



**FACULDADE  
DAMAS**

**FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ  
CURSO DE DIREITO**

**JANAINA TARCIANA DE OLIVEIRA TÁVORA**

**A TUTELA PENAL DA EUTANÁSIA E AS SUAS REPERCUSSÕES NO BRASIL  
EM TEMPOS DE PANDEMIA DO COVID-19**

**RECIFE**

**2023**

JANAINA TARCIANA DE OLIVEIRA TÁVORA

**A TUTELA PENAL DA EUTANÁSIA E AS SUAS REPERCUSSÕES NO BRASIL  
EM TEMPOS DE PANDEMIA DO COVID-19**

Monografia apresentada à Faculdade Damas da Instrução Cristã como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Msc. Fábio Menezes de Sá Filho.

**RECIFE**

**2023**

Catálogo na fonte  
Bibliotecário Ricardo Luiz Lopes CRB-4/2116

T234t Távora, Janaina Tarciana de Oliveira.  
A tutela penal da eutanásia e as suas repercussões no Brasil em  
tempos de Pandemia do Covid-19 / Janaina Tarciana de Oliveira Távora. -  
Recife, 2023.  
58 f. .: il. color.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Menezes de Sá Filho.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia - Direito) – Faculdade  
Damas da Instrução Cristã, 2023.  
Inclui bibliografia.

1. Eutanásia. 2. COVID - 19. 3. Crime. 4. Brasil. 5. Conselho  
Federal de Medicina. I. Sá Filho, Fábio Menezes de. II. Faculdade  
Damas da Instrução Cristã. III. Título.

340 CDU (22. ed.) FADIC (2023.1-014)

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ

CURSO DE DIREITO

JANAINA TARCIANA DE OLIVEIRA TÁVORA

A TUTELA PENAL DA EUTANÁSIA E AS SUAS REPERCUSSÕES NO  
BRASIL EM TEMPOS DE PANDEMIA DO COVID-19

Defesa Pública em Recife, .....de.....de.....

BANCA EXAMINADORA:

Presidente:

.....

Examinador: (a)

.....

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, a Deus pela minha vida, pela minha saúde, e por me dar forças para eu concretizar mais este sonho.

Aos meus queridos Pais: José Ricardo da Silva Távora e a minha mãe lineval maria de oliveira, os quais são essenciais para o meu ser e que me estimularão para que eu desse procedimento na graduação.

A todos os docentes, especialmente ao Prof. Fábio de Sá, à Prof<sup>a</sup>. Simone de Sá, ao Prof. Leonardo Gonçalves, ao Prof. Cláudio Brandão, à Prof<sup>a</sup>. Cristiany Morais e à Prof<sup>a</sup>. Renata Celeste, bem assim a todos os Professores em geral que têm a arte e a humildade de ensinar o que se aprende e aprender o que se ensina.

A todos da Faculdade Damas, onde cada um com as suas peculiaridades deixa a sua essência registrada em meu ser e colaboração para minha formação.

Aos meus familiares, companheiros de trabalhos, amigos e irmãos, especialmente ao meu irmão Ricardo Tiago Távora, e a minha prima farmacêutica Miscelânia Cabral, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. E agradeço e dedico ao meu sobrinho Davi Lucas Távora, e a todos que me impulsionaram para eu resistir e chegar até aqui.

E por fim, eu agradeço a oportunidade que eu tive de concluir os meus estágios de Direito no escritório M&M Advocacia Popular Recife.

## RESUMO

Este trabalho tem por finalidade investigar, de maneira geral, o aspecto histórico da eutanásia, levando em consideração a sua definição, os tipos e os países em que alguns desses procedimentos já foram legalizados, além das suas repercussões no ordenamento jurídico brasileiro no atual contexto pandêmico do COVID – 19. A Eutanásia trata-se de uma problemática da ciência jurídica, que contém divergências teóricas. No Brasil, esta prática é equiparada ao crime de homicídio privilegiado com redução de pena ou substituição das mesmas, conforme o Código Penal do Artigo 121: “Matar alguém incorre em pena de homicídio, de 6 a 20 anos de reclusão”. A metodologia utilizada neste trabalho é a bibliográfica, que visa o levantamento de dados, a partir de livros, artigos, documentos monográficos e periódicos. Recentemente, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução 1.995, publicada no Diário Oficial da União de 31 de agosto de 2012, Seção I, p.26970, e dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Na citada Resolução, há a previsão de que qualquer pessoa plenamente lúcida, saudável ou não, e maior de 18 anos pode declarar ao seu médico, em caso de doença terminal e irreversível, a opção pela morte natural, ou se pretende que sejam adotadas até medidas extremas, dolorosas e extenuantes para mantê-la viva por mais tempo. Esta medida tem causado inúmeras polêmicas, tanto no âmbito da medicina, quanto na seara do Direito.

**Palavra-chave:** Eutanásia; COVID -19;Crime; Brasil; Conselho Federal de Medicina.

## **ABSTRACT**

This work aims to investigate, in general, the historical aspect of euthanasia, taking into account its definition, the types and countries in which some of these procedures have already been legalized, in addition to their repercussions on the Brazilian legal system in the current pandemic context. of COVID-19. Euthanasia is a problem of legal science, which contains theoretical divergences. In Brazil, this practice is equated with the crime of privileged homicide with reduction of sentence or substitution thereof, according to the Penal Code of Article 121: "To kill someone incurs a penalty of homicide, from 6 to 20 years of imprisonment". The methodology used in this work is the bibliographical one, which aims at collecting data from books, articles, monographic documents and periodicals. Recently, the Federal Council of Medicine edited Resolution 1995, published in the Official Gazette of August 31, 2012, Section I, p.269-70, and provides for advance directives of patients' will. In the aforementioned Resolution, there is a provision that any fully lucid person, healthy or not, and over 18 years of age can declare to their doctor, in case of terminal and irreversible illness, the option for natural death, or if they intend to adopt them by extreme, painful and strenuous measures to keep her alive longer. This measure has caused numerous controversies, both in the field of medicine and in the field of law.

**Keyword:** Eutanásia; COVID-19; Crime; Brazil; Federal Council of Medicine.

*“ A morte é a única coisa que me terrifica. Detesto-a.  
Hoje em dia pode-se sobreviver a tudo, exceto isso”.*

**(Oscar Wilde)**



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	08
<b>2. UM PANORAMA HISTÓRICO ACERCA DA EUTANÁSIA NO BRASIL</b> .....	10
<b>2.1 O CONCEITO DA EUTANÁSIA E SEUS VALORES SOCIAIS E MORAIS.</b> .....	13
<b>2.2 Distinção da Eutanásia Ativa e Eutanásia Passiva</b> .....	13
<b>2.3 A Eutanásia de Duplo Sentido</b> .....	14
<b>2.4 Morte e o Suicídio Assistido</b> .....	15
<b>2.5 OS TIPOS DE EUTANÁSIA</b> .....	17
<b>2.6 Distanásia</b> .....	17
<b>2.7 Ortotanásia</b> .....	18
<b>2.8 Mistanásia</b> .....	19
<b>3. AS RAMIFICAÇÕES DA EUTANÁSIA</b> .....	20
<b>3.1 Eutanásia voluntária</b> .....	20
<b>3.2 Eutanásia involuntária</b> .....	21
<b>3.3 Eutanásia não voluntária</b> .....	21
<b>3.4 EUTANÁSIA, EUGENIA, EUGÊNICA E DISGÊNIA</b> .....	23
<b>3.5 Os Costumes dos povos antigos</b> .....	25
<b>3.6 A visão dos Filósofos</b> .....	25
<b>3.7 O Posicionamento dos Doutrinadores</b> .....	26
<b>3.8 O Contexto Religioso sobre a Eutanásia</b> .....	30
<b>4. A EUTANÁSIA SOB A ÓTICA DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA:(TESTAMENTO VITAL)</b> .....	32
<b>4.1 Discriminação e Descriinação</b> .....	34
<b>4.2 Os impactos da Eutanásia em meio ao COVID-19</b> .....	34
<b>4.3 COVID -19: O Drama dos Médicos Especializados em “Fim de Vida” no Mundo.</b> .....	35
<b>4.4 Distinção de Surto, Epidemia, Pandemia e Endemia</b> .....	41

<b>4.5 Letalidade e Mortalidade em tempos de Pandemia do Covid-19 .....</b>	<b>42</b>
<b>4.6 O Surgimento das Vacinas Contra o COVID-19 em meio a Pandemia.....</b>	<b>46</b>
<b>4.7 Dignitas .....</b>	<b>48</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
ANEXOS A - Estatística da Eutanásia no Acervo Mundial.....	53
ANEXOS B – Ortotanásia.....	55
ANEXOS C – Distanásia.....	56
ANEXOS D – Injeção letal da eutanásia.....	57
<u>ANEXOS E- Mistanásia.....</u>	<u>58</u>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo estudar os conceitos e os tipos legais e ilegais da Eutanásia. O interesse por este tema de pesquisa surgiu a partir de dois pontos principais: o fato de eu ser da área de saúde (Paramédica) e o atual contexto pandêmico, que tem assolado toda a humanidade: angústia, luto, ansiedade, pacientes em filas de espera, o medo da contaminação, dentre outro, Por analisar os comportamentos humanos nessas circunstâncias de grande caos na vida física e psíquica das pessoas, e, por eu ter tido experiências como profissional da saúde em cuidados técnicos em tratamentos paliativos, venho através deste trabalho, além de esclarecer sobre os tipos da eutanásia, orientar a todos os leitores de que é possível prolongar a vida com medicamentos que aliviam as dores, sem precisar abreviar a vida!

Acresce que os pressupostos filosófico-jurídicos da admissibilidade da eutanásia, em sentido lato, sofreram significativa evolução. Ao passo que no passado, começou por ser concebida sob o prisma do direito do Estado a matar, e é hoje em dia encarada como um direito do doente a morrer, ou, pelo menos, a ver a sua dor aliviada; implicando para o Estado e os profissionais de saúde em geral, o dever de prestarem cuidados paliativos adequados a suavizar o sofrimento. De igual forma se faz referência à possibilidade legal de formulação escrita das chamadas diretivas antecipadas da vontade, adiante designadas abreviadamente por “testamento vital”, que consiste em uma pessoa, não incapaz ou inabilitada, manifestar antecipadamente e sem ambiguidades a sua vontade - consciente, livre e esclarecida - sobre os cuidados de saúde que deseja receber ou não deseja receber no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autônoma. Do Direito à morte digna com autonomia da vontade; a vida humana deve ser especialmente protegida nos seus momentos mais frágeis, como a concepção, a gestação e o seu termo final. Com base nesse entendimento foi elaborado o Estatuto do Nascituro, que prevê a proteção e dignidade do nascituro desde sua concepção até o seu nascimento, e o projeto de Lei 6.544/09, que visa garantir a dignidade ao paciente em fase terminal de enfermidade. A prática da eutanásia seria pôr um fim a uma vida ainda existente sob a justificativa de primar pela dignidade da pessoa humana, especial. O uso inadequado e muitas vezes

excessivo das tecnologias aplicadas ao tratamento médico de pacientes em estágio terminal, que acarreta o prolongamento de um final de vida de forma penosa, e que despreza o que seria desejado pelo próprio paciente, vem conformando a ideia e a necessidade de afirmação da existência de um direito a morrer dignamente.

Neste sentido, a problemática é analisar e identificar os tipos de eutanásia, e, suas possíveis imputabilidades e inimputabilidades no Brasil e em diversos países e esclarecer as possíveis hipóteses de que pode haver o perdão judicial da eutanásia a depender do caso concreto. E questionando-se sobre os aspectos normativos, é identificado que a lei brasileira não admite a autorização da eutanásia no Brasil.

Entretanto, os objetivos específicos, pretende esclarecer aos leitores, não apenas quais são os tipos da eutanásia, mais também quais são os países que já legalizaram a eutanásia. Ressaltando que no Brasil, a eutanásia é equiparada ao crime de homicídio privilegiado, porém alguns países já legalizaram a eutanásia e o primeiro país a legalizar a eutanásia foi o Uruguai; e ao decorrer dos capítulos, são lhes apresentados quais são os demais países que já legalizaram a eutanásia.

No entanto, a metodologia utilizada neste trabalho é através de uma ampla pesquisa descritiva, aplicada e bibliográfica, a fim de demonstrar não apenas os meios punitivos da eutanásia, dos costumes dos povos antigos até a modernização nos dias atuais, e sim sobre a possível aplicabilidade do perdão judicial a depender do caso e também é utilizado o método dedutivo de pesquisa, juntamente com técnicas de comparação, descrição e análise. E é importante destacar que a presente monografia utilizou referências através não só do código penal, como livros de: medicina legal, direito do médico, e além de artigos científicos sobre os aspectos jurídicos da eutanásia.

