



Núcleo de
Prática Jurídica

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE DIREITO, NEGÓCIOS E COMUNICAÇÃO
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA
COORDENAÇÃO ADJUNTA DE TRABALHO DE CURSO
MONOGRAFIA JURÍDICA

EUTANÁSIA E TRANSTORNOS MENTAIS:
UMA ANÁLISE DO DIREITO À MORTE DIGNA NO ORDENAMENTO JURÍDICO
BRASILEIRO

ORIENTANDO: ARTUR MARQUES DE ALMEIDA PIRES
ORIENTADORA: PROFA. DRA FERNANDA DA SILVA BORGES

GOIÂNIA-GO
2023

ARTUR MARQUES DE ALMEIDA PIRES

EUTANÁSIA E TRANSTORNOS MENTAIS:
UMA ANÁLISE DO DIREITO À MORTE DIGNA NO ORDENAMENTO JURÍDICO
BRASILEIRO

Monografia Jurídica apresentada à disciplina Trabalho de Curso II, da Escola de Direito, Negócios e Comunicação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGOIÁS). Prof.^a Orientadora: Dra. Fernanda da Silva Borges

GOIÂNIA-GO

2023

ARTUR MARQUES DE ALMEIDA PIRES

EUTANÁSIA E TRANSTORNOS MENTAIS:
UMA ANÁLISE DO DIREITO À MORTE DIGNA NO ORDENAMENTO JURÍDICO
BRASILEIRO

Data da Defesa: ___ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda da Silva Borges Nota

Examinador (a) Convidado (a): Prof. (a): Dra. Cláudia Luiz Lourenço Nota

A todos que em meio ao labirinto do sistema de saúde pública, os estigmas dos transtornos mentais e à sombra dos manicômios, enfrentam batalhas silenciosas em busca de dignidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Criador por me conceder coragem e sabedoria durante o caminho da graduação, assim como me dar forças diante as provações.

Agradeço aos meus pais, Aparecida e Roberto, assim como minha irmã, avós e tias que nunca mediram esforços para contribuir com minha jornada acadêmica. Sempre ajudaram em minha criação, me apoiaram e proporcionaram um amor incondicional que é a fonte de minha força para continuar e enfrentar as adversidades.

Agradeço aos meus amigos pelo suporte integral, por compreenderem a minha ausência enquanto escrevia esta monografia e por fazerem parte ativa dessa jornada, contribuindo tanto diretamente quanto indiretamente.

À Liga Acadêmica de Estudos Políticos, que com imenso orgulho ocupo a vice-presidência, expresso minha gratidão por todos os ensinamentos que proporciona.

À minha professora orientadora Dra. Fernanda Borges, que não hesitou em me orientar em um tema tão turbulento e guiou em cada passo do processo. Agradeço à professora Dra. Cláudia Luiz Lourenço, que prontamente aceitou compor a banca e colaborou com o desenvolvimento da monografia. Agradeço também à professora Dra. Eliane Romeiro Costa, minha orientadora da Iniciação Científica que me iniciou na pesquisa e que nos últimos três anos me acompanha nessa jornada acadêmica.

“Existirmos a que será que se destina?” (Caetano Veloso)

*“Só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à pergunta fundamental da filosofia. O resto, se o mundo tem três dimensões, se o espírito tem nove ou doze categorias, vem depois.”
(Albert Camus)*

RESUMO

A presente monografia tratou da discussão sobre o Direito à Morte Digna e, especificamente, sobre a eutanásia para pacientes com transtornos mentais. Com objetivo de analisar a viabilidade, bem como os impedimentos, da inserção do Direito à Morte Digna no ordenamento jurídico brasileiro. Destacando a eutanásia como uma opção legítima para pacientes que não só sofrem de enfermidades físicas terminais, mas também de transtornos mentais severos. O método adotado foi o comparativo, envolvendo a análise de leis estrangeiras, normas nacionais, além de obras das áreas de bioética, psicologia, antropologia e filosofia. Estatísticas recentes também foram consideradas. Os resultados apontaram para a precariedade da legislação brasileira em relação à discussão da eutanásia, e evidenciaram um debate acadêmico ainda incipiente quanto à sua aplicação em pacientes com transtornos mentais. Conclui-se que para a aplicação no Brasil é necessário melhoras no sistema público de saúde, bem como extrema cautela, a fim de evitar que o Direito à Morte Digna seja desvirtuado e utilizado como um meio de práticas eugenistas.

Palavras-chave: Eutanásia. Transtornos Mentais. Direito à Morte Digna. Autonomia.

ABSTRACT

This dissertation addressed the discussion of the Right to Die with Dignity, specifically focusing on euthanasia for patients with mental disorders. The purpose was to analyze the feasibility and obstacles to incorporate the Right to Die with Dignity into the Brazilian legal system, emphasizing euthanasia as a legitimate option for patients suffering not only from terminal physical illnesses, but also severe mental disorders. The adopted method was the comparative method, applying the analysis of foreign laws, national legislation, as well as works from the fields of bioethics, psychology, anthropology, and philosophy. Recent statistics were also taken into account. The results pointed to the inadequacy of Brazilian legislation regarding the euthanasia debate, highlighting an academic discussion that is still in its early stages concerning its application to patients with mental disorders. It is concluded that, for implementation in Brazil, improvements in the public healthcare system are necessary, along with extreme caution to prevent the Right to Die with Dignity from being distorted and used as a means for eugenic practices.

Keywords: *Euthanasia. Mental Disorders. Right to Die with Dignity. Autonomy.*

SUMÁRIO

RESUMO	6
INTRODUÇÃO	10
1 DIFERENÇA ENTRE ORTOTANÁSIA, DISTANÁSIA, SUICÍDIO ASSISTIDO E EUTANÁSIA.....	12
1.1 ASPECTOS HISTÓRICO DA EUTANÁSIA	14
1.2 DIREITO À MORTE DIGNA	17
2 TERMINAÇÃO ANTECIPADA DA VIDA NA LEGISLAÇÃO ESTRANGEIRA	21
2.1 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	21
2.2 CANADÁ	22
2.3 URUGUAI.....	23
2.4 COLÔMBIA	23
2.5 ALEMANHA.....	24
2.6 SUÍÇA	25
2.7 AUSTRÁLIA	25
2.8 NOVA ZELÂNDIA.....	27
2.9 LUXEMBURGO.....	28
2.10 PAÍSES BAIXOS.....	28
2.11 BÉLGICA.....	31
3 EUTANÁSIA NA BIOÉTICA: ASPECTOS ÉTICOS, PSICOLÓGICOS E LEGAIS.....	33
3.1 EUTANÁSIA PARA PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS.....	34
3.1.1 Salvaguardas para eutanásia	37
3.2 EUTANÁSIA NO ORDENAMENTO JURÍDICO PÁTRIO	38
3.2.1 A colisão entre Direitos Fundamentais.....	45
CONCLUSÃO.....	47

REFERÊNCIAS.....49

INTRODUÇÃO

A discussão sobre a eutanásia geralmente se concentra em casos de doenças terminais físicas, como o câncer. No entanto, existe uma necessidade de abordar a questão da morte antecipada para pacientes com transtornos mentais, como aqueles que sofrem de depressão maior, transtorno bipolar e estresse pós-traumático. Visto que esses transtornos da mente não são visíveis, a sociedade muitas vezes os ignora, perpetuando tabus enraizados na tradição judaico-cristã.

Inicia-se o trabalho com a diferenciação e explicação dos termos eutanásia, distanásia, ortotanásia e suicídio assistido, seguindo suas etimologias e origens.

O recorte histórico da pesquisa aponta desde o início da sociedade, indo além da ascensão das ciências clínicas, que é evidente que a depressão e o suicídio têm raízes tão antigas quanto a própria humanidade. A tristeza tem sido uma companhia constante ao longo da jornada da humanidade, e a melancolia, por assim dizer, faz parte da constituição humana, sendo inerente à consciência da mortalidade. (MORIN, 1974)

Lidar com a eutanásia envolve uma série de complicações éticas, morais e jurídicas, especialmente quando se considera o conflito com o direito à vida. No entanto, não seria a morte digna também um direito humano? Alguns países, como Bélgica, Países Baixos e Suíça, possuem legislação que permite a antecipação da morte em casos específicos, legislação que é explorada nesta monografia, com cada salvaguarda e trâmite para o processo clínico e legal.

No Brasil, o Código Penal criminaliza o "induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio," com pena de até seis anos, além de prever a majoração da pena em certos casos e mantém a eutanásia tipificada como homicídio, podendo ser privilegiado. As leis nacionais e as orientações do Conselho Federal de Medicina oferecem aos pacientes terminais apenas o tratamento paliativo, prolongando suas vidas e, por vezes, o sofrimento, sem garantir um final de vida digno.

Utiliza-se o método comparativo para esta monografia, com análise comparativa da legislação brasileira e estrangeira. Esta pesquisa justifica-se na busca pela legalização da eutanásia no Brasil em casos de transtornos mentais irreversíveis. É necessário fazer uma análise abrangente sob a ótica social e jurídica, identificando as barreiras, possibilidades e mudanças necessárias nas leis vigentes,

além de explorar as nuances bioéticas, filosóficas e antropológicas.

