dez./2005. Disponível em: www.direitodoestado.com.br. Acesso em: dez.2006.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência e saúde coletiva*, v.9, n.1, 2004.