O trabalho em questão apresenta 3 (três) capítulos: no primeiro capítulo do tema abordado, é relatado um Panorama histórico acerca da eutanásia, e em seguida, encontra-se os conceitos, definições e as demais investigações sobre o termo eutanásia e seus tipos.

Já o segundo capítulo, compõem as ramificações da eutanásia, a eugenia e disgenia, e os posicionamentos dos filósofos e demais doutrinadores.

E por fim, o terceiro capítulo, é apresentado a eutanásia sob a ótica do princípio da dignidade humana, os impactos em meio ao COVID-19, a taxa de mortalidade, os homicídios e as vacinas contra a enfermidade pandêmica.

## 2. UM PANORAMA HISTÓRICO ACERCA DA EUTANÁSIA NO BRASIL

A eutanásia é advinda de origem grega, que significa "boa morte", "morte apropriada" ou "morte piedosa". Cujo termo foi proposto por Francis Bacon em 1623 como sendo "um tratamento adequado às doenças incuráveis". Entende-se como eutanásia a conduta em que alguém, deliberadamente movido por fortes razões de ordem moral, causa a morte de outrem, vítima de uma enfermidade pandêmica ou não, porém incurável e em avançado estado e que está padecendo de grande sofrimento e dores. (COSTA, 2001, p.87).

O Brasil, nos seus primitivos tempos, também conheceu a eutanásia. O historiador: Von Marthius, citado por Lameira Bittencourt em estudos feitos sobre os silvícolas, detectou entre estes, a prática da eutanásia.

Segundo o historiador, algumas tribos deixavam à morte seus idosos, principalmente aqueles que já não mais participavam das festas, caças e pescas, logo, aqueles privados de tais ações não teriam mais nenhum estímulo para a vida. Assim, a morte viria como benção, uma vez que a vida sem aquelas atividades perderia todo seu significado.

Além da prática entre indígenas, a eutanásia no Brasil apresentou-se na época colonial como consequência de tuberculose, moléstia até então sem cura e que conduzia a um definhamento crescente até a morte. A nossa literatura dá-nos alguns exemplos, através de poetas do romantismo que, atacados de tuberculose, pediam e deixavam-se morrer mais rapidamente, já que era certa a morte.

Nos dias atuais, ainda há práticas da eutanásia, só que não são divulgadas. E isso faz sentido, pois a nossa lei penal vale-se da eutanásia apenas para fins de atenuação de pena, de acordo com o caso concreto, não desfigurando, entretanto, o crime de homicídio privilegiado. Entretanto, pode o magistrado conceder o perdão judicial conforme prevê o artigo 120 do Código Penal Brasileiro de cuja a causa for fundamentada e provada que a eutanásia ocorreu conforme a vontade do paciente, e para fins misericordiosos, piedosos e onde o enfermo continha doença incurável, irreparável e para aliviar as dores do paciente, o médico que autorizou a eutanásia;

pode ser absorvido da pena do artigo 121 do homicídio privilegiado e obter o perdão judicial do artigo 120 do CP. Tratando-se neste caso, de morte cerebral, de cujo o médico pode autorizar a ortotanásia conforme o código de ética médica e autorizar o transplante de órgãos para salvar a vida de outro paciente em caso que não haja discordância entre o enfermo incurável e famílias e por fim, é possível a isenção da punibilidade e a concessão do perdão judicial, uma vez que não haja alguns dos elementos da configuração do crime. Ou seja, na ausência de dolo, ilicitude, tipicidade, antijuridicidade, culpabilidade, excluisse a punibilidade do fato que pode ser atípico. Sendo assim, muitas pessoas proporcionam a “morte boa” aos amigos e familiares, sem que tal fato seja divulgado; sabe-se até de médicos que a praticaram a pedido e súplica de pacientes irremediavelmente doentes. Porém, é facultativo ao magistrado, punir a eutanásia como sendo o homicídio privilegiado ou conceder o Perdão Judicial.

Nesse viés, o Superior Tribunal de Justiça emitiu a Súmula nº 16, da seguinte forma: "A sentença concessiva de perdão judicial é declaratória de extinção da punibilidade, não substituindo nenhum efeito condenatório." A sentença concessiva de perdão judicial é declaratória de extinção da punibilidade, não substituindo nenhum efeito condenatório. "

Ademais, a esse respeito, é defendido que:

Isso significa que o Perdão Judicial não gera a reincidência, que é efeito decorrente da condenação; por conseguinte, o Perdão judicialmente mantém sua condição jurídica de primário. A razão dessa consequência está na natureza jurídica da sentença concessiva do perdão judicial: através dela, o estado não se limita a excluir a pena, mas ele detém a própria condenação. Reconhece-se a existência de uma ação típica, antijurídica e culpável, mas por razões de política criminal o Estado renuncia ao direito de condenar o autor daquela conduta. Isso posto, " a sentença que concede o Perdão Judicial, na sistemática normativa vigente, tem carga declaratória. Não é ela nem condenatória, nem absolutória". (BRANDÃO, 2008, p.393).

E no que se refere a imputabilidade: Ela é o elemento da culpabilidade que representa a capacidade mental do agente de perceber que, no momento da conduta (típica, ilícita, omissiva ou comissiva), o fato praticado tenha um caráter contrário ao ordenamento. Além disso, é necessário que o agente possua determinação de agir, sabendo da ilicitude da sua conduta pois a culpabilidade é constatada no momento da

ação ou omissão, devendo analisar se o agente estava fora de si por uso de alucinógenos, parcial ou totalmente conforme o exemplo a seguir de Fonseca:

Na hipótese de alguém drogar um médico cirurgião cardíaco, sem que ele perceba, com o intuito de colocar o profissional fora do seu juízo normal, no instante da cirurgia. E por causa da droga consumida, o cardiologista, fora de si, comete um erro gravíssimo e o paciente falece. O médico não poderá sofrer condenação criminal por homicídio, tendo em vista que exclui a imputabilidade pela culpabilidade. Provada a imputabilidade, no momento da conduta geradora do dano, a absolvição é certa. Sem a inimputabilidade não haverá o elemento culpabilidade e, por consequência, não haverá o crime e excluindo-se o crime, exclui-se a pena. O que diferente seria se o médico se drogasse por conta própria para realizar a cirurgia. E sabendo que a droga o deixaria fora de si e mesmo assim corresse o risco ao realizar a cirurgia e o paciente viesse a falecer, nesta hipótese, é que o médico deveria responder criminalmente. (FONSECA, 2016, p. 250-251).

Baseando-se neste entendimento, a eutanásia não pode ser praticada por médicos no Brasil por ser dita como crime de homicídio privilegiado conforme o artigo 121 do Código Penal. Não obstante, quando praticada, trata-se de uma conduta comissiva pelo agente. Já a ortotanásia, que também é uma forma punitiva de abreviar a vida, o agente age de forma omissiva onde o médico deixa de medicar o paciente em fase terminal, com a intenção de abreviar a vida e podendo ser punido neste caso e a depender das circunstâncias conforme o caso.

Entretanto, é importante frisar que o médico pode ficar isento de ser punido quando realiza o aborto necessário e o aborto sentimental. Ou seja, nestes casos é excluída a ilicitude pois o artigo 128 do Código Penal prevê o aborto legal, onde não permite punição ao médico, se ele o realizar para salvar a vida da gestante, conforme o aborto necessário onde há risco de vida para ambos, e ou também ficará impune o médico que realizar o aborto sentimental que é aquele ocasionado por meio de infração penal de estupro e que haja a autorização da gestante para que seja praticado o aborto legal por médico.

## **2.1 O CONCEITO DA EUTANÁSIA E SEUS VALORES SOCIAIS E MORAIS.**

O termo “eutanásia”, foi proposto por Francis Bacon em 1623 na sua obra *História vitae et mortis*. A origem etimológica vem do grego “eu” (bem, bom, belo) e “thanatos” (morte), sendo traduzida como a

“boa morte”. A idéia de eutanásia remota à antiguidade, de onde se encontram os primeiros registros da sua prática. (COSTA, 2001, p.93).

O homicídio privilegiado é aquele em que o agente causa a destruição da vida de outrem, impelido por motivo de relevante valor social e moral , ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima. O relevo do valor social está aferido em relação a ordem social e aos interesses comunitários. Já o relevante valor moral deve ser aferido ante os padrões éticos da moralidade contemporânea onde o artigo 121 do CP, Prevê a redução da pena privativa de liberdade cominada ao tipo básico ( seis a vinte anos de reclusão) de um sexto a um terço facultada ao juiz determinar a sentença e ou o Perdão Judicial conforme o artigo 120 do CP.

## **2.2 Distinção da Eutanásia Ativa e Eutanásia Passiva**

O termo “eutanásia”, como já mencionado antes, foi proposto por Francis Bacon em 1623 na sua obra *História vitae et mortis*. A origem etimológica vem do grego “eu” (bem, bom, belo) e “thanatos” (morte), sendo traduzida como a “boa morte”. A ideia de eutanásia remota à antiguidade, de onde se encontram os primeiros registros da sua prática. O autor Costa conceitua além do termo eutanásia, as distinções da eutanásia ativa e passiva:

A eutanásia ativa consiste no ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, com fins misericordiosos. Normalmente executada por parente próximo da vítima e, em alguns casos, pelo médico que o acompanha. (COSTA, 2001, p.93).



Neste caso, o paciente se encontra em estado de alta complexidade, sem consciência, em coma, e embora a sua morte seja provocada para fins piedosos, configura-se o crime de homicídio privilegiado aqui no Brasil, e sem o consentimento da vítima a qual perde a sua vida de forma precoce e sem a chance de se defender e ou de expressar a sua vontade se deseja postergar o tratamento paliativo para aliviar a sua dor e ou autorizar o seu descanso eterno. Na eutanásia ativa, o médico, ao invés de deixar simplesmente o paciente morrer, o médico injeta a medicação letal para abreviar a vida do paciente e incorre em punição conforme o código penal brasileiro no seu artigo 121, que prevê a pena de 6 a 20 anos, e por se tratar de homicídio privilegiado, o juiz poderá reduzir a pena de um sexto até um terço. A seguir o autor costa conceitua a eutanásia passiva que difere da ativa:

A eutanásia passiva (ou ortotanásia, para alguns) consiste na suspensão do tratamento ou dos procedimentos que estão prolongando a vida de um doente terminal, com o objetivo de lhe abreviar a morte, sem sofrimento. Na maioria dos casos mantêm-se as medidas ordinárias, dentre as quais as que visam reduzir a dor, e suspendem-se as medidas extraordinárias ou as que estão dando suporte à vida. (COSTA, 2001, p. 93).

Esse tipo de Eutanásia passiva, ocorre com autorização do paciente que decidiu antecipar a sua morte sem sofrimento e suspende o seu tratamento paliativo e nesse caso pode ser que o paciente desconheça os tipos de tratamentos paliativos e autorize e antecipe a sua morte de forma precoce. Nesse tipo de eutanásia, o médico deixa de aplicar os medicamentos que aliviam as suas dores, e deixa de manusear os aparelhos que dão suporte ao paciente e ao desligar os aparelhos, o médico deixa o paciente morrer.

### **2.3 A Eutanásia de Duplo Sentido**

A eutanásia de duplo sentido como o próprio nome já diz, duplo efeito se perfaz de maneira ambígua, em duplo sentido, onde muitas vezes ocorre quando a morte é acelerada como consequência indireta das ações médicas que são

executadas visando o alívio do sofrimento de um paciente terminal, a exemplo da utilização de altas doses de remédios com o intuito de aliviar a dor, sabendo-se que o tratamento também traz como consequência a abreviação da vida do paciente. Um exemplo é quando o médico prescreve a morfina para aliviar a dor de pacientes oncológicos, e sabendo este que pode causar o óbito do paciente e assumir o risco de provocar depressão respiratório, baixa saturação de oxigênio, apneia obstrutiva do sono e óbito. (FRANÇA, 2008, p.387).

Neste caso, o médico pode ficar impune pois exclui-se a culpabilidade e ilicitude pois a intenção do médico era aliviar a dor e nem sempre os organismos dos pacientes respondem bem as medicações prescritas e administradas de forma legalmente e pode haver eventualidades inesperadas como alergia a um medicamento desconhecido que pode ser inevitável. Porém, quando evitável, e o médico podendo evitar, e assume o risco, pode responder penalmente por imperícia e homicídio privilegiado a depender da situação.

## **2.4 Morte e o Suicídio Assistido**

A morte ou suicídio assistido constitui na facilitação ao suicídio do paciente, onde o agente ou parente próximo, põem ao alcance do enfermo terminal alguma droga fatal ou outro meio congênere que coloca em risco a sua vida.