Ressalta que a discussão da eutanásia quando aplicada a transtornos mentais e o suicídio, tratados nesta monografia, pode ser sensível e desencadear gatilhos. Para aqueles que se sintam afetados por essa temática, é fundamental buscar apoio. O Centro de Valorização da Vida (CVV), disponível através do número 188, é uma organização que oferece suporte para pessoas que estejam passando por momentos difíceis.

1 DIFERENÇA ENTRE ORTOTANÁSIA, DISTANÁSIA, SUICÍDIO ASSISTIDO E EUTANÁSIA

A morte é e sempre foi um debate social constante, por alguns vista como o fim e para outros o início. Com nuances entranhadas em todos os campos de estudo, como filosofia, antropologia, sociologia e principalmente teologia, buscando dar um sentido à vida, que tem a morte como única certeza.

Com intuito de preservar e prolongar a vida, a medicina fez vários avanços através dos séculos, mas ainda existe a dificuldade ao tratar enfermidades mais graves e dar uma vida digna aos pacientes. Nessa discussão sempre é abordada a situação de paciente terminais, com as mais diversas mazelas físicas, como câncer, Parkinson, esclerose múltipla e outros, estes passam por um sofrimento desumano que em alguns casos a terminação antecipada da vida parece a única solução onde já não há mais esperança.

Com o intuito de preservar o bem-estar do paciente, existem diversas abordagens, sendo elas a Ortotanásia, Distanásia, Suicídio Assistido e Eutanásia. A Ortotanásia é uma forma de seguir um curso natural da vida, caracterizando a inação para tratamento de quem está sofrendo, onde a iniciativa médica será apenas para mitigar as dores causadas pela doença, mas sem tratar a doença. Para a Ortotanásia não existe um objetivo de prolongar, tão pouco encurtar a vida do paciente, apenas oferecer um final de vida sem dores, visando a dignidade da pessoa humana trazendo cuidados paliativos, com alívio da dor e conforto do paciente.

Com a Distanásia a vida da pessoa é prolongada através de tratamentos, um neologismo grego de *Dis* (errado, mau) e *Thánatos* (morte), logo, uma forma errada ou maldosa, vez que tem como único objetivo manter a pessoa viva sem a consideração de sua dignidade ou sofrimento.

A literatura mostra a Distanásia como um gasto elevado e forma de manter a dor do paciente:

[...]identificou-se que a distanásia, em seu dia a dia, como uma morte sofrida, com muita dor, introduzindo tratamento agressivo que só prolonga o processo de morrer. Desse modo, constata-se que também existe o prolongamento do sofrimento, e não da vida, conseqüentemente, sem nenhum benefício terapêutico e acarretando gastos elevados para a instituição. (Félix *et al*, 2013, p. 2744)

O tratamento nesse caso tem como único objetivo manter a vida do indivíduo em estado terminal totalmente debilitado, já nos casos de doenças mentais perpetua

o sofrimento psíquico do paciente para atender expectativa alheias, indo em contraposto ao artigo 5º, Inciso III, da Constituição Federal “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (BRASIL, 1988).

O Suicídio Assistido, uma forma de Eutanásia passiva, é discutido quando um paciente que sofre de uma doença terminal quer terminar sua vida de forma antecipada, nesse caso a morte é ocasionada pelo próprio indivíduo, mas assistida por um terceiro. A antecipação da morte dessa pessoa seria assistida por um médico que após o paciente ingerir ou administrar a medicação para morrer, teria ao seu lado um médico para garantir que tudo ocorra conforme o desejo do paciente.

A Eutanásia tem origem no grego, onde "eu" significa "boa" e "thánatos" significa "morte", portanto, a eutanásia é compreendida como uma "boa morte" ou "morte piedosa", apresentada como tema mais controverso e delicado, é uma forma de morte antecipada, mas diferente do tópico anteriormente tratado, é necessário a ação de um terceiro para isso. Hoje a Eutanásia significa a permissão e até mesmo o auxílio para apressar a morte de alguém em estado de sofrimento (SADOCK *et al.*, 2016). Eutanásia é vista como uma solução para rapidamente aliviar um sofrimento imenso, que geralmente seria prolongado pela Distanásia, de tal forma livra a pessoa da dor quando a morte já é irremediável.

Os debates que envolvem a Eutanásia são carregados de questões éticas e morais, os que estão a favor da Eutanásia argumentam que é uma forma de respeito a decisão do paciente, protegendo seus Direito à Vida, Autonomia Individual, Dignidade da Pessoa Humana e Direito à Morte Digna em contraste com o Direito à Vida. Já aqueles que estão contra essa prática dizem que os cuidados paliativos devem ser priorizados, preocupam com a possibilidade de abuso caso seja normatizado, até argumentos religiosos que extrapolam a ética e entram na seara moral.

No campo utilitarista, é possível aplicar a visão de Peter Singer, na qual o Princípio da Utilidade está relacionado à felicidade, e aquilo que é moralmente correto deve levar em consideração a capacidade de proporcionar algo de bom à pessoa em questão. Ele defende que a moralidade de uma ação não depende apenas do bem-estar do agente individual, mas sim do bem-estar geral de todas as pessoas envolvidas. Segundo essa perspectiva, o bem-estar consiste na satisfação das preferências e desejos das pessoas, que devem ser maximizados, focando no

bem-estar coletivo e na promoção da felicidade geral, através da realização das preferências das pessoas. De tal maneira Singer aponta “respeite o desejo de uma pessoa de viver ou não” (SINGER, 1996, p. 197), exemplificando um posicionamento de um pensador do campo ético.

1.1 ASPECTOS HISTÓRICO DA EUTANÁSIA

Através do globo várias culturas trataram e tratam a Eutanásia de forma diferente, desde os Assírios na Mesopotâmia que praticavam a Eutanásia no Crescente Fértil, contudo de forma brutal, até os gregos. Na Grécia Antiga uma das maiores imagens da cultura ocidental, Sócrates, morreu por Suicídio Assistido tomando veneno de cicuta e ao final dizendo “A morte pode ser a maior de todas as bênçãos humanas”. Os médicos gregos eram responsáveis por tratar o paciente e quando fosse irreversível era sua responsabilidade terminar a vida do indivíduo, até que Hipócrates escreveu o Juramento que versava “A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda” (REZENDE, 2009).

Novamente, na Grécia, especialmente em Atenas, Massália e Ceos, os magistrados possuíam um estoque de veneno de cicuta. Quando alguém desejava terminar sua vida, era necessário apresentar seu caso a perante o Senado e, com a devida permissão, receberia o veneno de um juiz (ALVAREZ, 1999). A fala do filósofo grego Libanius foi transcrita por Durkheim em sua obra, expondo os detalhes desse procedimento para esta forma de suicídio assistido:

Que aquele que não quer viver mais tempo exponha as suas razões ao Senado e deixe a vida se o Senado lhe der autorização para partir. Se a existência te é odiosa, morre; se o destino te é opressivo, bebe a cicuta. Se o peso da dor te faz andar curvado, abandona a vida. Que o infeliz relate os seus infortúnios, que o magistrado lhe forneça o remédio e a miséria cessará. (Libanius *apud* Durkheim, 1992, p. 329)

Para os Celtas, era tradição que os filhos matassem seus pais quando estes alcançassem uma idade avançada e adoecessem. Já na Índia, os doentes incuráveis eram levados até a margem do rio Ganges, com suas narinas e boca obstruídas com barro e posteriormente lançados ao rio para a morte, como descrito por Goldim (2000).

Conforme Gracia (*apud* PESSINI, 2004), a eutanásia pode ser dividida

historicamente em três períodos distintos: eutanásia ritualizada, medicalizada e autônoma.

Na eutanásia ritualizada, encontrada na Grécia e em Roma, há relatos de práticas como o abandono de recém-nascidos com malformações ou anomalias, ou até mesmo o ato de jogá-los nas rochas, como era feito em Esparta. Essa forma de eutanásia também foi identificada em várias outras culturas, demonstrando sua continuidade ao longo do tempo.

A eutanásia medicalizada refere-se à aplicação de práticas eutanásicas realizadas por profissionais de saúde, com base em critérios médicos e em prol do bem-estar do paciente. Esse tipo de abordagem ganhou destaque em momentos específicos da história, como durante o regime nazista, quando ocorreram atrocidades médicas que envolviam a eliminação de pessoas com deficiências ou doenças consideradas indesejáveis.

Por fim, a eutanásia autônoma diz respeito ao direito individual do paciente tomar a decisão de encerrar sua própria vida, especialmente em casos de doenças terminais ou sofrimento insuportável. Essa forma de eutanásia valoriza a autonomia e a liberdade de escolha do indivíduo.

Ao longo da história e em diferentes culturas, a eutanásia tem sido praticada de diversas maneiras, seja como parte de rituais culturais, através de intervenções médicas ou como uma opção autônoma. Essa diversidade de abordagens reflete as diferentes visões e normas éticas que moldaram a compreensão e aceitação da eutanásia em contextos sociais e culturais variados.