A técnica congênere e a eugenia são meios de eliminar as pessoas portadoras de deficiências, doenças graves ou idosos em fases terminais. Muito comum em sociedades primitivas, notadamente entre às nômades. Também é identificada como medida de higiene ou profilaxia social o que configura meio cruel de homicídio e diferente de homicídio privilegiado para fins piedosos, essas técnicas congênere e eugenia consistem em práticas para fins cruciais de economia social, onde antigamente não se pensava em inclusão social sem distinção de raça, cor ou etnia que difere dos dias atuais que estamos mais inclusivos e onde já há vagas reservadas para deficientes em vários ambientes de trabalhos para reintegrá-los com dignidade em nosso meio social.

O estudo sofreu oscilações ao longo do tempo e de acordo com cada autor. O próprio termo eutanásia já foi definido no século XIX como “morte em estado de graça” pelos teólogos Larrag e Claret. Existe, aliás, uma vasta quantidade de termos correlatados que acabam por dificultar o estudo da boa morte. Termos como: distanásia, ortotanásia e mistanásia.

A eutanásia seria justificada como uma forma de libertação do sofrimento acarretado por um longo período de doença; já a morte assistida, também conhecida como suicídio assistido, consiste na promoção de meios para que o paciente terminal, por conta própria, ponha fim a sua vida. Não se trata de eutanásia, pois a decisão e a execução do ato partem do próprio paciente. Os terceiros, normalmente familiares e pessoas próximas, apenas colocam ao seu alcance os meios necessários para que o paciente se suicide de forma digna e “indolor”.

Para a morte assistida, portanto, presume-se que o consentimento e o ato executório partam do próprio paciente, enquanto que a eutanásia, dependendo do estado em que se encontre o paciente (ex. inconsciente há bastante tempo), é realizada por meio do acordo de terceiros, à exemplo dos familiares.

O ato de proporcionar a morte antes do que seria de esperar, por motivo de compaixão e diante de um sofrimento penoso e insuportável, sempre foi motivo de reflexão por parte da sociedade. Esta discussão torna-se cada vez mais presente na medida em que é aprofundado o estudo dos direitos fundamentais sob a perspectiva constitucional.

Além do mais, sempre podem surgir novos tratamentos e recursos que permitem prolongar a expectativa de vida do enfermo, o que pode levar a um demorado e penoso processo de morrer ou até mesmo a depender do tipo de tratamento paliativo, é possível promover um maior tempo de vida com dignidade.

É notório que a medicina, nos parâmetros em que as tecnologias avançam, há possibilidades de salvar mais vidas, cria, também, imprescindivelmente, dilemas éticos e complexos que permitem maiores dificuldades para um conceito ajustado do fim da existência humana.

Dando finalidade, a eutanásia é proibida na maioria dos países, bem como condenada por diversas religiões, a exemplo do catolicismo, sendo, portanto, um assunto capaz de gerar profundas discussões éticas e morais.

O estudo da morte digna deve partir da definição de certos termos característicos, alguns dos quais, inclusive, são confundidos por certos autores.

(COSTA, 2001, p93).

## **2.5 OS TIPOS DE EUTANÁSIA**

Nessa oportunidade da pesquisa, serão tratados os tipos de eutanásia, que podem ser classificados em distanásia, ortotanásia e mistanásia.

### **2.6 Distanásia**

A distanásia nada mais é do que o prolongamento do sofrimento e ela se diverge da eutanásia a qual abrevia esta situação. Porém, no conteúdo moral, ambas se convergem. Eutanásia e Distanásia são eticamente inadequadas. Relata o autor França que:

A distanásia se perfaz como um tratamento insistente, desnecessário e prolongado de um paciente terminal, que não apenas é insalvável, mas também submetido a tratamento fútil. (FRANÇA, 2008, p.381).

Diferentemente do ponto de vista do autor: França, vejo a distanásia como um meio de tratamento paliativo eficaz pois em qualquer idade é possível prolongar a vida dos pacientes através de medicamentos que aliviam as dores sem precisar abreviar a vida e promover uma vida agradável seja em hospitais e ou em tratamento domiciliar para que os pacientes vivam mais perto dos seus parentes e impor restrições de exercícios físicos acompanhado do fisioterapeuta e sobre o acompanhamento de toda equipe médica para tratar da nutrição, com

os respectivos horários da nutricionista, e com os demais acompanhamentos com a fonoaudióloga, e médica terapêutica ocupacional, e sobre os cuidados Paramédicos que são desde o banho no leito, aos sinais vitais como: aferir pressão arterial, temperatura, fazer curativos, e aplicar as medicações certas nas vias: endovenosas e ou intramusculares, e introduzir as alimentações nas vias de alimentações e promover a saúde e interação no ambiente familiar é essencial para os pacientes de tratamentos paliativos pois em seu domicílio podem sentir melhor e mais felizes do que esperar o seu descanso eterno em hospitais.

## **2.7 Ortotanásia**

A ortotanásia significa morrer correto, com dignidade, frente à morte. É a abordagem adequada diante de um paciente que está morrendo. A ortotanásia só se confunde com a eutanásia, nos cuidados paliativos adequados adotados aos pacientes nos momentos finais de suas vidas.

Para Picasso, a morte, não é a pior perda, pois a maior perda é a que morre dentro de nós enquanto vivemos. Neste contexto, trata-se da ortotanásia; pois, a ortotanásia é onde configura a morte em momentos de fim da vida o qual o psíquico do ser humano está cogitado a se compreender melhor em sentido de que viemos ao mundo em meio as várias fazes de vida, embora após a terceira idade ocorre o fim do ciclo de vida terrena e o fluxo do rito segue cotidianamente. Já para o autor França, ele conceitua a ortotanásia como:

A ortotanásia é a suspensão de meios medicamentosos ou artificiais de vida de um paciente em coma irreversível e considerado em “morte encefálica”, quando há grave comprometimento da coordenação da vida vegetativa e da vida de relação. (FRANÇA, 2008, p.381).

Neste caso, a ortotanásia trata-se de um meio ainda ilegal no Brasil, mas onde o médico deveria ficar impune, isento de condenação, visto que se refere

numa configuração de morte encefálica, onde há cessação de circulação sanguínea, cessação de respiração, perda de consciência, e cessação de atividade cerebral e onde a suspensão dos meios artificiais pode inclusive salvar outra vida através de transplante do miocárdio e exclui-se a culpabilidade e ilicitude e excluindo-se portanto o crime e a pena.

## 2.8 Mistanásia

A mistanásia ou morte miserável, Leonard Martin à sugeriu como: 1- Pacientes que vem a orbito sem condições econômicas, para conseguir atendimento hospitalar. 2- Pacientes vítimas de erro médico. (Negligência).

Neste caso de mistanásia, a culpa é exclusiva do médico que agiu com descuido, negligência e pode responder penalmente por omissão de socorro. Relata o autor costa a evolução do homicídio negligente:

O homicídio negligente está previsto no artigo 121, 3, e sua forma agravada, no parágrafo 4, cominando-se a pena privativa de liberdade de um a três anos de detenção, aumentada de um terço se o crime resultar de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício ou se o agente deixar de prestar socorro imediato à vítima, ou fugir para evitar flagrante. (COSTA, 2001, p. 121).

O autor costa, ainda ressalta que o posicionamento adotado pela parte geral segue o entendimento de Juarez Tavares, onde no seu direito penal da negligência se atrela a teoria do crime culposo, adotando muito bem a negligência como um fato abrangente exato ao conteúdo da estrutura normativa do fato, substituindo a expressão culpa, a conduta que não viola o dever de cuidado, mas já a ação negligente é a conduta análoga ao tipo doloso onde há finalidade e manifestação de vontade pois nos crimes negligentes a produção do resultado é a consequência do erro sobre o curso causal e o fundamento da incriminação se situa nas necessidades sociais de justiça. E em se tratando dos tipos negligentes, welzel faz brilhantes definições de distinções desses tipos; denominando a ação

culposa aquela que não observa o cuidado devido (culpa inconsciente), já ação que considera possível, mas confia em que não se produzirá (culpa consciente) e ambas são corretamente sujeitas à punições conforme o direito penal brasileiro.

### **3. AS RAMIFICAÇÕES DA EUTANÁSIA**

#### **3.1 Eutanásia voluntária**

A eutanásia voluntária é executada conforme a vontade do paciente. O homicídio por excesso negligente é voluntário, e no excesso negligente o resultado é involuntário. Há projetos de 1984 e 1999 que visam tornar a eutanásia como caso especial de isenção de ilicitude. Conceitua o autor costa:

A nosso aviso, a eutanásia voluntária ou involuntária não deve ser admitida, aceitando-se, apenas a eutanásia passiva, voluntária e ou involuntária, passível de perdão judicial. “ Por motivo de relevante valor moral, o projeto entende significar o motivo, que, em si mesmo, é aprovado pela moral prática, como por exemplo, a compaixão ante o irremediável sofrimento da vítima, caso de homicídio eutanásico”.

É evidente que só poderia admitir após o pronunciamento de uma junta médica idônea, em virtude da relevância do objeto jurídico tutelado, nas limitações já defendidas. (COSTA, 2001, p. 95.).

A eutanásia voluntária ao meu ver é análoga ao suicídio pois o paciente quer a sua morte e parte de livre e espontânea vontade do próprio paciente autorizar ao médico a sua própria morte. Portanto, concordo com o autor Álvaro costa que em seu ponto de vista acredita que a eutanásia voluntária é passível de perdão judicial ao médico; visto que se o médico realizar a eutanásia voluntária, não estaria o médico cometendo o elemento doloso do crime de homicídio, e sim abreviando a vida do paciente com consentimento deste e para fins piedosos, misericordiosos e para pôr fim ao sofrimento do paciente. Contudo, faltando um

dos elementos do crime que é o dolo, exclui-se o crime e exclui-se a pena sendo esta passível de perdão judicial.

### **3.2 Eutanásia involuntária**

A eutanásia involuntária é aquela que é executada contra a vontade do paciente. O autor costa relata a pena prevista no código Penal Brasileiro:

A pena privativa de liberdade cominada ao tipo penal de homicídio privilegiado ou atenuado é a PB fixada em relação ao homicídio simples, de seis a vinte anos de reclusão e obrigatoriamente reduzida de um sexto a um terço, mesmo que ao final do cálculo da pena fique abaixo do previsto para o limite legal mínimo. A competência para tipificar o homicídio privilegiado é do júri popular, e não do juiz togado da pronúncia ou do que preside o julgamento. (COSTA, 2001, p. 96).

A eutanásia involuntária é efetuada contra a vontade do paciente, trata-se de homicídio privilegiado com elemento doloso e não para fins piedosos, onde a família do paciente autoriza o médico que se faça a abreviação da vida visto que o paciente está com doença incurável e em tratamento paliativo, e este paciente não pode autorizar a sua morte por esta em estado de coma vegetativo, inconsciente e não responde mais por si mesmo. Neste caso acredito que não cabe o perdão judicial pois há o elemento doloso do crime com intenção de matar o paciente mesmo sabendo que o paciente não quer morrer.

### **3.3 Eutanásia não voluntária**

A eutanásia não voluntária é executada independentemente da manifestação de vontade do paciente). Esta classificação foi proposta por Neukamp em 1937 e visava estabelecer, em último caso, a responsabilidade do agente. (BEZERRA, 2022). Nesse sentido, Costa defende que:



O anteprojeto da lei de 1999 prevê a eutanásia como privilegiada conforme o “ 3 parágrafo do artigo 121 do CP, se o autor do crime é cônjuge, companheiro, ascendente, descendente, irmão ou pessoa ligada por estreitos laços de afeição à vítima, e agiu por compaixão, a pedido desta, imputável e maior de 18 anos, e no parágrafo 4 do artigo 121 do CP, propõe a exclusão da ilicitude; visto que não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se provavelmente atestada por dois médicos a morte como iminente inevitável, e desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão”. (COSTA,2001, p. 93,94 e 95).

Neste caso, o crime se perfaz de forma provocável independentemente da manifestação da vontade do paciente por exemplo, quando uma pessoa é acometida do mal de Alzheimer e não deixa manifestada a sua posição sobre como quer que terceiros procedam no caso de a doença a deixar incapaz. E na minha ótica, não é passível de perdão judicial pois há intenção de provocar a morte do paciente que está em estado vulnerável e sem poder expressar sua vontade seja por mal de Alzheimer ou por estado de coma por exemplo, e, concordo com o posicionamento do autor costa, quando se refere a exclusão de ilicitude se for provável que a morte é inevitável e atestada por dois médicos desde que haja consentimento do paciente, no caso da eutanásia voluntária, ou em sua impossibilidade, haja consentimento dos parentes; mas, caso não haja o consentimento do paciente, no caso da eutanásia involuntária e da eutanásia não voluntária, ao meu ver, não é cabível o perdão judicial. França relata:

A eutanásia, mesmo com o eufemismo de sanidicídio ou benemostásia, não pode deixar de merecer a devida censura, tenha o médico o consentimento dos familiares do paciente, induzindo-o ou fornecendo meios para o chamado suicídio assistido (eutanásia voluntária). Assim fica óbvio que o médico não pode nem deve, de forma alguma e nenhuma circunstância, contribuir ativamente para a morte do paciente, pois isso se contrapõe ao seu compromisso profissional e à sua formação moral. (FRANÇA, 2008, p. 386).

E seria antiético utilizar qualquer meio para abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. E a ação e a omissão de cujo o resultado for o mesmo de apressar a morte não é passível de perdão judicial e no caso da eutanásia involuntária e não voluntária, os fatos se tornam ainda mais graves porque os princípios morais que tentam justificar a eutanásia, tornaria ainda mais precária a sua validade.

### 3.4 EUTANÁSIA, EUGENIA, EUGÊNICA E DISGÊNIA

A eutanásia e a eugenia eram cruelmente praticadas por diversos povos primitivos, dentre os quais os Celtas, Fueguinos (indígenas sul-americanos), dentre outros.

Os povos nômades e alguns índios brasileiros matavam velhos, doentes e feridos para que os mesmos não ficassem abandonados à sorte e às feras, nem tampouco fossem trucidados pelos inimigos.

Indesejavelmente na Índia, os velhos e doentes eram levados para as margens do rio Ganges, onde tinham as suas boca e narinas tampadas com uma lama sagrada e depois eram lançados no rio para se afogar.

Lamentavelmente na Birmânia doentes incuráveis eram enterrados vivos. Eslavos e Escandinavos apressavam a morte de seus pais enfermos. (COSTA, 2001 p.93).

Em Esparta, cidade-estado eminentemente militarista, as crianças nascidas com deficiências físicas que as tornassem inadequadas para o combate eram jogadas do alto do monte Taijeto. (PLUTARCO, 2012).

A eutanásia foi confundida por muitos autores como eugenia. A eugenia é um termo criado em 1883 por Francis Galton, que era primo de Charles Darwin, e baseado em sua obra sobre a origem das espécies nomeou pela primeira vez essa prática, influenciado pelo conceito de seleção natural.

Galton, definiu brilhantemente eugenia “como sendo o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações, seja física ou mentalmente”. Galton propôs então a seleção artificial para essa seleção da raça humana. A eugenia foi um instrumento de “higienização social”, Isso ficou bastante evidenciado na Segunda Guerra Mundial, com a ideologia de pureza racial, a qual culminou no Holocausto. Existem relatos de que nessa época havia o Aktion T4, um programa onde, de início, médicos assassinavam doentes incuráveis após um crítico exame. Em 1939, Hitler assinou um “decreto da eutanásia”, onde autorizava médicos a praticarem eutanásia para conceder a morte de misericórdia. No entanto, esse programa passou a ser utilizado

pela Alemanha Nazista para “esterilizar” pessoas não desejadas e que não faziam parte da raça pura. Essa prática foi usada com o partido nazista, que tinha como líder Adolf Hitler. O Aktion T4 ou Programa Eutanásia foi intenso nos anos iniciais da Segunda Guerra, quando Hitler ampliou seu projeto de limpeza étnica. O alvo foram marcados como “indignos de viver”. Os judeus já vinham sendo perseguidos, e com o início do confronto mundial, foram os principais alvos do sistema nazista. Os alemães tinham fins eugenistas, pretendia-se, originariamente, eliminar pessoas com deficiências, portadores de doenças incuráveis e idosos. Esse programa foi apontado como o causador de mais de 275 mil mortes entre os anos de 1939 e 1941. Mesmo durante o fim da Segunda Guerra, alguns países europeus continuaram sua prática. A esterilização foi usada de forma discreta, na Suíça, por exemplo. No entanto, há relatos de que a prática da eugenia já existia há bastante tempo. Relata Platão sobre seu posicionamento conforme artigo a seguir:

Platão em sua obra intitulada A República, escrita no século IV a.C. descrevia que a sociedade se aperfeiçoava por processos seletivos. Na Esparta, por exemplo, já se aplicava a eugenia frente aos recém-nascidos. A eugenia era tratado como higiene racial. Platão, Sócrates e Epicuro defendiam a ideia de que o sofrimento resultante de uma doença dolorosa justificava o suicídio. Platão encorajava velhos, enfermos incuráveis e os deficientes mentais a se matarem para ajudar a sociedade a progredir economicamente. (FRIEDE, 2021).

No Brasil, também houve esse movimento eugênico. Além do mais, o Brasil foi o primeiro país da América do Sul a ter a eugenia de forma organizada. Em 1918 foi criada em São Paulo a Sociedade Eugênica. Esse movimento aqui foi bastante Heterogêneo, trabalhando com a saúde pública e saúde psiquiátrica. A parte menos radical do movimento foi dirigida ao saneamento e higiene. Por outro lado, também existiu um fenômeno bastante semelhante à eutanásia e eugenia, foi a disgenia. Disgenia é um estudo sobre genes defeituosos que se propaga em uma espécie ou população. O homem primitivo vivia em ambiente diferente, assim, existia a seleção natural, que mantinha uma baixa frequência de genes nocivos e isso promovia uma seleção natural da espécie. No entanto, com o passar do tempo, o homem começou a se adaptar a esses ambientes, e com isso houve o aumento da reprodução desse

tipo de gene. Com o avanço da tecnologia, esses genes foram destruídos para evitar a contaminação do restante da espécie. (FRIEDE, 2021).

### **3.5 Os Costumes dos povos antigos**

É importante frisar que a eutanásia e o suicídio assistido eram muito praticados na Grécia e Roma antigas. Na cidade de Marselha, por exemplo, existia um depósito público de cicuta a disposição de todos que pretendessem se suicidar.

Em Atenas, é essencial destacar que o Senado tinha o poder absoluto de decidir sobre a eliminação de velhos e incuráveis, dando o conium maculatum – bebida venenosa, em cerimônias especiais que difere dos dias atuais onde há divisão entre os três poderes: legislativo, executivo e judiciário.

### **3.6 A visão dos Filósofos**

Os filósofos: Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates, entretanto, condenavam o suicídio. Hipócrates, particularmente, era avesso à eutanásia. Ele deixou registrado em seu juramento assertivamente que : “a ninguém darei, para agradar, remédio mortal, nem conselho que o induza à perdição”.

A eutanásia é tão complexa que assim como o suicídio, aparecem até mesmo na Bíblia: O Rei Saul, ferido em batalha, lançou-se sobre a sua própria espada com a intenção de se matar, mas não conseguiu. Depois solicitou a um amalequita que lhe tirasse a vida.

A eutanásia surgiu no Novo Testamento bíblico onde consta que no calvário os soldados romanos deram a Jesus uma esponja embebida de vinagre, que fora por ele recusada. Segundo Cícero e Dioscórides, antes de ser zombaria e crueldade, este ato foi piedoso e visava amenizar o sofrimento de Cristo, pois a bebida oferecida seria o vinho da morte, uma mistura de vinagre e fel que “produzia um sono profundo e prolongado, durante o qual o crucificado não sentia nem os mais cruentos castigos, e por fim, caía em fadiga, passando à morte insensivelmente”.

No entanto, admitida na antiguidade, a eutanásia só foi realmente condenada a partir do judaísmo e cristianismo, em cujos princípios a vida tinha o caráter sagrado. Desse modo, foi a partir do sentimento que cerca o direito moderno que a eutanásia passou a ser criminalizada. ( COSTA,2001, p.93).

### **3.7 O Posicionamento dos Doutrinadores**

O debate sobre o tema eutanásia evoluiu ao longo da história da humanidade, com a participação, dentre outros, de Lutero, Thomas Morus (Utopia), David Hume (On suicide), Karl Marx (Medical Euthanasia) e Schopenhauer.

Por outro lado, para Hegel, na sua filosofia, entoava: “tenho a vida e o corpo porque são meus, tudo depende da minha vontade. Assim, o homem pode matar-se e mutilar-se a seu entendimento”.

Hegel se mostrou liberal em seu ponto de vista que difere do ponto legal jurídico da configuração do homicídio privilegiado eutanásia.

O doutrinador Nelson Hungria, corretamente, por outro lado, defendia que: “a mais elementar prudência aconselha que nenhum homem, a pretexto de piedade, ante o padecimento alheio, se atribua a faculdade ou o direito de matar”.

O brilhante Binet Sanglé propôs na França a criação de um tribunal composto por um médico, um psicólogo e um jurista exclusivamente para julgar pedidos de eutanásia.

Um dos primeiros países a descriminalizar a eutanásia foi o Uruguai, em 1934, onde foi introduzida no Código Penal a figura do “homicídio piedoso”. Tal inovação legislativa foi elaborada sob influência dos ensinamentos de Jiménez de Asúa que, a partir de 1925, elaborou diversas palestras que geraram extrema repercussão naquele país e da Espanha.

O doutrinador Immanuel Kant, indagava incoerentemente que : “Se vale a pena viver e se a morte faz parte da vida, então, morrer também vale a pena”.

Já o doutrinador Arthur Schopenhauer era realista e ecoava que: “Para todo ser vivo, o sofrimento e a morte são tão certos como a existência”.

Posteriormente, em 1993, foi modernizado os pontos de vista da eutanásia e ainda sobre influência de Asúa, inaugurou-se na Holanda uma jurisprudência que tolerava a eutanásia. Em 2002, finalmente, foi legalizada e regulada a prática da eutanásia, a qual só pode ser realizada mediante um criterioso procedimento. Tal legislação permite, inclusive, que menores possam requerer a eutanásia (com o consentimento dos responsáveis).

Vários pedidos de eutanásia foram julgados em outros países, dentre os quais na Inglaterra, onde alguns pedidos foram deferidos.

Desde então, em maio de 1997 a Corte Constitucional da Colômbia estabeleceu de forma liberal que: "ninguém pode ser responsabilizado criminalmente por tirar a vida de um paciente terminal que tenha dado seu claro consentimento". Esta posição estabeleceu uma grande polémica e discussão nacional entre as correntes favoráveis e contrárias.

Vale ressaltar que a Colômbia foi o primeiro país sul-americano, a exceção do Uruguai, a constituir um “movimento de direito à morte”, ou seja, legalizaram a eutanásia que se iniciou em 1979.

A seguir discorre o artigo seguinte sobre a lei dos direitos dos pacientes terminais que autorizava a eutanásia, mas que foi certamente revogada a eutanásia onde explica o autor Friede que:

Em alguns territórios do Norte da Austrália esteve em vigor de 1996 a 1997 a Lei dos Direitos dos Pacientes Terminais, que autorizava a eutanásia. A lei foi revogada apesar das pesquisas de opinião acusar que os australianos eram, na sua maioria, favoráveis à eutanásia. (FRIEDE, 2021).

Ouve uma tentativa frustrada de se inserir a eutanásia no estado de Oregon, nos Estados Unidos, entretanto a legislação foi suspensa pela Suprema Corte. Ronald Dworkin fala sobre uma interessante prática adotada nos Estados Unidos ao defender que :

Hoje, todos os estados americanos reconhecem alguma forma de diretriz antecipada: ou os “testamentos de vida” (documentos nos quais se estipula que certos procedimentos médicos não devem ser utilizados para manter o signatário vivo em circunstâncias específicas) ou as “procurações para a

tomada de decisões em questões médicas” (documentos que indicam outras pessoas para tomar decisões de vida e de morte em nome do signatário quando este já não tiver condições de tomá-las). (DWORKIN,2016,p.102).

No Brasil a eutanásia é tipificada como homicídio privilegiado pelo Código Penal:

Art. 121. Matar alguém: Pena- reclusão, de seis a vinte anos. A morte assistida, por sua vez, é considerada crime de Induzimento, instigação ou auxílio a suicídio:

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

O Código de Ética Médica, por fim, estabelece o seguinte:

Art. 6º. O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Ademais, é vedado ao médico: Art. 66. Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

Percebe-se, assim, que a legislação brasileira não admite a eutanásia, legislação esta que pode ser considerada retrógrada, tendo em vista a legislação de outros países.