O debate no tema apresenta uma extensa produção literária, contando com a contribuição de diversos pensadores e filósofos. Entre eles, destacam-se figuras como Lutero, Thomas More (em sua obra "*Utopia*" onde diria ser aceitável em caso de doenças incuráveis e com o aval do padre e magistrado), David Hume (em seu ensaio "*On suicide*"), Karl Marx (em seu trabalho sobre a "*Medical Euthanasia*"). Ainda tratado por Schopenhauer da seguinte forma:

Eles nos dizem que o suicídio é a maior covardia; que apenas um louco poderia ser culpado disso; e outras insipidezes do mesmo tipo; ou então eles fazem a afirmação absurda de que o suicídio é errado; quando é perfeitamente óbvio que não há nada no mundo ao qual todo homem tenha um título mais incontestável do que sua própria vida e individualidade. (SCHOPENHAUER, 1913, p.43) (Tradução Livre)

Em 1605, o filósofo inglês Francis Bacon, em seu ensaio "*Progress of Knowledge*", reintroduziu o termo "eutanásia" na cultura ocidental. Desde então, o debate em torno desse tema tem sido uma parte significativa das discussões sobre ética e cuidados de saúde onde os defensores da eutanásia argumentam que a prolongação da vida em casos de doenças incuráveis resulta em sofrimento contínuo tanto para os pacientes quanto para suas famílias. Eles defendem que permitir uma morte digna, com a opção de eutanásia, é uma maneira compassiva de aliviar o sofrimento e garantir a autonomia do paciente.

Goldim (2000) aborda que durante a Segunda Guerra Mundial o debate na Europa associava Eutanásia a Eugenia, nesses casos, a eutanásia era usada como uma ferramenta de "limpeza social", com o objetivo de buscar a perfeição ou aprimoramento de uma suposta "raça", e não tinha relação alguma com compaixão, piedade ou o direito de pôr fim à própria vida. A ênfase não era colocada na dignidade humana ou no alívio do sofrimento, mas sim em uma visão distorcida de "purificação" social enraizada em ideologias discriminatórias. Como exemplo o programa nazista de eutanásia, conhecido como "Aktion T4", foi implementado com o objetivo inicial de eliminar pessoas consideradas como tendo uma "vida que não merecia ser vivida". Essa iniciativa representou a concretização prática da teoria da "higienização social".

A Igreja Católica também oprimiu todo posicionamento a favor da Eutanásia, como em 1954, quando o teólogo episcopal Joseph Fletcher publicou um livro intitulado "*Morals and Medicine*", com um capítulo intitulado "*Euthanasia: our right to die*". Da mesma forma em 1956, quando a Igreja Católica se posicionou de forma contrária à eutanásia, considerando-a contrária à "lei de Deus". No entanto, o Papa Pio XII, em uma alocução aos médicos em 1957, aceitou a possibilidade de encurtamento da vida como um efeito secundário do uso de medicamentos para aliviar o sofrimento de pacientes com dores insuportáveis, por exemplo. Essa abordagem se baseia no princípio do duplo efeito, onde a intenção é aliviar a dor, embora o efeito colateral, sem vínculo causal direto, possa ser a morte do paciente. Logo em 1980 o Vaticano publica a Declaração sobre Eutanásia que versou sobre a antecipação da vontade em lugar da Eutanásia:

Se não há outros remédios, é lícito com o acordo do doente, recorrer aos meios de que dispõe a medicina mais avançada, mesmo que eles estejam ainda em fase experimental e não seja isenta de alguns riscos a sua

aplicação. Aceitando-os, o doente poderá dar também provas de generosidade ao serviço da humanidade. [...] É também permitido interromper a aplicação de tais meios, quando os resultados não correspondem às esperanças neles depositadas. Mas, para uma tal decisão, ter-se-á em conta o justo desejo do doente e da família, como também o parecer de médicos verdadeiramente competentes (VATICANO, 1980, p.1)

É possível observar que a História da Eutanásia acompanha a História da Humanidade, vez que onde há civilização existe vida e a morte como parte inexorável da vida, nem sempre sendo digna ou sem sofrimento.

1.2 DIREITO À MORTE DIGNA

O Direito à Dignidade da Pessoa Humana está no rol de Direitos Fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988, no artigo 1º, Inciso III, bem como no artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que segue:

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, p.1).

A hermenêutica que envolve esse Direito Fundamental é repleta de nuances, contudo, questiona-se a aplicabilidade do Direito à Dignidade como direito à Morte Digna, vez que versa sobre um valor moral fundamental, a Dignidade da Pessoa Humana engloba a proteção dos direitos à vida, intimidade, honra e imagem de uma pessoa, bem como deve proteger a pessoa em todos os estágios da vida. O debate sobre a Dignidade foi tratado por Kant como valor supremo:

Esta apreciação dá, pois, a conhecer como dignidade o valor de uma tal disposição de espírito e põe-na infinitamente acima de todo o preço. Nunca ela poderia ser posta em cálculo ou confronto com qualquer coisa que tivesse um preço, sem de qualquer modo ferir a sua santidade. (KANT, 2007, p. 79)

No mesmo sentido, compreende-se que a dignidade é um atributo inalienável para todo ser humano, permeando todas as fases da vida até a morte. Sendo assim, considerando que a morte é um destino inevitável e uma parte intrínseca da existência, o Direito à Morte Digna deve ser considerado como uma extensão do Direito à Vida Digna.

O artigo 5º, inciso III, também estabelece o direito à integridade física e moral,

proibindo a submissão do paciente a tratamentos desumanos ou degradantes. Isso também assegura o princípio da dignidade da pessoa humana, impedindo que o paciente seja obrigado a participar de experimentos científicos que causem sofrimentos indevidos.

Além disso, o princípio constitucional da autonomia valoriza a capacidade de autodeterminação do indivíduo, permitindo que ele decida pelo que considera melhor. Isso preserva o consentimento livre e respeita a vontade do paciente, garantindo sua intimidade.

O Direito à Morte Digna surge como demanda, considerando que a pessoa, em estágio terminal ou sofrendo de uma condição incurável e insuportável, tem o direito de decidir sobre sua própria morte de maneira digna, colocando um fim em seu sofrimento que a coloca em situação indigna e degradante. Isso pode envolver a possibilidade de recorrer à eutanásia ativa ou ao suicídio assistido.

A Morte Digna não se limita apenas a eutanásia ou suicídio assistido, mas também permite que sejam tomadas decisões sobre a aceitação ou recusa de tratamentos médicos ou limitação de esforços terapêuticos como uma prática médica adequada. Por exemplo, em casos de suporte vital excessivo em pacientes com doenças irreversíveis, evita-se a obstinação ou insistência terapêutica. Por outro lado, a eutanásia refere-se a uma conduta intencional de encerrar a vida de uma pessoa que sofre de uma doença terminal por razões compassivas, dentro de um contexto médico.

A eutanásia é oposta ao ativismo excessivo (mistanásia), que busca fazer tudo possível até o último momento. A medicina não pode mais seguir o princípio de sustentar a vida humana a qualquer custo. Isso vai contra a dignidade humana, que também justifica permitir uma morte de forma humanamente digna.

Atualmente no Brasil não há uma legislação específica que discipline o tema, entretanto, o Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu a Resolução n° 1.995, aprovada em 30 de agosto de 2012, estabelecendo diretrizes para que os cidadãos brasileiros possam registrar em seu histórico clínico o seu desejo de evitar tratamentos invasivos ou dolorosos com o intuito de prolongar a vida em situações de doença terminal crônica. Resolve que:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de

desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012, p.1)

Na mesma senda o Enunciado 37 na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça:

As diretivas ou declarações antecipadas da vontade, que especificam os tratamentos médicos que o declarante deseja ou não se submeter quando incapacitado de expressar-se autonomamente, devem ser feitas preferencialmente por escrito, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou público, sem prejuízo de outras formas inequívocas de manifestação admitidas em direito. (CNJ, 2019, p.9)

Esse procedimento é conhecido como "diretiva antecipada de vontade" ou "testamento vital". Ele permite que o paciente manifeste previamente sua vontade em um documento que possui respaldo legal e ético para a execução das orientações ali descritas. Essa opção é facultativa e pode ser realizada em qualquer momento da vida, inclusive por pessoas em perfeitas condições de saúde, e pode ser modificada ou revogada a qualquer momento, desde que a pessoa seja maior de idade e capaz.

Por meio desse documento, o paciente pode determinar antecipadamente os procedimentos médicos aos quais deseja ou não ser submetido em casos de doença terminal irreversível. O signatário pode expressar se deseja ou não ser tratado com o auxílio de respirador artificial, submeter-se a cirurgias invasivas, utilizar medicamentos para pacientes em fase terminal e até mesmo a reanimação em situações de parada cardiorrespiratória, entre outros procedimentos. Esse registro no histórico clínico passa a ser considerado pelos médicos como um suporte legal e ético, caso sejam questionados em relação aos procedimentos adotados para cumprir a vontade do paciente.