Dentre os críticos da legislação brasileira, podemos citar Walter Ceneviva, que considera intolerável comparar a eutanásia ativa com a passiva. Segundo ele se distingue “com bastante clareza a situação daqueles onde a morte é adiada mediante recursos científicos que prolongam a vida sem nenhuma utilidade, sem qualquer benefício para o paciente”. Nesse mesmo viés, é possível ser defendido que:

As atuais máquinas das unidades de terapia intensiva, que mantêm a vida de modo artificial, criaram uma diversa realidade científica, que nada tem a

ver com a eutanásia defendida por Sócrates e Platão, criticada por judeus e cristãos. O direito precisa adaptar-se a essa realidade. Precisa encontrar-se com ela, para perceber que os velhos argumentos sobre a eutanásia estão superados, porque estranhos às novas situações. Acham-se desajustados das UTIs com seus técnicos, computadores e cateteres enfiados por todas as artérias dos pacientes. A lei, enquanto direito escrito, está atrasada. Vem a reboque da ciência. Haverá um momento em que a legislação terá de atribuir a alguém (ao cônjuge, ao filho mais velho, ao irmão) o direito e a autoridade de mandar desligar as máquinas. (FRIEDE, 2021).

Grande parte dos doutrinadores, com visão puramente formalista do Direito Penal, defendem a tipificação da eutanásia e do suicídio assistido. Ressalta a Constituição Federal Brasileira em seu artigo 5 que:

Para alguns autores, A morte digna elimina a dimensão material-normativa do tipo (tipicidade material), pois a morte, neste caso, não é reprovável. Não existe, como dito, resultado jurídico negativo. O bem jurídico: vida; é ponderado em face de outros valores constitucionais igualmente básicos, tais como a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da Constituição), a liberdade e a autodeterminação (art. 5º).

É certo que o próprio artigo 5º da Constituição assegura a inviolabilidade da vida, mas não existem direitos absolutos. A própria Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica) diz que:

Ninguém pode ser privado da vida "arbitrariamente" (art. 4º). O que se quer dizer é que a morte deve ser punida se for arbitrária, abusiva, desarrazoada. Quando há interesse relevante em jogo, que torna razoável a lesão ao bem jurídico: vida, não há que se falar em resultado jurídico negativo. Ao contrário, trata-se de resultado aceitável. (Pacto de San José da costa rica art:4).

Assim, a princípio, o direito a morte digna é constitucionalmente admissível, podendo a eutanásia ser permitida no Brasil por meio de legislação ordinária, sendo que havendo motivação razoável, devidamente fundamentada, não há como deixar



de realizar o enquadramento no respectivo tipo material do fato, considerando ser resultado jurídico não desvalioso. Essa conclusão parece ser válida seja para a ortotanásia ou para a eutanásia, ou ainda para a morte assistida, ou também para o aborto anencefálico. Nessas situações, desde que presentes algumas “sérias, razoáveis e comprovadas condições”, não se configura uma morte arbitrária ou abusiva ou homicida (de natureza criminosa) (GOMES apud FRIEDE, 2021).

### **3.8 O Contexto Religioso sobre a Eutanásia**

A Igreja Católica, em 1956, posicionou-se de forma contrária a eutanásia por ser contra a "Lei de Deus".

O Papa Pio XII, numa alocução aos médicos, em 1957, aceitou, contudo, a possibilidade de que a vida possa ser encurtada como efeito colateral (e não intencional) da utilização de drogas para diminuir o sofrimento de pacientes com dores insuportáveis. Desta forma, utilizando o princípio do duplo efeito, a intenção é diminuir a dor, porém o efeito colateral do tratamento pode ser a aceleração da morte do paciente.

João Paulo II, em 1980, publicou a Declaração sobre eutanásia, onde admite o tratamento de duplo efeito e a suspensão ou redução de esforços extraordinários para prolongar a vida de pacientes terminais, notadamente quando o tratamento passa a ser considerado inútil (terapia fútil).

Deve salientar, ademais, que a Igreja Católica já fixou o entendimento que a determinação do momento da morte é um ato estritamente médico, sendo atribuição da ciência da Medicina definir a partir de que ponto um paciente terminal ainda tem vida, tal como entendemos condizente com a do ser humano.

Nesse viés, a suspensão do tratamento de indivíduo com morte encefálica não é condenada pela Igreja, pois a medicina considera a interrupção irreversível da atividade cerebral como marco para a definição da morte. Assim, o desligamento dos equipamentos não chega sequer a ser considerado eutanásia, pois o paciente já está morto.

Deve salientar também que, no Brasil, a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480/97 estabelece um procedimento clínico uniforme e seguro para se constatar a morte encefálica.

A eutanásia e a morte assistida são técnicas de pôr fim a vida de pacientes em estado terminal e que padecem de dores crônicas e insuportáveis.

Estas modalidades de morte digna não são novidades, eram muito praticadas por povos pré-históricos e na antiguidade. Na verdade, remontam ao início da civilização, decorrentes, talvez, do sentimento mútuo de compaixão e solidariedade humana.

Hordienamente, muito se discute sobre a eutanásia, sendo certo que a legislação da maioria dos países civilizados condena tal prática, apesar da mesma ser uma realidade social.

No Brasil, a eutanásia é totalmente proibida, sendo tipificada inclusive como crime. Em outros países, especialmente na Neerlândia (Países Baixos), a prática já é regulada por lei, sendo utilizada em vários casos, inclusive para minimizar o sofrimento de pacientes com enfermidades em estágio avançado.

Contudo, a referida previsão normativa brasileira pode estar cada vez mais perto de sofrer alguma modificação, isto porque:

Devido aos avanços da medicina, começaram a surgir questionamentos que antes inexistiam, a exemplo do dever moral do médico manter vivo indefinidamente um paciente que se encontra em estado vegetativo, sem a menor condição de recuperação.

Ademais, a legislação penal que trata da eutanásia no Brasil é criticada por estudiosos, sendo taxada como retrógada e descompassada com a realidade social. A descriminalização da eutanásia e a sua regulamentação parecem ser importantes passos a serem seguidos pelo legislador pátrio. (FRIEDE, 2021).

Assim, há 2 (dois) lados que são difíceis de serem equilibrados.

De um lado, não se quer ter a propriedade do direito de cessar a vida de uma pessoa sob a decisão suprema de um ser humano, o qual poderia haver o risco de se pôr fim a ela de maneira prematura. Por outro lado, tem-se o debate ético, conforme visto acima, de que o prolongamento da vida de alguém que está notoriamente sofrendo as sequelas de uma doença em estágio terminal ou que já se encontra em estado vegetativo com morte cerebral devidamente decretada é um meio ineficaz de se resolver a vida de um paciente.

Defende-se nesta pesquisa que apenas Deus pode decidir o tempo e o dia da morte de cada pessoa. Não deveria ser uma preocupação humana decidir quem deve viver ou morrer, pois a morte é inevitável e tal decisão deve ser unicamente de Deus, consoante previsão bíblica de Eclesiastes, capítulo 8, versículo 8, cuja transcrição aponta que: “Nenhum homem há que tenha domínio sobre o Espírito, para o reter, nem tampouco tem ele poder sobre o dia da morte, como também não há licença nesta peleja, nem tampouco a impiedade livrará os ímpios”.

#### **4. A EUTANÁSIA SOB A ÓTICA DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA:(TESTAMENTO VITAL)**

A declaração antecipada de vontade, também chamada testamento vital ou diretrizes antecipadas, é um conjunto de instruções e vontades apresentadas por uma pessoa especificando que tratamento deseja receber no caso de padecer de uma enfermidade para a qual a medicina atual não dispõe de cura ou tratamento que possibilite ao paciente uma vida saudável física e mentalmente. É utilizada no caso de uma pessoa não se encontrar capaz de prestar consentimento informado de forma autônoma. O testamento vital é feito pelo próprio indivíduo enquanto se encontra são e pode ser usado para guiar o tratamento de um paciente desde que respeite a ética médica. A legislação quanto ao uso do testamento é diferente dependendo do país, porém, é consentido em grande parte deles que o paciente tem

direito de decidir sobre o tratamento médico que receberá à iminência da morte. A ideia do testamento vital é permitir a uma pessoa uma "morte digna", a evitar tratamentos desnecessários para o prolongamento artificial da vida ou que tem benefícios ínfimos. Em geral, as instruções destes testamentos aplicam-se sobre uma condição terminal, sob um estado permanente de inconsciência ou um dano cerebral irreversível que, além da consciência, não possibilite que a pessoa recupere a capacidade para tomar decisões e expressar seus desejos. Em alguns casos, dependendo do país, na ausência de testamento vital, a família é autorizada a tomar as decisões que teriam sido deixadas pelo paciente se o tivesse feito em sanidade mental.

A eutanásia consiste na ação (eutanásia ativa) ou omissão (eutanásia passiva) de um terceiro (que pode ou não ser profissional de saúde), realizada à pedido do paciente com o objetivo de abreviar a vida do paciente com uma doença terminal e/ou incurável. Significa dizer que há três requisitos para a eutanásia: ação ou omissão, pedido expresso do paciente, diagnóstico de terminalidade e/ou incurabilidade. Assim, na eutanásia passiva o autor da prática deixa de fazer algo com o objetivo direto e imediato de provocar a morte do paciente, atendendo a um pedido deste. A ortotanásia, por outro lado, consiste na limitação de uso de recursos médicos, farmacêuticos e tecnológicos em pacientes com diagnóstico de terminalidade e/ou incurabilidade. Aqui, o objetivo não é abreviar a vida do paciente, mas reconhecer que a doença tem seu curso natural e que o prolongamento artificial da vida biológica não é benéfica para o paciente.

Importante ressaltar que os Cuidados Paliativos são uma abordagem reconhecida pela Organização Mundial de Saúde cujo objetivo é reconhecer o curso natural da doença ameaçadora da vida e cuidar do paciente, aliviando a dor e os sintomas para que a morte chegue no tempo certo. Aqui, o objetivo do profissional de saúde não é abreviar a vida do paciente (eutanásia ativa ou passiva) nem prolongar artificialmente essa vida (distanásia). Salientando-se, por fim, que tanto a eutanásia quanto a distanásia são práticas proibidas pelo Código de Ética Médica e, portanto, os médicos que as realiza está sujeito a punição dos conselhos regional e federal de Medicina.

#### **4.1 Discriminação e Descriminação**

Discriminação é a conduta de transgredir os direitos de uma pessoa, baseando-se em raciocínio sem conhecimento adequado sobre a matéria, tornando-a injusta e infundada.

Pode ocorrer em diversos contextos, porém o contexto mais comum é o social, através da discriminação social, cultural, étnica, política, religiosa, sexual ou etária, que podem, por sua vez, levar à exclusão social.

Na esfera do direito, a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial, de 1966, em seu artigo 1º, conceitua discriminação como sendo:

Qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha o propósito ou o efeito de anular ou prejudicar o reconhecimento, gozo ou exercício em pé de igualdade de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, económico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública.

Descriminação, por sua vez, é o ato jurídico de isentar um crime, ou de excluir a criminalidade ou a antijuricidade de um fato. Descriminalização é o ato legal de excluir da criminalização fato abstrato antes considerado crime.

#### **4.2 Os impactos da Eutanásia em meio ao COVID-19**

A Pandemia é usada como arma para travar a eutanásia no acervo mundial, onde devido o surto pandémico, levou ao Brasil a decretar o estado de calamidade pública nº 46.984/2020, que estabelece as medidas para monitoramento dos impactos da covid-19, e dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no país de estrangeiros provenientes dos países que relaciona a recomendação da agencia nacional de vigilância sanitária-ANVISA; criado ainda, para reduzir alíquotas dos impostos sobre produtos industrializados- IPI, instituindo

também o serviço social autônomo denominado: Agencia para o desenvolvimento da atenção primária a saúde – ADAPS. E como não bastasse as demais medidas e os auxílios emergenciais em meio ao isolamento, com o agravamento da pandemia, o distanciamento social mais severo, chamado lockdown, passa a ser considerado como uma medida para evitar um número maior de contaminação pelo novo coronavírus e de conseguinte, evitando a eutanásia através das punições para quem descumpri o lockdown, o qual restringi constitucionalmente a circulação da população em lugares públicos, limitando para questões essenciais como ir a farmácias, supermercados ou hospitais. Podendo acarretar multas em pró de um bem maior que é o pacto pela vida.

#### **4.3 COVID -19: O Drama dos Médicos Especializados em “Fim de Vida” no Mundo.**

Não é porque se está em um período centrado em emergências que se deve esquecer a humanidade, dizem os profissionais especializados em "cuidados paliativos" no fim da vida, uma categoria importante da medicina francesa. Os especialistas neste tipo de cuidado também estão na linha de frente da pandemia galopante de coronavírus para tentar evitar qualquer "submersão" ao desespero, sobretudo para os pacientes em estado grave da Covid-19. Para os agentes de saúde responsáveis, para o alívio de pessoas com formas graves de Covid-19, que enfrentam ansiedade, dor e asfixia, e que não serão capazes de se beneficiar da reanimação artificial, o desafio é aprender com o que aconteceu na Alsácia, uma região muito afetada pela doença na França. Relata Friede a Seguir:

Em Mulhouse, em particular, as equipes não estavam preparadas para a chegada maciça de pacientes, disse o professor Régis Aubry, ex-presidente da Sociedade Francesa de Cuidados Paliativos (SFAP), que trabalha em uma unidade de um hospital universitário na região de Bourgogne Franche Comté (centro). De repente, o SFAP, em consulta com outros especialistas (geriatras, ressuscitadores, pneumologistas) foi mobilizado para ajudar e treinar colegas de saúde.

Para alguns pacientes, a reanimação pode ser inalcançável: "Fazer uma triagem é essencial para os médicos da reanimação e fazem o tempo todo", lembra o professor Olivier Guerin, presidente da sociedade francesa de gerontologia e geriatria (SFGG). (FRIEDE, 2021).

Garantir "apaziguamento". Assim, mesmo antes da era do Covid-19, para certas doenças crônicas, como "insuficiência respiratória grave, é essencial, sabe-se que a ressuscitação ou reanimação não é benéfica a longo prazo, não faremos com que sofram por nada", diz o Dr. Thibaud Soumagne ressuscitador do Hospital Universitário de Besançon, que também é pneumologista afirma Friede:

Neste hospital, como em outros lugares, foi criada uma unidade de cuidados paliativos para a Covid19. Mas se as necessidades de ressuscitação excederem em muito a oferta disponível no país, as pessoas que poderiam se beneficiar delas correm o risco de serem privadas. Aconteça o que acontecer, as abordagens terapêuticas oferecidas a todos os estabelecimentos de saúde e médico-sociais, mas também em casa, no contexto da epidemia na França, não visam a eutanásia, lembra o SFAP, que publicou propostas emitidas e folhas de conselhos terapêuticos de emergência para locais afetados pela saturação hospitalar ou que provavelmente serão saturados em breve. (FRIEDE, 2021).

O objetivo é "proporcionar alívio aos pacientes mais afetados" em caso de dificuldades respiratórias ou angústia. No entanto, com "a escassez de midazolam (Hypnovel) para adormecer, a falta de morfina assim como de seringas elétricas", o Dr. Bernard Devalois, médico em cuidados paliativos em Bordeaux alerta contra "a tentação da eutanásia" que os cuidadores de lares de idosos podem sentir quando confrontados com os mesmos mergulhados em sofrimentos horríveis, como a asfixia. Bernard Devalois lamenta, a esse respeito, "a ausência de um estoque estratégico de midazolam", que ele afirma ter "proposto constituir, quinze anos atrás, no caso de uma pandemia.

Os sintomas respiratórios são muito provocadores de ansiedade. Os ansiolíticos melhoram o conforto do paciente. Alguns por via oral são úteis, mas não podem mais ser usados nos estágios finais do desconforto respiratório. Na fase de asfixia, a urgência é implementar sedação profunda muito rapidamente", recomenda

o Dr. Devalois. As agências regionais de saúde (ARS) devem pedir às farmácias dos hospitais que forneçam estoques suficientes dos medicamentos necessários para asilos e pequenos hospitais, sugere Friede que:

O professor Claude Jeandel, presidente do Conselho Nacional de Geriatria Profissional, solicite ao Ministro da Saúde o acesso aos medicamentos recomendados pelo SFAP “para tratamento digno da angústia respiratória asfixia do grande número de residentes que não têm hospitalização e que morrerão em asilos”. (FRIEDE, 2021).

O modelo atual não está adaptado ao atendimento estruturado de idosos e pessoas com doenças crônicas na cidade, observa o professor Guérin, culpa segundo Friede que: “há ausência de médicos coordenadores nos asilos, com poderes para prescrever em situações de emergência, e de enfermeiros noturnos”. (FRIEDE, 2021).

De fato, não só no regimento francês, como aqui no Brasil, há asilos geriátricos que falta medicações, e os demais materiais essenciais para a profilaxia, alimentação e saúde dos idosos e até mesmo dos próprios profissionais de saúde, que devido à desvalorização remuneratória, há uma escassez, ausência de enfermeiros em plantões tanto diurno, quanto noturno. E por falta de boa gestão do poder executivo brasileiro, o COVID chega ao Brasil sem aviso prévio e com tamanha falta de equipamentos e leitos emergenciais, ocorre as terríveis mortes de inúmeros povos e inclusive as lamentáveis mortes dos profissionais da saúde!

Nos países onde a eutanásia e o suicídio assistido são legais, há planos de se enviar comprimidos letais pelo correio para as pessoas que os solicitarem. Kim Callinan, uma das líderes do movimento pró-eutanásia nos EUA, afirmou que o coronavírus é uma oportunidade para o suicídio assistido. “A telemorte está ganhando importância como modalidade crucial de prestar assistência médica”, escreveu ela. Em poucas palavras, o paciente se consulta com o médico por teleconferência para receber diretamente em casa os comprimidos que o levarão à morte.

Já nos Estados Unidos, ao contrário, diversas clínicas do colosso abortista Planned Parenthood estão fechando a pedido de alguns estados (aqui um exemplo), como Texas, Ohio e Mississippi. Por outro lado, há um aumento nos pedidos por



serviços de aborto em casa (com a pílula Ru486) e nas consultas médicas por teleconferência.

Enquanto no Reino Unido, onde a lei requer que dois médicos aprovem o procedimento, treze deles pediram ao secretário de Saúde, Matt Hancock, a alteração da norma a fim de que apenas um médico ou enfermeiro ou obstetra dê a aprovação por causa da situação de emergência que exige que os profissionais de saúde cuidem de outras coisas. Mas Hancock foi além, permitindo o aborto em casa, algo nunca legalizado no Reino Unido, em nome do estado de exceção. No dia 25 de março, contudo, o governo voltou atrás. Mas a ideia agradou tanto que até a Irlanda do Norte está tentando liberar o aborto em casa.

Mesmo na Itália, há quem comece a denunciar a falta de abortos para fazer avançar na mesma causa. Portanto, enquanto alguns defendem que se salve vidas a qualquer custo, faz-se de tudo para eliminar outras, aproveitando a situação de emergência para conseguir algo que aumentará a quantidade de bebês mortos.

Mas não tornou a Itália, um país altruísta onde se repete sempre que é preciso ficar em casa e não ir nem mesmo à Missa ou à igreja para proteger as pessoas mais frágeis? Essa questão não pode nos impedir de perceber que a lógica do “vamos ficar todos em casa” nem sempre é tão altruísta assim. Há quem a obedeça (desejando a morte de quem põe um pé para fora de casa) porque, na realidade, eles estão mais interessados em salvar a própria pele do que os idosos, porém nem todos têm ciência para socorrer, e ficar em casa é uma forma de socorro a sua própria vida e a vida dos outros, pois evita as proliferações dos vírus.

Claro que se poderia argumentar que a eutanásia é uma escolha, enquanto ficar doente de coronavírus, não. Contudo, o raciocínio cai por terra diante da lógica do aborto a qualquer custo, quando, em nome da saúde e liberdade humanas (não sendo aceitável que sejam elas cessadas), há disposição para matar um ser inocente. Desse modo, só dá para desconfiar que a generosidade (da qual o mundo parece, de uma hora para outra, ter-se tornado capaz) é apenas uma retórica politicamente correta (e também muito cômoda) que se ocupa de si mesma, sem se preocupar com o bem comum, o futuro ou com a saúde da Itália, que em breve pode ficar literalmente de joelhos.

A lógica da autopreservação pode ser de fato a mesma do aborto: “Morte sua, vida minha”. Talvez por isso aqueles que levantam a hipótese de que só os idosos devem ser mantidos em quarentena e as pessoas sãs com menos de 55 (cinquenta

e cinco) ou 60 (sessenta anos) anos devem pegar o vírus para tentar adquirir imunidade de rebanho, correndo o risco de serem apedrejados.

Tudo isso informa que a liberdade não é fazer o que se quer: abortar, matar e, no caso do coronavírus, até se privar dele - aguardando que elas faleçam -, inclusive que o vírus cesse seu ciclo de transmissão e, com alguma sorte, não atinja as pessoas envolvidas. A liberdade é afirmar o bem, um bem maior (o comum) do que o interesse humano e, portanto, também se deve se sacrificar pelo outro.

O fim da vida é um assunto espinhoso. Não chega só para quem viveu uma vida plena, tranquila, e agora se despede tranquilamente da existência. O fim da vida pode ser uma luta contra uma doença incurável, contra dores insuportáveis e sem alívio, contra a falta de esperança. E a morte, às vezes, é dolorosamente demorada. Para abreviar o sofrimento, alguns optam por terminar a vida com o suicídio assistido. Existem também os médicos que, por pena, matam seus pacientes terminais para acabar com a dor. A isso se dá o nome eutanásia, palavra cuja etimologia vem do grego e significa "boa morte"

No Brasil, a discussão sobre a autonomia do paciente quanto à própria morte ainda é incipiente. Não há qualquer projeto sobre o assunto tramitando na Câmara dos Deputados, por exemplo. O paciente terminal não tem muitas opções no fim da vida. Ele pode continuar o tratamento ou apenas esperar a morte chegar. Nesse caso, a opção é o cuidado paliativo — um conjunto de ações tomadas por uma equipe interdisciplinar de médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e outros profissionais que se juntam para tornar a vida do paciente o mais confortável possível.

Busca-se, acima de tudo, a qualidade de vida. Trabalha-se a vida, enquanto ela existe, em uma abordagem multidisciplinar. Há o alívio da dor e dos sintomas, a avaliação dos procedimentos invasivos, mas também se enxerga o paciente como um ser vivo, que tem espiritualidade, que tem uma família que também precisa de apoio, explica Anelise Pulschen, diretora do Hospital de Apoio de Brasília. No hospital, há uma ala dedicada a esse tipo de cuidado, e a maioria dos pacientes são oncológicos. A novidade é uma pequena área inaugurada para cuidado de pacientes geriátricos. O tratamento paliativo não acontece apenas nos últimos dias. É, na verdade, um trabalho que deveria começar com o diagnóstico (CONTAIFER, 2016).

O paciente em cuidados paliativos não necessariamente fica no hospital — alguns recebem atendimento domiciliar, outros comparecem ao hospital apenas para

procedimentos. Quando a doença avançou tanto que o que resta é esperar, alguns pacientes preferem ou precisam do hospital para aplacar as dores. Nesse tipo de cuidado, não há UTI, entubação ou ressuscitação. "Não antecipamos nem adiantamos a morte, deixamos acontecer", resume Anelise (apud CONTAIFER, 2016).

Por sua vez, para a Medicina, é importante ressaltar que, de acordo com José Hiran Gallo, doutor em bioética e diretor do Conselho Federal de Medicina, a determinação médica hoje é garantir a autonomia do paciente, porquanto este tem o direito de decidir se quer o tratamento ou não, e o médico tem que aceitar essa decisão. No caso do paciente debilitado, se ele declarou alguma pessoa para representar suas decisões, as informações serão consideradas. Nos dias atuais, há demasiada preocupação com a garantia de uma morte digna (apud CONTAIFER, 2016).

Se o paciente não tem chance de recuperação, ele raramente vai para a UTI. O procedimento padrão é mandar o paciente para a casa, para o aconchego dos familiares, para passar os momentos finais perto de quem ama, com excelentes tratamentos paliativos. O médico não pode dar um tratamento desumano ao paciente que está na fase final. Não se adia a morte por meio de métodos reanimatórios de alguém que está sofrendo sem esperança", conforme explicação de Gallo (apud CONTAIFER, 2016).

A ortotanásia, que também é apontada como eutanásia passiva, e que significa: morte correta, continua sendo a forma mais indicada para lidar com o paciente que está vindo a óbito.

Já na perspectiva religiosa, as opções para abreviar a vida também são rechaçadas por diversas religiões. O consenso é o mesmo do suicídio, e só quem pode tirar a vida é quem a deu: o deus de cada religião. Dom Flávio Irala, presidente do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs do Brasil, elucida a questão, defendendo que as igrejas ainda não possuem uma posição consolidada sobre o assunto, e não há uma posição definida. Os religiosos, em geral, valorizam a vida com privilégio, aptidão, bem assim costumam ser contrários a tudo o que atenta contra isto. Trata-se de tema que ainda precisa de muita discussão (CONTAIFER, 2016).