Além disso, pode-se afirmar que a dignidade da pessoa humana está intrinsecamente ligada ao direito de personalidade, abrangendo o estágio final da vida. Conforme mencionado por Gomes, é importante distinguir entre o direito de morrer com dignidade e o direito à morte, pois o direito de morrer dignamente está relacionado aos princípios fundamentais do direito, como a dignidade da pessoa

humana, a liberdade e a autonomia, garantindo uma morte sem prolongamento artificial da vida e evitando procedimentos desnecessários.

Diante o exposto, garantir o direito à vida não significa que o paciente deva ser obrigado a se submeter a todos os tratamentos, pois isso violaria a garantia constitucional do direito à liberdade, à autonomia e à dignidade da pessoa humana, entre outros. Seria uma imposição ao paciente de tratamentos degradantes e cruéis. Sendo assim, para assegurar os princípios constitucionais, é essencial que o paciente tenha o direito de decidir sobre os momentos finais de sua vida, garantindo também o exercício da autonomia de vontade, previsto no artigo 5º, inciso II, da Constituição Federal. (GOMES, 2012)

Morrer é parte da vida, logo, se viver deve ser de forma digna, a morte deve ser da mesma forma, sem sofrimento extremo e que o paciente seja colocado em situação abaixo de humana. Assim exemplificou Pythan:

O processo de morrer faz parte da vida humana, que como tal deve ser vivida com dignidade. Se a morte é parte da vida e o direito à vida implica uma garantia de uma vida com dignidade, parece possível argumentar pela existência de um direito à morte digna – não no sentido da eutanásia ou do suicídio assistido, mas no de garantir o direito dos pacientes recusarem o abuso ou o excesso terapêutico (PITHAN, 2004, p. 58)

Sendo assim, a garantia de Dignidade da Pessoa Humana é aplicada para a morte assim como para a vida, para que os últimos momentos não sejam reduzidos a dor.

2 TERMINAÇÃO ANTECIPADA DA VIDA NA LEGISLAÇÃO ESTRANGEIRA

Com os avanços do direito e no debate da Morte Digna, formas de terminação antecipada da vida, como eutanásia e o suicídio assistido, começaram a ser regulamentados em outros países, especialmente no ocidente, seja através de leis, ou até mesmo por julgados e precedentes.

Cada país ou estado que legaliza a eutanásia possui suas próprias regulamentações e salvaguardas para garantir que a prática seja realizada com cuidado e que não extrapole os limites legais. A discussão sobre a eutanásia continua a evoluir em todo o mundo, e os governos passam pelo desafio de equilibrar o direito à autonomia do paciente com questões éticas, religiosas e morais.

2.1 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

Na América do Norte, os Estados Unidos, nos estados de Oregon, Washington, Montana, Califórnia e Vermont houve a regulamentação do Suicídio Assistido. O primeiro estado dos EUA a regulamentar tal prática foi Oregon, que em outubro de 1997 aprovou o “*Death With Dignity Act*” ou “Ato da Morte com Dignidade”, a lei permite pacientes terminais acima de 18 anos, residentes do estado, a decidir o horário e forma de sua morte através da autoadministração de uma medicação letal prescrita por um médico. A legislação de Oregon também tem como pré-requisito que o paciente seja aprovado dois médicos e tenha expectativa de vida de até seis meses, bem como estar em sã consciência. (CASTRO *et al.*, 2016)

As legislações de Washington (2009), Vermont (2009) e Califórnia (2013) foram inspiradas no Ato de Oregon, sendo assim, todas guardam poucas diferenças da lei de 1997. No estado de Montana, a regulamentação veio por meio de um julgado da Suprema Corte que reconheceu que o suicídio assistido não é ilegal a partir do caso de um homem de 76 anos com leucemia que desejava terminar sua vida de forma antecipada, contudo a prática não é bem regulamentada, com requisitos como ter alguma doença terminal, mentalmente capaz e ser adulto. (GIANELLO *et al*, 2017).

2.2 CANADÁ

No Canadá a eutanásia, ou como é chamada no país pelo acrônimo M.A.i.D “*Medical Assisted in Dying*”, foi legalizada em junho de 2016 através de uma lei federal após a Suprema Corte decidir em 2015 que a lei que penalizava a eutanásia era inconstitucional, desta forma, a Corte deu ao Parlamento canadense o prazo de um ano para legislar sobre o assunto. Para ser elegível da eutanásia, o paciente deve ser maior de 18 anos, seja beneficiário do sistema público de saúde canadense, sofrer de dor constante e intolerável, fazer o pedido voluntariamente e sofrer de doença ou deficiência incurável. (DADALTO, 2019)

Apesar da legalização ser recente, o debate sobre a morte assistida no país começou em 1992 com o caso Rodriguez V. British Columbia. A requerente, Sue Rodriguez sofria com Esclerose Lateral Amiotrófica, uma condição rara que causa a degeneração do sistema nervoso que acarreta a perda de habilidades como da fala, deglutição, movimentação e até respiração. O caso ganhou comoção internacional, principalmente após uma entrevista de Rodriguez em rede nacional de televisão onde ela levantou o questionamento “Se eu não posso dar consentimento para minha própria morte, de quem é esse corpo? A quem pertence minha vida?” (RODRIGUES *apud* MARTIN, 2016). A pergunta feita traz um questionamento importante acerca do Princípio da Autonomia, buscando sentido na linha tênue entre a Autonomia Individual e a Público.

Sue Rodriguez levou seu caso até a Suprema Corte canadense, mas em setembro de 1993 a Corte decidiu que a penalização para eutanásia era constitucional. Com a evolução de seu quadro, ela faleceu no ano seguinte após tomar uma medicação letal administrada, ilegalmente, por um médico anônimo.

Atualmente, é eminente a legalização da eutanásia para pacientes com transtornos mentais pela emenda do Código Penal do país. Inicialmente, foi dado o prazo para vigorar a partir de março de 2023 por meio de uma “cláusula-pôr-do-sol”, isto é: uma disposição em um projeto de lei que estabelece uma data de expiração após sua aprovação como lei. As cláusulas de término, ou cláusulas de pôr do sol, são incluídas na legislação quando se considera que o Parlamento deve ter a oportunidade de decidir sobre seus méritos novamente após um período fixo (REINO UNIDO, 2023). Contudo, o Ministro da Justiça estendeu até março de 2024, sendo assim, na falta de outra dilatação do prazo os pacientes psiquiátricos em

sofrimento insuportável poderão solicitar a antecipação da morte. A alteração legislativa tomou como requisitos que o indivíduo sofra de algum transtorno psiquiátrico, como depressão ou transtorno de personalidade, mas não neuro cognitivo ou de desenvolvimento neurológico, desta forma é obrigatório a sã consciência da pessoa. (CANADÁ, 2021)

2.3 URUGUAI

Embora não haja uma legislação específica que legalize expressamente a prática da eutanásia, o país foi pioneiro ao tolerar, de certa forma, o que é chamado de "homicídio piedoso". O Código Penal uruguaio, desde o ano de 1934, estabelece a base legal para essa prática, especificando condições sob as quais os juízes têm a faculdade de isentar de pena aqueles que cometem o homicídio piedoso. A prática de homicídio piedoso é classificada quando um terceiro, geralmente um médico ou membro da família, realiza a ação com base nos critérios estabelecidos. É uma ação que visa aliviar o sofrimento do paciente, cumprindo os requisitos mencionados no artigo 37 do Código Penal uruguaio, qual seja: reiteradas súplicas da vítima, que seja motivado por piedade e que o autor tenha antecedentes honráveis. (URUGUAI, 1934)

A legislação uruguaia não permite a eutanásia expressamente, de modo que oferece aos juízes a discricionariedade de isentar de pena em casos específicos de homicídio piedoso, sob condições estritas. Isso permite uma abordagem flexível, em que cada caso é analisado individualmente e, se preenchidos os requisitos, o indivíduo poderá ser isento de pena. Contudo, em caso de suicídio assistido a pena será aplicada, conforme artigo 315 do Diploma Penal uruguaio. (GOLDIM, 1997)

2.4 COLÔMBIA

A permissão de eutanásia na Colômbia se deu a partir da Sentença C-239 de 1997, que interpretou o artigo 326 do Código Penal Colombiano de forma a não responsabilizar criminalmente os médicos que praticassem a eutanásia, desde que o paciente consentisse livremente. No entanto, essa sentença não criou uma legislação específica para a eutanásia, deixando a regulamentação em aberto. (GOLDIM, 2018)

Após a Sentença C-164 de 2022, a Colômbia legalizou a eutanásia para pacientes menores de idade a partir de seis anos, desde que o paciente tenha

sofrimento constante, insuportável e não passível de alívio por medidas paliativas. A vontade do paciente com mais de 12 anos passa a ser determinante, assistida por seus pais, e plenamente soberana a partir dos 14 anos de idade. (COLÔMBIA, 2022)

O suicídio assistido foi descriminalizado em 2022, julgado em que a Corte Constitucional interpreta o artigo 107 da Lei 559/2000, estabelecendo uma pena menos severa nos casos em que o suicídio medicamente assistido ocorresse como uma forma piedosa de pôr fim a intensos sofrimentos causados por lesões graves ou doenças incuráveis.

A Colômbia é a única nação na América Latina a permitir a morte antecipada, isso se deve principalmente pela força do Movimento pelo Direito a Morrer com Dignidade, criado em 1979 por Beatriz Kopp de Gomez. Esse movimento tem auxiliado milhares de pessoas a elaborarem documentos de vontades antecipadas, conhecidos como "*living will*", que expressam suas preferências em relação a terapias de suporte vital. (MACÊDO *et al*, 2022)

2.5 ALEMANHA

Ao tratar sobre eutanásia na Alemanha, é impossível deixar de lado o programa nazista de terminação antecipada implementado em outubro de 1939, o *Aktion 14*. Os alvos do programa eram pessoas com deficiência, portadores de transtornos mentais e cognitivos, bem como homossexuais. O termo eutanásia não pode ser encaixado ao programa nazista, já que eutanásia significa “morte piedosa” e o *Aktion 14* foi uma ação criminosa de exterminação em massa de minorias.

Em fevereiro de 2020 o suicídio assistido foi descriminalizado na Alemanha, após uma decisão do Tribunal Constitucional Federal da Alemanha (*Bundesverfassungsgericht*) que altera a secção 217 do Código Penal, fazendo que o indivíduo que auxiliar na morte de uma pessoa fique isento da pena, desde que o faça após livre decisão de quem morrer. A decisão foi tomada com base no princípio da autonomia privada e da dignidade humana, previstos na Lei Fundamental alemã (*Grundgesetz*), com um argumento de que se o indivíduo pode tirar a própria vida, isso pode permitir o auxílio de um terceiro. (FONSECA, *et al*, 2020)

Atualmente, o Parlamento alemão (*Bundestag*) discute uma lei que possa legalizar o suicídio assistido, mas ainda não houve a normatização.

2.6 SUÍÇA

A eutanásia é ilegal na Suíça, contudo, o suicídio assistido é tolerado no país em razão do artigo 115 do Código Penal suíço de 1942, que em seu texto considera apenas ilegal a prática caso seja feita por motivos egoístas. Essa legislação serve de esteio para diversas organizações suíças que realizam a prática do suicídio assistido desde 1980. (CASTRO, *et al*, 2016)

A Academia Suíça de Artes e Ciência define que o suicídio assistido pode ser tolerado em casos de doenças terminais, em pacientes capazes que sofrem de sofrimento insuportável e que outras formas de tratamento não tiveram resultado. Mesmo que a legislação não trate sobre esses requisitos e limites, tornou-se senso comum através de diretrizes e regras criadas por várias organizações da seara da bioética, saúde e sociais. (SWISS ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES, 2021)

A DIGNITAS é a organização sem fins lucrativos, notória tanto na Suíça, como internacionalmente, fundada em maio de 1998 com o objetivo de garantir a Vida e a Morte Digna. A DIGNITAS oferece aconselhamento sobre questões relacionadas ao fim da vida, cooperação com profissionais de saúde e atualizações legais. Indivíduos também podem receber assistência em conflitos com autoridades e casas de repouso, bem como no acompanhamento de pacientes em fase terminal. Além disso, os membros têm o direito a Diretrizes do Paciente legalmente eficazes, a serem acompanhados no final de suas vidas e a assistência em um suicídio assistido. Eles também são responsáveis pelo aconselhamento sobre tudo o que diz respeito à sua dignidade humana, tanto na vida quanto na morte. (DIGNITAS, 2023)

Segundo a organização suíça EXIT, que também carrega grande influência, 1.125 pessoas receberam ajuda da ong em 2022 para terminarem suas vidas. Dos pacientes que faleceram 413 eram pacientes que sofriam de câncer terminal, já 320 eram pacientes com doenças crônicas ou de idade avançada. (EXIT, 2023)

2.7 AUSTRÁLIA

Na Austrália a eutanásia, ou Voluntary Assisted Dying (VAD), é regulamentada pelo *Voluntary Assisted Dying Act* (Leis de Morte Assistida Voluntária) de cada estado. Atualmente é legal em 5 estados australianos: Victoria (2017), Austrália Ocidental (2021), Tasmânia (2022), Austrália do Sul (2023),

Queensland (2023). O único estado onde ainda permanece ilegal é a Nova Gales do Sul, contudo, já houve a aprovação da lei de VAD, que entrará em vigor em novembro de 2023. (UNIVERSIDADE DE QUEENSLAND, 2023)

Entre março de 1996 e março de 1997, a eutanásia voluntária e o suicídio assistido por médico eram legais no Território do Norte sob a *Rights of the Terminally Ill Act* ("a Lei do NT"). Em 1997, o governo australiano interveio, utilizando o poder dos territórios na Constituição Australiana para aprovar legislação que revogou a Lei do NT. No entanto, em dezembro de 2022, o Parlamento Australiano aprovou leis que permitem que o Território do Norte e o Território da Capital da Austrália legislem sobre a VAD. (UNIVERSIDADE DE QUEENSLAND, 2023)

Cada estado tem a regulamentação, mas em regra a VAD deve ser voluntária e iniciada pela própria pessoa, e geralmente é autoadministrada. Somente aqueles que já estão morrendo de uma doença, enfermidade ou condição médica incurável, avançada e progressiva podem ter acesso à morte assistida voluntária. A condição deve ser avaliada por dois médicos para que possa causar a morte dentro de seis meses.

O paciente deve ser maior de 18 e residir no estado no mínimo 12 meses antes da solicitação. Um membro da família ou cuidador não pode solicitar VAD em nome de outra pessoa. Isto visa garantir que o pedido seja totalmente voluntário e sem coerção, e que a decisão seja da própria pessoa. Se uma pessoa quiser solicitar acesso à VAD terá de ser avaliada por um médico devidamente qualificado, que determinará se a pessoa é elegível. Caso a pessoa seja elegível, o processo é repetido com um segundo médico que precisará realizar outra avaliação. Os médicos garantirão que a pessoa tome uma decisão totalmente informada e esteja ciente das opções de cuidados paliativos disponíveis. (UNIVERSIDADE DE QUEENSLAND, 2023)

Há uma exceção para uma pessoa que sofre de uma doença neurodegenerativa, onde, em vez disso, deve-se esperar que a doença cause a morte dentro de 12 meses. (UNIVERSIDADE DE QUEENSLAND, 2023)

Transtornos Mentais ou a deficiência, por si só, não constituem motivo para o acesso à morte voluntária assistida, mas às pessoas que preencham todos os outros critérios e que tenham uma deficiência ou algum transtorno mental, não será negado o acesso à morte voluntária assistida. (UNIVERSIDADE DE QUEENSLAND, 2023)

2.8 NOVA ZELÂNDIA

Desde novembro de 2021 a eutanásia é legal na Nova Zelândia, assim como suicídio assistido. A legalização veio a partir do *The End of Life Choice Act* (Lei da Escolha do Fim de Vida) de 2019, contudo só surtiu efeito em 2021 em razão de um artigo no projeto de lei que solicitava um sufrágio nacional para aprovação da lei. Nas eleições de 2020 dois terços da população votaram a favor do ato, sendo assim, foi dado um ano para o Ministério da Saúde regulamentar as diretrizes e entrar em vigor. (NOVA ZELÂNDIA, 2022)

A Lei estabelece que, para ser elegível, a pessoa deve atender a todos os critérios. A pessoa deve: ter 18 anos ou mais, ser cidadão ou residente permanente na Nova Zelândia, estar sofrendo de uma doença terminal que provavelmente levará a morte em até seis meses, estar em um estado avançado de declínio físico irreversível, estar em sofrimento insuportável que não pode ser aliviado de maneira que a pessoa considere tolerável, ser competente para tomar uma decisão informada sobre a morte assistida. (NOVA ZELÂNDIA, 2021)

O paciente deve ser avaliado como capaz para tomar uma decisão informada sobre a morte assistida. Isso significa que a pessoa é capaz de compreender, reter, usar e ponderar informações relevantes sobre a morte assistida e pode comunicar sua decisão de alguma forma. (NOVA ZELÂNDIA, 2021)

A pessoa deve ser considerada competente durante todo o processo de avaliação e no momento da morte assistida. Isso significa que se a pessoa for considerada elegível para a morte assistida, mas depois perder a competência, ela não poderá ter uma morte assistida. (NOVA ZELÂNDIA, 2021)

Uma pessoa não pode aplicar para a morte assistida unicamente por ter um transtorno mental, ter uma deficiência ou ser de idade avançada. No entanto, pessoas com essas condições podem ser elegíveis para a morte assistida se atenderem aos critérios de elegibilidade. (NOVA ZELÂNDIA, 2021)

Se a doença ou condição de uma pessoa atende ou não aos critérios de elegibilidade específicos é determinado caso a caso, considerando todas as circunstâncias clínicas individuais da pessoa, incluindo a gravidade e o prognóstico das doenças que estão enfrentando. (NOVA ZELÂNDIA, 2021)

Ter uma doença específica, como câncer ou esclerose lateral, não torna

automaticamente uma pessoa elegível para a morte assistida. Da mesma forma, ter um diagnóstico, doença ou deficiência específica não descarta automaticamente a morte assistida como uma opção. A situação clínica de cada pessoa é diferente. Os profissionais de saúde envolvidos no serviço avaliarão se a pessoa atende aos critérios de elegibilidade durante o processo de inscrição em primeira instância. (NOVA ZELÂNDIA, 2021)

2.9 LUXEMBURGO

Luxemburgo é uma das nações que compõe o grupo econômico BENELUX (Bélgica, Países Baixos e Luxemburgo), todas essas nações permitem a eutanásia e serão tratadas.