Na concepção do espiritismo, por exemplo, a provação de viver com a doença e o sofrimento é um tipo de castigo. "O espiritismo considera que as doenças são efeitos relacionados aos ajustes de atentados cometidos contra a lei de Deus.

Devemos aproveitar as enfermidades, mesmo as mais graves, como lições, ainda que dolorosas, as quais, sem dúvidas, nos fornecem melhores condições no plano espiritual e nas próximas reencarnações", explica, em nota, a Federação Espírita Brasileira que: "Pai Nino Dosumare", da Federação de Umbanda e Candomblé de Brasília e do Entorno, conta que as religiões entendem o assunto de forma parecida com o espiritismo. "Não aceitamos suicídio. Não tem perdão porque um ser superior nos deu a vida. E só ele pode tirar" (CONTAIFER, 2016).

#### **4.4 Distinção de Surto, Epidemia, Pandemia e Endemia**

O surto é um aumento inesperado do número de infectados por determinada doença em uma região específica. Um exemplo são os casos de dengue: quando muitos casos ocorrem no mesmo bairro de uma cidade, por exemplo, as autoridades tratam esse crescimento como um surto.

Por sua vez, a epidemia ocorre quando o número de surtos cresce, abrangendo várias regiões de determinada cidade, considerando uma epidemia no município, mas, um surto em escala estadual. Se o caso se espalhar para outras cidades, por sua vez, considera-se que há uma epidemia em determinado estado, porém, em escala regional. A exemplo o Ebola, que passou a ser considerado uma epidemia em 2014, após atingir diversos países na África.

Já a pandemia é o pior dos cenários quando o assunto são áreas infectadas: acontece quando uma epidemia alcança níveis mundiais, afetando várias regiões ao redor do globo terrestre. Para a OMS declarar a existência de uma pandemia, países de todos os continentes precisam ter casos confirmados da doença. Antes mesmo da Pandemia do Covid-19, a última vez que algo do tipo aconteceu foi em 2009, quando a gripe A (ou gripe suína) foi declarada uma pandemia.

E uma endemia não está relacionada à quantidade, mas à grande frequência de casos de uma doença em determinada região. Um exemplo disso é a febre amarela: o Norte do Brasil é considerado uma região endêmica da infecção.

#### 4.5 Letalidade e Mortalidade em tempos de Pandemia do Covid-19

De acordo com a OMS: Organização Mundial de Saúde, uma característica importante de uma doença infecciosa, particularmente aquela causada por um novo patógeno como o SARS-COV-2, é de relevante gravidade, cuja medida final é sua capacidade de causar a morte. As taxas de mortalidade nos ajudam a entender a gravidade da doença, identifica populações em risco e avalia a qualidade dos cuidados de saúde. Existe duas medidas usadas para avaliar a proporção de indivíduos infectados com desfecho fatal. O Primeiro é a taxa de mortalidade por infecção (infection fatality ratio-IRF), que estimam a proporção de mortes, em meio a todos indivíduos infectados. O Segundo é a taxa de letalidade, (case fatality ratio-CFR), que estimam a proporção de mortes em meio aos casos confirmados identificados. Para medir a IFR com precisão, deve-se ter conhecimento do quadro completo do número de infecções e mortes causados pela doença. Consequentemente, no estágio inicial da pandemia, a maioria das estimativas de mortalidade se baseou nos casos detectados por meio de vigilância e foi calculada usando métodos brutos, dando origem a estimativas amplamente variáveis da CFR por país: desde menos de 0,1% a mais de 25%. Para a COVID-19, como para muitas doenças infecciosas, o verdadeiro nível de transmissão é frequentemente subestimado porque uma proporção substancial de pessoas com a infecção não é detectada por serem assintomáticas ou apresentarem sintomas leves, e portanto, normalmente não procurarem as unidades de saúde. Também pode haver casos diagnosticados incorretamente e atribuídos a outras doenças com quadro semelhante a gripe. As diferenças na mortalidade entre grupos de pessoas e países são importantes indicadores indiretos do risco relativo de morte, os quais orientam as decisões políticas em relação à alocação dos escassos recursos médicos durante uma Pandemia COVID-19 em curso. Esta síntese científica, tem o objetivo de ajudar os países a estimarem a CFR e, se possível, levando em conta também possíveis vieses em suas estimativas.

Não existem tantas UTIs superlotadas ao longo do tempo, em comparação com o que se teve com a Pandemia; e as emergências hospitalares nunca foram tão negligenciadas, quanto foram desde 2019, devido à falta científica governamental brasileira que foi insana ao permitir a entrada e proliferações do

Covid-19 no Brasil e, após as confirmações de vários casos de óbitos por COVID, é que se teve a autorização legal dos EPIs, e aparelhos de utensílios essenciais para salvar o maior número de vida possível, tais como: Ventilador Pulmonar, monitor mutiparamétrico, desfibrilador, oxímetro, ECG, entre outros. E, ao exercer a carga horária de 12 x 36, deve ser dito que é exaustiva e é chegado o tempo da mudança por meio da Lei nº 14.434/2023 que altera o Piso da Enfermagem, algo de extrema valia, pois os respectivos profissionais precisam de recursos para que exerçam as áreas em plenas condições Psíquicas e Físicas em sentido encéfalo-caudal, para melhor atender a todos os pacientes sem distinção de raça, cor, etnia, religião, nacionalidade, dentre outros parâmetros. E todos agradecem a Deus e ao Instituto Butantan, além dos demais laboratórios que criaram a vacina, pela superação da Medicina em vencer mais este desafio e proporcionar a cura do COVID para os profissionais de linha de frente e para os cidadãos, de acordo com cada grau de risco de saúde e de conseguinte, proporcionando-lhes prolongamento de vida saudável.

Para tanto, abaixo é destacada a taxa de mortalidade do COVID-19 por país, bem assim no Brasil:

#### 4.6 Taxa de Mortalidade do COVID-19 Por País:

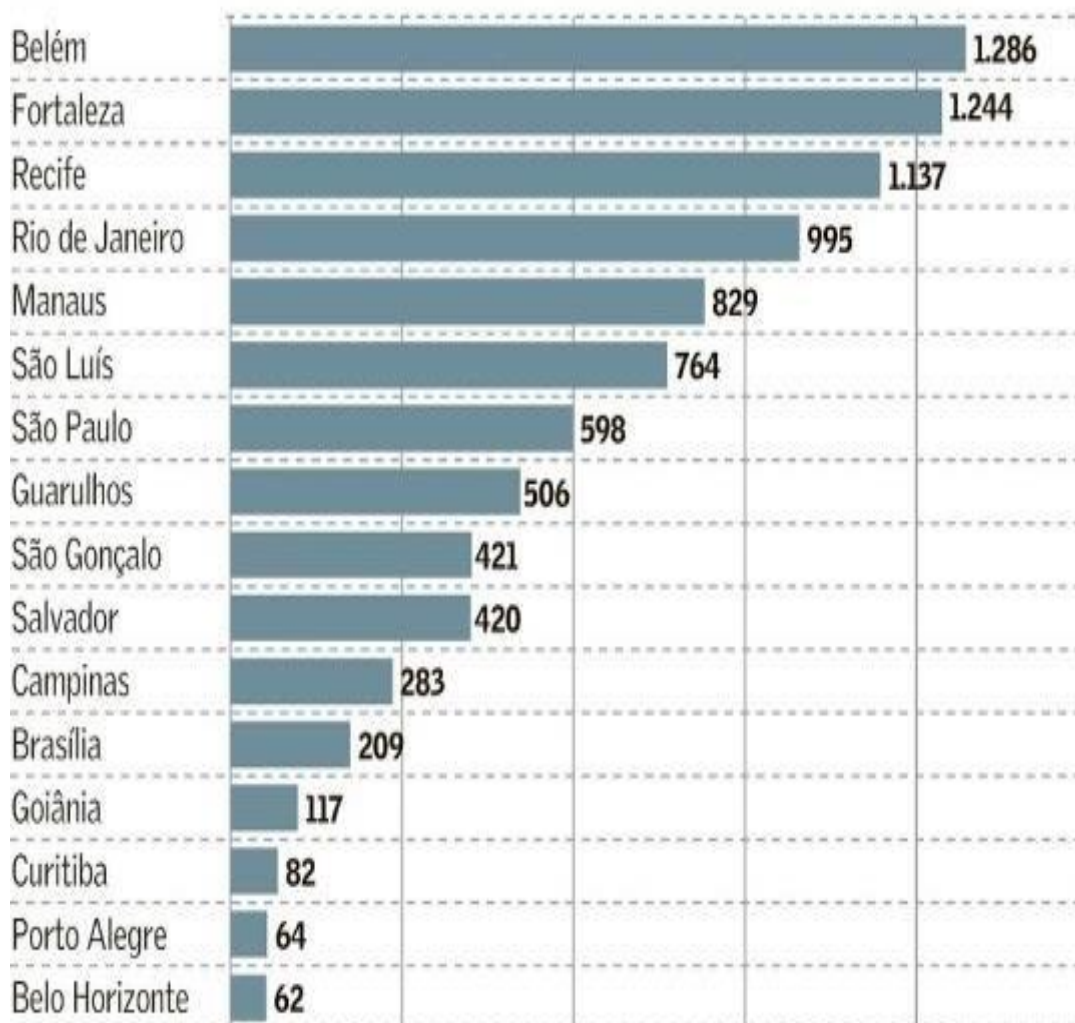
<b>Países</b>	<b>Casos Confirmados</b>	<b>Mortes</b>	<b>Taxa de óbitos</b>
china	80.976	3.193	3,94
Itália	21.157	1.441	6,81
irã	12.729	611	4,80
Coreia do Sul	8.086	72	0,89
Espanha	6.043	191	3,16
França	4.499	91	2,02
Alemanha	4.181	8	0,19
EUA	2.657	50	1,88
Suíça	1.355	13	0,95
Reino Unido	1.140	21	1,84
Noruega	1.042	2	0,19
Holanda	959	12	1,25
Suécia	948	2	0,21
Dinamarca	804	0	0
Japão	1.483	29	1,95
Áustria	655	1	0,15
Bélgica	689	4	0,58
Qatar	337	0	0
Austrália	247	3	1,21
Malásia	238	0	0

Fonte: Organização Mundial da Saúde - OMS

## Mortalidade alta nas metrópoles

Cidades com mais de 1 milhão de habitantes sofrem com Covid-19

### ■ Mortes por milhão de habitantes (em 03/07)



Fonte: Ministério da Saúde



#### **4.7 O Surgimento das Vacinas Contra o COVID-19 em meio a Pandemia**

No dia 21 de Março de 2021, o Brasil recebe 1.022.400 doses de vacinas contra COVID-19 por meio do Mecanismo COVAX, um esforço global da Coalizão para Promoção de Inovações em prol da Preparação para Epidemias (CEPI), da Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (Gavi), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A chegada é uma iniciativa sem precedentes e marca um passo histórico em direção ao objetivo de garantir a distribuição equitativa das vacinas contra a COVID-19 no mundo. Esta será a maior operação de aquisição e fornecimento de vacinas da história global. A entrega faz parte de uma primeira fase de distribuição de doses para o Brasil. Mais vacinas estão previstas para chegar ao país ao longo deste ano. O Fundo Rotatório da OPAS, responsável pela aquisição via Mecanismo COVAX das vacinas contra a COVID-19 para os países das Américas, enviou ao Brasil as 1.022.400 doses da vacina AstraZeneca/Oxford – fabricada pelo SK Bioscience, da Coreia do Sul. O desembarque do produto ocorrerá no aeroporto internacional de Guarulhos, no estado de São Paulo, onde fica a Coordenação de Armazenagem e Distribuição Logística de Insumos Estratégicos para a Saúde (COADI) do Ministério da Saúde do Brasil. Em seguida, os imunizantes serão distribuídos conforme o Plano Nacional de Vacinação. A vacina AstraZeneca fabricada pelo SK Bioscience, da Coreia do Sul, é da mesma plataforma (tipo) que a fabricada em solo brasileiro pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). É um produto seguro e de qualidade, tendo aprovação para uso emergencial tanto da OMS quanto da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Este é um grande passo para se conseguir salvar vidas, deter a propagação da COVID-19 e voltar ao novo normal. Deve-se continuar a trabalhar dia e noite, em conjunto com as autoridades de saúde do Brasil e entes parceiros, para viabilizar a chegada de mais vacinas e ajudar em tudo o que diz respeito à vacinação e ao fortalecimento das medidas de saúde pública, de modo a se enfrentar juntos a COVID-19, pois “se cada um fizer a sua parte, sairemos mais rápido e mais fortes desta pandemia”, avalia Socorro Gross, representante da OPAS e da OMS no Brasil.