A legalização da eutanásia e suicídio assistido em Luxemburgo aconteceu em 2008 após um debate turbulento e uma crise entre os poderes, apesar da aprovação pelo Parlamento de Luxemburgo, a *bill* não foi sancionada pelo Grão-Duque Henrique, sendo necessária a derrubada do veto pelo legislativo.

O país adota como requisitos para eutanásia a voluntariedade do pedido, que o paciente sofra de uma doença incurável e esteja em constante dor (física ou mental) insuportável, ter autorização do responsável se tiver entre 16 e 18 anos, legalmente capaz. Nesses casos os médicos devem assegurar que o paciente vê a eutanásia como única escolha, discutir opções terapêuticas, garantir que o sofrimento do indivíduo é persistente e que sejam feitos vários pedidos de morte, bem como consultar com outro médico (LUXEMBURGO, 2008)

Outra possibilidade em Luxemburgo é que o desejo pela eutanásia seja registrado em um documento de Diretivas Antecipadas da Vontade, onde o sujeito deixará escrito que deseja receber a eutanásia, podendo retificar a documentação a qualquer momento.

2.10 PAÍSES BAIXOS

Desde 2002 os Países Baixos, ou comumente tratado como Holanda, permitem a eutanásia, suicídio assistido, e diretivas antecipadas de não-ressuscitação, através da lei *The Termination of Life on Request and Assisted Suicide* (A Terminação da Vida sob Pedido e Suicídio Assistido).

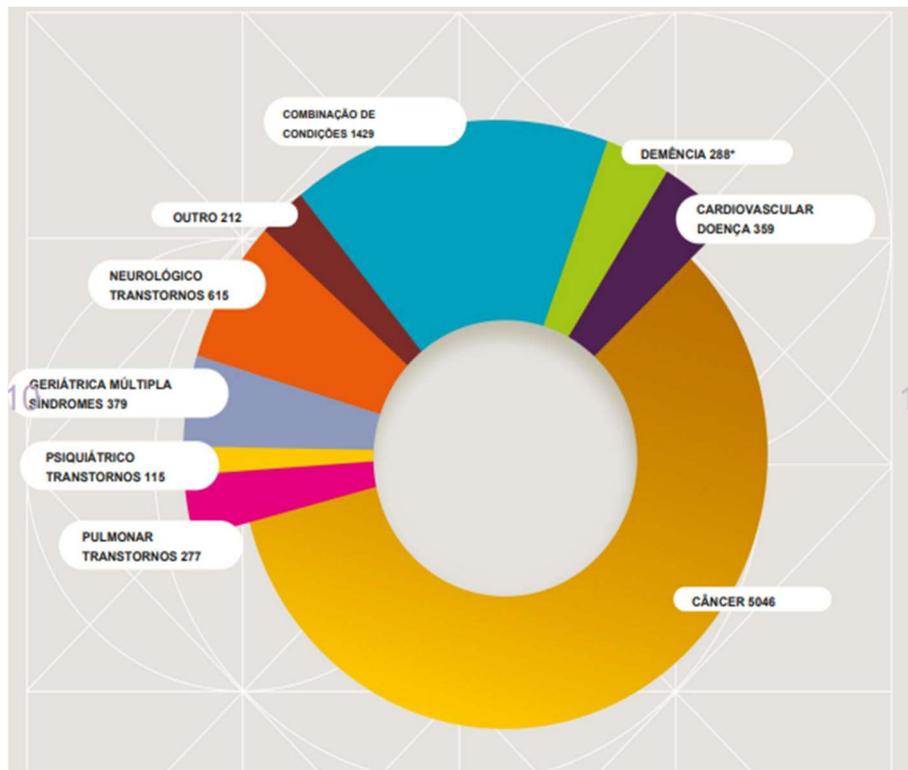
O debate acerca da eutanásia começa em 1971 com o Caso Postma, onde o casal de médicos Geertruida Postma e Andries Postma auxiliaram na morte da mãe da médica, uma vez que ela ficou paraplégica e surda em razão de uma hemorragia cerebral. A idosa suplicou inúmeras vezes para sua filha que ela terminasse sua vida, até que ela concordou e injetou 200mg de morfina em sua mãe e posteriormente foi denunciada pelo diretor da casa de repouso. Em 1973 ela foi sentenciada do crime que leva 12 anos como pena máxima, contudo, ela recebeu a pena simbólica de uma semana encarcerada e 12 meses em regime aberto. Com a repercussão do caso, o Dr. Andries Postma se tornou um ativista pelo Direito à Morte Digna (SHELDON, 2007)

Atualmente, os pedidos de eutanásia frequentemente vêm de pacientes que estão passando por um sofrimento físico ou mental insuportável, sem perspectivas de melhora. Seu pedido deve ser feito de maneira séria e com total convicção. Eles veem a eutanásia como a única saída da situação. No entanto, os pacientes não têm um direito absoluto à eutanásia e os médicos não têm um dever absoluto de realizá-la.

De acordo com o relatório de 2022 dos *Regionale Toetsingscommissies Euthanasie* (Comitês Regionais de Análise da Eutanásia) houveram 8.501 notificações de cessação da vida a pedido (97,4% do total), 186 notificações de suicídio assistido (2,1%) e 33 notificações envolvendo a combinação dos dois (0,38%). A combinação dos dois ocorre se, em caso de suicídio assistido, o paciente ingere a medicação que o médico lhe entregou, mas não morre no prazo estipulado. O médico então realiza o término da vida mediante solicitação, administrando por via intravenosa uma substância indutora de coma, seguida de um relaxante muscular. Desses 8.720 pacientes que receberam eutanásia ou suicídio assistido em 2022, 115 tinham transtorno mental como única razão, contabilizando como 1,3% dos casos de eutanásia no país. (PAÍSES BAIXOS, 2023)

Em 32 desses casos o médico notificador era um psiquiatra, em 29 casos um clínico geral, em 3 casos um especialista em cuidados de idosos e em 51 casos outro médico. Em 65 casos de eutanásia envolvendo pacientes com transtornos psiquiátricos, o médico que realizou a eutanásia era vinculado ao Centro de Especialização em Eutanásia (PAÍSES BAIXOS, 2023)

Figura 2 - Condições que fundamentaram o pedido de eutanásia nos Países Baixos



Fonte: PAÍSES BAIXOS, 2023

Se o paciente entrar em estado de semiconsciência brevemente antes de uma eutanásia programada. Se ainda houver sinais de sofrimento, o médico pode realizar a eutanásia. Isso está estabelecido nas diretrizes sobre o assunto feitas por organizações governamentais especializadas. Essas diretrizes sobre a eutanásia de pacientes com consciência reduzida não é uma forma de flexibilizar a lei, elas foram concebidas apenas para orientar os médicos nessa situação difícil. (PAÍSES BAIXOS, 2022)

O país também permite eutanásia para menores a partir de 12 anos, contanto que haja consentimento escrito por seus responsáveis, já pacientes de 16 e 17 anos não precisam da autorização, mas os responsáveis precisam estar envolvidos na tomada de decisão. Recentemente o Ministro da Saúde holandês noticiou que está modificando a legislação acerca da eutanásia para crianças de 5 a 10 anos com sofrimento insuportável e que tratamento paliativo não oferece mais alívio.

2.11 BÉLGICA

A Bélgica também legalizou a eutanásia em 2002 com o “*Belgium Act on Euthanasia*”, extremamente inspirado na legislação holandesa e a diretriz número 9 de 1999 do Comitê Consultivo Federal de Bioética da Bélgica.

Assim como os outros países membros do BENELUX, a legislação belga também permite a eutanásia para transtornos mentais, conforme o parágrafo 1º da seção 3 da lei:

§1. O médico que realiza a eutanásia não comete nenhum crime quando assegura que: o paciente atingiu a maioridade ou é um menor emancipado, e é legalmente competente e consciente no momento da solicitação; o pedido é voluntário, bem ponderado e repetido, e não é resultado de qualquer pressão externa; o paciente está em uma condição médica fútil de sofrimento físico ou mental constante e insuportável que não pode ser aliviado, resultante de um distúrbio grave e incurável causado por doença ou acidente; e quando ele/ela respeitou as condições e procedimentos conforme previsto nesta Lei. (BÉLGICA, 2002, p.1) (Tradução Livre)

Em março de 2014 houve a primeira emenda da lei belga, permitindo que menores recebam a eutanásia, desde que tenham solicitado o procedimento várias vezes voluntariamente, autorização dos pais e que tenham capacidade de discernimento, independentemente da idade biológica. A capacidade para discernimento será avaliada por um psicólogo. A alteração da lei criou um enorme debate internacional sobre o assunto, principalmente com a igreja católica e pediatras.