A chegada desse primeiro lote de vacinas, e dos demais que serão entregues ao longo do ano, é uma esperança para todos, incluindo crianças e adolescentes, que ainda não podem se vacinar.

Embora eles não sejam os mais afetados diretamente pela COVID-19, eles sofrem fortemente as consequências da crise provocada pela pandemia, com impactos profundos na educação, na saúde mental, na proteção contra a violência e na segurança alimentar. Ampliar a vacinação dos adultos é um passo importante para controlar a pandemia e começar a reimaginar um futuro melhor, mais seguro e saudável para todos, em especial crianças, adolescentes e suas famílias, afirma Florence Bauer, representante do UNICEF no Brasil.

Desde o início da pandemia, o Sistema ONU no Brasil tem trabalhado com as três esferas de governo, empresas e a sociedade civil para identificar e atender as necessidades de brasileiras e brasileiros na resposta à crise sanitária e a seus efeitos socioeconômicos. O primeiro caso de COVID-19 foi notificado no território brasileiro em fevereiro de 2020. Desde então, o país confirmou 11.950.459 casos e 292.752 mortes em decorrência da infecção pelo SARS-CoV-2, vírus causador dessa doença, segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil de 20 de março de 2021.

O COVAX busca fornecer vacinas para entre 10% e 20% da população de cada país participante ao longo de 2021. Até que as vacinas alcancem de forma ampla a população, as medidas preventivas permanecerão sendo a base da resposta à pandemia. Para as autoridades de saúde pública, isso significa continuar a fazer testes de diagnóstico, rastreamento de contatos, isolamento, quarentena assistida e atendimento de qualidade. Para os indivíduos, significa evitar aglomerações, continuar com o distanciamento físico, higienizar as mãos, usar máscaras e manter os ambientes ventilados. A Organização PanAmericana da Saúde (OPAS) trabalha com os países das Américas para melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações. Fundada em 1902, é a organização internacional de saúde pública mais antiga do mundo. Atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas e é a agência especializada em saúde do sistema interamericano.

## 4.8 Dignitas

Uma das clínicas mais controversas do mundo é a suíça Dignitas (cujo lema é "viver com dignidade; morrer com dignidade"), fundada em maio de 1998. Sem afrontar as leis do país, ela oferece aos pacientes com doenças terminais a oportunidade de morrer em seus próprios termos, incluindo aconselhamento pessoal, garantia de que seus últimos desejos sejam cumpridos e suporte legal.

Não é simples ser aceito. É preciso ser um membro da associação, pagar uma taxa, ter um mínimo de mobilidade, ter uma doença terminal, uma deficiência incapacitante ou viver sob dor incontrolável e insuportável. É preciso ainda escrever uma carta pedindo ajuda da clínica, com uma breve biografia e relatórios médicos recentes que falem sobre o diagnóstico, o prognóstico e os tratamentos sugeridos. Quem mora fora da Suíça precisa, ainda, ter disponibilidade para viajar até a clínica. Uma junta médica suíça analisa caso a caso. Não é só ter dinheiro — é preciso se encaixar nas regras. O ato final, de engolir a pílula ou abrir a válvula de acesso intravenoso, deve ser feito pelo paciente. Por isso, o mínimo de mobilidade é necessário.

Na Holanda, o suicídio assistido e a eutanásia são previstos em lei no país, desde que o paciente sofra de uma doença incurável e esteja sentindo dor insuportável que não tenha chance de melhora. O paciente também precisa fazer o pedido de ajuda para morrer estando consciente.

Por sua vez, na Suíça, o suicídio assistido é permitido desde que os responsáveis pelo acompanhamento não o façam por motivos egoístas. É preciso provar que o paciente sabia do que aconteceria e queria ajuda para morrer. A eutanásia ainda é considerada crime. Não é preciso ser cidadão suíço para passar pelo procedimento.

Já na Bélgica, a eutanásia é permitida desde 2002. Os médicos podem ajudar o paciente a morrer desde que ele tenha uma condição irreversível, em sofrimento mental e físico constante. A relação entre o médico e o paciente precisa ser longa, e é preciso que o paciente manifeste desejo de morrer. Em 2010, a Bélgica se tornou pioneira em eutanásia infantil.

Nos Estados Unidos, a eutanásia ainda é ilegal, mas o suicídio assistido é permitido em alguns estados. O paciente precisa ser maior de idade, ter prognóstico

de menos de seis meses de vida, fazer pedido verbal e por escrito diante de uma testemunha e ter o laudo de dois médicos. É prescrito um coquetel de drogas e o paciente deve ingeri-los por conta própria.

Em Luxemburgo, desde 2009, permite-se eutanásia e suicídio assistido nos mesmos moldes da Bélgica.

Na Alemanha, o suicídio assistido é permitido, mas o país discute alguns projetos de lei para delimitar as regras. É proibido oferecer o serviço, então, empresas não podem auxiliar no processo.

No Canadá, o suicídio assistido é permitido. Contempla apenas adultos em sofrimento físico e mental prolongados, portadores de doenças incuráveis. A lei só é válida para canadenses natos e estrangeiros residentes no país.

Na Colômbia, é o único país da América Latina que permite o suicídio assistido. É preciso que o paciente seja portador de uma doença terminal, esteja em sofrimento e faça o pedido consciente.

Portanto, já há bastantes ponderações normativas mundo afora, permanecendo o Brasil na linha de que determinadas práticas devam permanecer tipificadas como criminosas, mas a pressão de parte da opinião pública pode motivar alguma modificação no ordenamento jurídico brasileiro, inclusive por meio do perdão judicial, o que já é prática em outros locais.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Eutanásia e suicídio assistido são práticas proibidas no Brasil, as duas opções são meios de acelerar a morte, seja por decisão médica, seja por decisão do paciente com a enfermidade pandêmica do covid-19, ou por qualquer outra patologia. A eutanásia é mais polêmica porque, neste caso, o paciente não opina: ou está inconsciente, ou sem lucidez. O médico decide abreviar a vida para acabar com o sofrimento.

A linha mais aceita no mundo é o suicídio assistido. O paciente, ainda lúcido, com um mínimo de capacidade motora, toma a decisão e deve ser o responsável pelo ato final, seja tomar um remédio, seja abrir espaço para a via endovenosa.

No Brasil, a eutanásia e o suicídio assistido são crimes e é enquadrado como homicídio privilegiado, já que há clara intenção de matar para fins misericordiosos e piedosos. No caso da eutanásia, o homicídio pode ser doloso ou culposo, a depender da conduta do médico.

Caso haja substância de injeção letal, por exemplo, o homicídio é doloso. No caso do suicídio assistido, qualquer pessoa que auxilie ou instigue o suicídio no Brasil está cometendo um crime, previsto no artigo 121 e 122 do Código Penal.

A constitucionalidade da ortotanásia ainda é questionada no âmbito judicial. Oposta ao caso dos Estados Unidos, por exemplo, onde o paciente pode firmar um documento declarando que não quer medidas extraordinárias ou que quer que desliguem os aparelhos em caso de coma, o brasileiro não tem essas escolhas.

O enfermo no Brasil, pode registrar em cartório, no chamado testamento vital, se quer ou não seguir tratamento no caso de perder as faculdades mentais na decorrência da doença. O procedimento não é previsto em lei, mas é aceito pela classe médica.

O testamento comum no Brasil, não dispõe sobre essas questões, uma vez que só passa a ter validade a partir da morte. O máximo que se pode fazer no Brasil,

é decidir o que fazer com o corpo após o óbito, se a pessoa quer ser enterrada ou cremada.

Por fim, resta confirmada a hipótese, tendo em vista que, embora haja a tipificação penal de determinadas prática para abreviação da vida do enfermo, ao mesmo tempo é viável para os profissionais de Medicina, amparados pela opinião da família, serem perdoados judicialmente, em casos pontuais e com a devida verificação das condições de saúde, inclusive grau de sofrimento, do paciente.

## REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Lucy Antonelli Domingos. **Aspectos Jurídicos da Eutanásia**. 2007. 89p. Trabalho de Conclusão de Curso. (Bacharelado em Direito) – Centro de Ciência Jurídicas, Universidade Estadual do Ceará Fortaleza, 2007.
- BRANDÃO, Cláudio. **Curso de Direito Penal**: parte geral. 1.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2008. 393p.
- COSTA, Álvaro Mayrink. **Direito Penal**: parte especial. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003. 87p.
- CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal**: parte geral. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.
- ELPÍDIO, Donizetti. **Novo Código de Processo Civil**. São Paulo: Atlas, 2017.
- FRANÇA, Genival Veloso: **Medicina Legal**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 380p.
- FONSECA, Pedro H.C.; FONSECA, Maria Paula. **Direito do Médico- De acordo com o novo CPC**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2016. 250p.
- FÜHERER, Maximiliano Cláudio Américo: **Resumo de Processo Penal**. 21.ed. São Paulo: Malheiros, 2006.
- FERREIRA, Luciano Maia Alves. **Eutanásia e suicídio assistido**. Curitiba: APPRIS, 2018.
- GRECO, Rogério. **Curso Direito Penal**: parte especial: introdução à teoria geral da parte especial: crimes contra a pessoa. 6. ed. Niteroi: Impetus, 2009. v. 2
- GUIZZO, Retieli. **A Eutanásia no Ordenamento Jurídico Brasileiro**. 2017. 62 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito). Centro de Ciências Jurídicas, Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, 2017.
- Karl Marx: **Medical-Euthanasia**. [S. l.] : [s. n.] (Schopenhaué).
- MARTELETO, Adriano Goldinho. **Eutanásia, ortotanásia e diretivas antecipadas de vontade**: o sentido de viver e morrer com dignidade. Curitiba: Juruá, 2016
- MORAES, Alexandre. **Direito constitucional**. 13. ed. São Paulo: Alas, 2013.
- PLUTARCO. Demostenes e Cícero. **Vidas Paralelas**: Tradução do Grego, Introdução por Marta Várzeas. 2. ed. Coimbra: Universidade de Coimbra. 2012.
- SANTOS, Sandra Cristina Patrício. **O direito e liberdade de escolha**. 2011. 196p. Trabalho de Conclusão de Curso. (Bacharelado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas, Faculdade de letras da Universidade de Coimbra, 2011.
- TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

## ANEXOS A - Estatística da Eutanásia no Acervo Mundial

Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática
A par da década de 1980
Suíça: Surgimento das
primeiras instituições de
apoio à morte assistida
Maio 2013
EUA (Vermont):
Legalização do suicídio
Assistido
Fevereiro 2014
Bélgica: Remoção da
restrição de idade
para prática de
Eutanásia
Janeiro 2016
Canadá (Quebed):
Ocorre o primeiro caso
de morte assistida
Junho 2016
Canadá: Data limite
para regulamentação
da morte assistida
nas províncias
Fevereiro 2015
Canadá: Legalização
do suicídio assistido
da eutanásia voluntária
Abril 2015
Colômbia: Legalização
da eutanásia



Julho 2015
Colômbia: Ocorre a primeira eutanásia
Março 2009
Luxemburgo: Legalização da eutanásia assistida e do suicídio assistido.
Setembro 2015
Reino Unido: Rejeição do “Projeto de lei da morte assistida” que propunha a legalização
Outubro 2015
EUA (Califórnia): Legalização do suicídio Assistido (“Ato” de opção do fim).

## ANEXOS B – Ortotanásia

A prática é chamada de ortotanásia, diferente da eutanásia. Segundo o Conselho, a eutanásia é o procedimento que antecipa uma morte inevitável. Isso, pelas leis brasileiras, é homicídio. No caso da ortotanásia, agora regulamentada pelo CFM, o médico desliga os aparelhos e a morte ocorre naturalmente, sem indução.



## ANEXOS C - Distanásia

A distanásia é o prolongamento artificial da vida e do sofrimento do paciente.



## ANEXOS D – Injeção letal da eutanásia

A injeção letal é o método usado pelos 32 Estados americanos onde há pena de morte. A maioria recorre a um coquetel composto por um anestésico (Pentobarbital ou Tiopental), um agente bloqueador muscular (Brometo de Pancurônio) e Cloreto de Potássio, que provoca parada cardíaca.



## ANEXOS E- Mistanásia

Mistanásia: morte miserável, Leonard Martin à sugeriu como: 1- Pacientes que vem a orbito sem condições econômicas, para conseguir atendimento hospitalar. 2- Pacientes vítimas de erro médico. (Negligência).

Neste caso de mistanásia, a culpa é exclusiva do médico que agiu com descuido, negligência e pode responder penalmente por omissão de socorro. Relata o autor costa a evolução do homicídio negligente que comina em pena privativa de liberdade conforme o artigo 121 do código penal. ( COSTA,2001,p121).