De acordo com o relatório da Comitê Consultivo Federal de Bioética da Bélgica, em 2021 2.700 pessoas receberam a eutanásia, e 26 em razão de transtornos psiquiátricos como depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia e borderline (BÉLGICA, 2022). Todas as causas para eutanásia em 2020 e 2021 estão transcritas na planilha:

Figura 2 - Condições que fundamentaram o pedido de eutanásia

	Período 2020 N	Período 2020	Prazo 2021	Prazo 2021	TOTAL Prazo	TOTAL N-Termo	
As categorias de condições que fundamentaram o pedido de eutanásia de acordo com a hora prevista de morte							
TOTAL	2134	311	2269	430	4403	741	
Novas formações (cânceres)	1.554 (63,6%) 279	13 (0,5%) 143	1.675 (62%)	20 (0,7%) 3.229	62,8%) 566 (11%)	33 (0,6%)	
Polipatologia	(11,4%) 127	(5,8%) 61	287 (10,6%) 191	(7,1%) 122	(4,5%) 71	92 (3,4%) 249	334 (6,5%)
Doenças do sistema nervoso	(5,2%) 63	(2,5%) 21	(2,6%) 58	(4,8%) 28 (1%)	134 (2,6%) 6 (0,2%)	153 (3%)	
Doenças do sistema cardiovascular	(2,6%) 60	(0,9%) 5	(2,1%) 17	118 (2,3%) 6	(0,2%) 30 (0,6%)	49 (1%)	
Doenças do sistema respiratório	(2,5%) 13	(0,2%) 2	(0,6%)			11 (0,2%)	
Doenças do sistema digestivo	(0,5%)	(0,1%)				8 (0,2%)	
Doenças do aparelho geniturinário	8 (0,3%)	0 (0%)	6 (0,2%)	2 (0,1%)	14 (0,3%)	2 (0%)	
Doenças do sistema ósseo-muscular e do tecido conjuntivo	7 (0,3%) 6	10 (0,4%) 5	8 (0,3%) 11	11 (0,4%) 14	15 (0,3%) 17	21 (0,4%)	
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	(0,2%)	(0,2%)	(0,4%)	(0,5%)	(0,3%)	19 (0,4%)	
Certas doenças infecciosas e condições parasitárias	4 (0,2%)	2 (0,1%)	6 (0,2%)	0 (0%)	10 (0,2%)	2 (0%)	
Distúrbios psiquiátricos	3 (0,1%)	18 (0,7%)	0 (0%)	24 (0,9%)	3 (0,1%)	42 (0,8%)	
Distúrbios cognitivos (síndromes demenciais)	1 (0%)	22 (0,9%)	2 (0,1%)	24 (0,9%)	3 (0,1%)	46 (0,9%)	
Doenças endócrinas e distúrbios nutricionais e metabólicos	3 (0,1%)	0 (0%)	4 (0,1%)	1 (0%)	7 (0,1%)	1 (0%)	
Sintomas, achados clínicos anormais e achados laboratoriais não classificados em outra parte	1 (0%)	4 (0,2%)	2 (0,1%)	5 (0,2%)	3 (0,1%)	9 (0,2%)	
Doenças do sangue, órgãos formadores de sangue e certas condições que afetam o sistema imunológico	2 (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0%)	0 (0%)	
Distúrbios do olho e anexos	1 (0%) 1	3 (0,1%) 0	0 (0%) 0	1 (0%) 1	1 (0%) 1	4 (0,1%)	
Doenças do ouvido e processo mastóide	(0%) 1	(0%) 1	(0%) 0	(0%) 0	(0%) 1	1 (0%)	
Doenças da pele e subcutâneo	(0%) 0	(0%) 1	(0%) 1	(0%) 4	(0%) 1	1 (0%)	
Anomalias congênicas, malformações e anomalias cromossômicas	(0%)	(0%)	(0%)	(0,1%)	(0%)	5 (0,1%)	

Fonte: BÉLGICA, 2022

Conforme a relação oficial, é possível notar um aumento nos procedimentos eutanásicos, bem como em condições médicas, levantando o questionamento se todos esses indivíduos realmente cumpriam os requisitos legais e médicos.

3 EUTANÁSIA NA BIOÉTICA: ASPECTOS ÉTICOS, PSICOLÓGICOS E LEGAIS

Uma forma de ética aplicada é a bioética, esta trata de questões éticas e até morais sobre as ciências da saúde e da vida, objetivando principalmente a resolução de conflitos éticos práticos:

Eu proponho o termo Bioética como forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos. (POTTER, 1971, p. 24)

Ao tratar de uma questão tão polêmica como a eutanásia é necessário abordar o termo bioético do *slippery slope*, ou declínio escorregadio em tradução literal. *Slippery slope* é usado para descrever a ideia de que, uma vez que uma linha ética seja cruzada em determinada situação, pode haver uma tendência contínua de deslizar em direção a ações moralmente questionáveis ou inaceitáveis. Sugerindo que a aceitação de uma prática inicialmente ética pode abrir a porta para outras práticas que podem não ser éticas em situações posteriores, dificultando os limites de tais práticas. (WALTON, 2016)

Uma forma de tratar a *slippery slope* na eutanásia é nos países onde esta prática é legal, neles são usados critérios como sofrimento insuportável e não ter perspectiva de melhora, contudo é especulado se uma vez que a eutanásia seja aceita para esses pacientes, pode haver pressões para estender a prática a outras situações, como pacientes com doenças crônicas não terminais ou até mesmo a eutanásia infantil, como já acontece. Essa preocupação se baseia na ideia de que, uma vez que a barreira seja ultrapassada, pode ser difícil definir limites claros e impedir que alcance o *slippery slope*. Como exemplificado por Joseph V. Sullivan, ativista contra a eutanásia:

Se a eutanásia voluntária fosse legalizada, há boas razões para acreditar que, em uma data posterior, outro projeto de lei para a eutanásia compulsória seria legalizado. Uma vez que o respeito pela vida humana seja tão baixo a ponto de uma pessoa inocente poder ser morta diretamente, mesmo a seu próprio pedido, a eutanásia compulsória estará inevitavelmente muito próxima. Isso poderia facilmente levar à eliminação de todos os pacientes com câncer incurável, idosos que são cuidados pela saúde pública, soldados feridos, todas as crianças com deformidades, pessoas com problemas mentais e assim por diante. (RACHELS, *apud* SULLIVAN, 1986, p. 171) (Tradução própria)

Contudo, para um argumento de *slippery slope* ser feito, é necessária uma previsão dos efeitos, sendo assim, podem ser passíveis a erro ao contrário de argumentos conclusivos que passaram por escrutínio lógico. Exemplificando:

Em um argumento dedutivamente válido, é logicamente impossível que as premissas sejam verdadeiras e a conclusão seja falsa. Em outras palavras, se as premissas são verdadeiras, e o argumento se encaixa em uma forma dedutiva logicamente válida, a conclusão deve ser verdadeira. Argumentos defeituosos, por outro lado, são argumentos para aceitar tentativamente uma conclusão, desde que se tenha aceitado suas premissas, e existe uma ligação defeituosa entre as premissas e conclusões porque o argumento se encaixa em uma forma de argumento defeituosa conhecida. (WALTON, 2016, p.10) (Tradução Livre)

Na mesma senda, a eutanásia legal é regida por uma legislação e regras médicas, não de forma anárquica. Os países que permitem tal prática exigem avaliação por um painel especializado, reiteradas súplicas de morte e outros requisitos anteriormente abordados.

3.1 EUTANÁSIA PARA PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

Inicialmente, é importante ressaltar que não serão tratados os Transtornos de Neurodesenvolvimento, como autismo, e Transtornos Neuro cognitivos, como Alzheimer, uma vez que podem impossibilitar o paciente da capacidade para consentimento. Os Transtornos Mentais tratados serão Transtornos Depressivos, Transtorno Bipolar, Transtorno Borderline, Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores, Transtornos Psicóticos e outros.

Um transtorno mental é caracterizado por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, regulação emocional ou comportamento de um indivíduo. Geralmente, está associado a sofrimento ou prejuízo em áreas importantes do funcionamento. Existem muitos tipos diferentes de transtornos mentais. Os transtornos mentais também podem ser referidos como condições de saúde mental. Este último é um termo mais amplo que abrange transtornos mentais, deficiências psicossociais e outros estados mentais associados a sofrimento significativo, prejuízo no funcionamento ou risco de autolesão. (OMS, 2022)

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM V) é a ferramenta usada para diagnóstico de transtornos mentais, mas além disso oferece descrições sobre esses transtornos e resultados estatísticos.

O DSM V aponta que pacientes com transtorno bipolar tem o risco de suicídio 15 vezes maior que a população geral, correspondendo a um quarto de todos os suicídios para transtorno bipolar tipo I, chegando a ser 6,5 vezes maior para tipo II. Já para quem sofre de Transtorno Depressivo Maior, a estatística aponta ser a causa de 60% dos casos de suicídio mundialmente, com 20 vezes mais chances de

suicídio que a população geral (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Contudo, suicídio não é a única causa de morte para o transtorno depressivo maior, os sintomas da doença podem acarretar outras condições como:

Outros transtornos concomitantemente aos quais o transtorno depressivo maior frequentemente ocorre são transtornos relacionados a substâncias, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da personalidade borderline. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 212)

Para avaliar a pertinência da eutanásia em casos de transtornos mentais, é fundamental considerar o impacto dessas condições na vida dos pacientes, segundo a OMS, mais de 700.000 pessoas cometem suicídio por ano, sendo a quarta maior causa para morte entre pessoas de 15-29 anos, os meios mais comuns são ingestão de pesticidas, enforcamento e por arma de fogo. A maioria dos casos são causados por transtornos depressivos, bipolar e borderline. (OMS, 2023)

Pensamentos suicidas estão no rol de requisitos para o diagnóstico de alguns transtornos mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), demonstrando a grandeza do sofrimento dos pacientes:

O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui mudanças no apetite ou peso, no sono e na atividade psicomotora; diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. A fim de contabilizar para um episódio depressivo maior, um sintoma deve ser recente ou então ter claramente piorado em comparação com o estado pré-episódico da pessoa. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 163)

Tarefas do cotidiano podem parecer impossíveis, levando algumas pessoas a avaliarem como simples sentimento de preguiça, além da persistência dos sintomas em maior parte do dia, quase todos os dias, com o mínimo de duas semanas consecutivas. Diante da situação, o paciente não tem qualidade de vida.

Conforme apontado anteriormente, os meios mais usados para auto exterminação são agonizantes, como o uso de pesticidas, tais ferramentas podem infligir dor ao indivíduo antes da morte e até falhar, resultando nas mais diversas doenças físicas. Outro ponto é que o sujeito que comete suicídio faz isso sozinho, para evitar familiares e amigos da agonia, diferente da eutanásia, onde a pessoa

será submetida a uma medicação indolor e terá a companhia de um médico, bem como rodeada por quem ama, garantindo um final digno e humano.

É fundamental diferenciar o sofrimento mental da melancolia patológica que requer tratamento médico e terapêutico. O estigma em relação às doenças mentais muitas vezes leva à minimização dos sintomas e ao atraso no diagnóstico e tratamento. (WALDER, *et al*, 2020)

Tratar os transtornos mentais como patologia é uma forma de garantir a cidadania do paciente, que este é um sujeito de direitos e não alienado. A pessoa, que, em plena capacidade mental, pode tomar decisões, ao contrário de ser forçada a um manicômio:

A doença mental, objeto construído há duzentos anos, implicava o pressuposto de erro da Razão. Assim, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. Liberdade de escolha era o pré-requisito da cidadania. E se não era livre não poderia ser cidadão. Ao asilo alienista era devotada a tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação para, por meio do tratamento moral, restituir-lhes a Razão, portanto, a Liberdade. (AMARANTE, 1995, p.1)

Da mesma forma, deve-se evitar o paternalismo em pacientes com transtornos mentais. O paternalismo na saúde mental refere-se a uma abordagem onde os profissionais de saúde mental assumem uma posição autoritária na relação com os pacientes. Isso implica em tomar decisões em nome do paciente, restringindo sua liberdade e autonomia. (FELÍCIO, *et al*, 2009)

Presumir que o paciente com transtorno mental não pode tomar decisões é uma das principais razões pelas quais a eutanásia não é discutida para esses indivíduos. Esses pacientes estão em constante sofrimento, em estado de vulnerabilidade, sendo assim é crucial que os profissionais de saúde mental sejam compreensivos, oferecendo apoio e cuidado sem desconsiderar a capacidade do paciente de tomar decisões sobre sua própria vida.

A discussão sobre a legalização da eutanásia não pode girar em torno apenas de pacientes terminais, mas também com transtornos mentais, vez que essas condições causam sofrimento intenso ao paciente. Ignorar as doenças da mente pode ser discriminatório:

Isso estaria baseado na falsa crença sobre pessoas com transtornos mentais, sendo falsa e discriminatória. Estaria fundamentado na noção de que pessoas com transtornos mentais carecem de capacidade para tomar decisões, ou que não podemos avaliar sua capacidade de tomada de decisões, ou na crença de que o sofrimento causado por um transtorno mental de alguma forma é menos angustiante do que o sofrimento causado por um distúrbio físico. Seria estigmatizante e discriminatório dizer a todas

as pessoas com transtornos mentais que, efetivamente, precisam ser protegidas de si mesmas. Ter uma proibição geral como essa seria injustificável. (CABLE PUBLIC AFFAIRS CHANNEL, 2020)

3.1.1 Salvaguardas para eutanásia

O debate sobre a legalização da eutanásia para pacientes com transtornos mentais é um tópico complexo que envolve considerações éticas, legais e sociais. É fundamental reconhecer o intenso sofrimento vivenciado por alguns pacientes com transtornos mentais graves e a necessidade de buscar soluções humanas e compassivas para suas situações.

Como questões econômicas, sociais e culturais podem afetar a saúde mental, é necessário uma rede de apoio para a saúde mental. Transtornos mentais causados por uma vida precária foram colocados como uma síndrome, chamados por alguns psiquiatras de “Shit-life Syndrome”:

Médicos nos Estados Unidos cunharam uma frase para essa condição: "síndrome da vida de merda". Os norte-americanos em idade de trabalho, de todas as raças, estão presos em um ciclo de pobreza e negligência, em meio à maior prosperidade geral. Eles têm pouca educação e treinamento precário. Os empregos disponíveis são trabalhos desgastantes que pagam o salário-mínimo, com pouca ou nenhuma segurança no trabalho. Eles estão encurralados em bairros pobres onde a perspectiva de possuir uma casa é um sonho distante. Há pouca habitação social, escasso suporte de renda e acesso condicional à assistência médica. Encontrar significado na vida é quase impossível; a luta pela sobrevivência consome todos os recursos intelectuais e emocionais. No entanto, ao ligar a TV ou visitar um shopping de classe média, um mundo muito diferente e inatingível se apresenta. Sabendo que você é desvalorizado, você recorre a drogas, antidepressivos e álcool. Você se alimenta de comida ruim e assiste seu corpo maltratado inchar. Não é apenas a pobreza, mas o aumento da pobreza relativa em uma era de crescente desigualdade, com todos os seus efeitos psicológicos, que é o assassino. (HUTTON, 2018, p.1) (tradução própria)

Sendo assim, o Estado precisa garantir o atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade, a fim de evitar que a eutanásia seja uma forma de eliminar os oprimidos.

No entanto, a discussão também levanta preocupações sobre o potencial para abuso e a necessidade de garantir que os pacientes estejam tomando decisões informadas e voluntárias. Qualquer discussão sobre a legalização da eutanásia para transtornos mentais deve ser acompanhada por salvaguardas rigorosas e um debate amplo e informado envolvendo especialistas, profissionais de saúde e a sociedade em geral.

É possível buscar inspiração em legislações que já preveem a eutanásia para esses casos e adaptá-las à realidade brasileira, evitando que o Direito à Morte

Digna seja mal interpretado como eugenia. Para isso, os pacientes devem ser submetidos a critérios rigorosos, como avaliação por um corpo clínico composto por psiquiatras e psicólogos, tentativas de tratamentos anteriores infrutíferos, e a capacidade do paciente, e reiteradas solicitações para a eutanásia.

3.2 EUTANÁSIA NO ORDENAMENTO JURÍDICO PÁTRIO

Atualmente, a legislação brasileira criminaliza a eutanásia como homicídio, mas com possibilidade de reconhecimento do homicídio privilegiado no artigo 121, §1º do Código Penal e o suicídio assistido é tipificado no artigo 122 do mesmo Diploma Legal:

Art. 121, §1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Art. 122 Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou a praticar automutilação ou prestar-lhe auxílio material para que o faça:

Pena - reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos. (BRASIL, 1940)

O homicídio piedoso ou eutanásico, em regra, seria tratado como homicídio privilegiado, com uma minorante de natureza subjetiva e individual do relevante valor moral. Por ser subjetivo, não é tarefa fácil classificar algo como valor moral, mas a doutrina tenta elucidar:

Motivo de relevante valor moral é aquele nobre, aprovado pela moralidade média. Deve o agente ter agido por sentimento altruísta, de piedade ou compaixão. Corresponde a um interesse individual. É o caso da eutanásia, em que o agente, por compaixão ante o irremediável sofrimento da vítima, antecipa a sua morte. (CAPEZ, 2023, p.115)

Em razão da omissão expressa do termo eutanásia existe a possibilidade, ao inverso da garantia, que o magistrado pode reconhecer e reduzir a pena de um sexto a um terço. Criando um dilema em que o agente que pratica a eutanásia pode responder por homicídio, seja em sua forma simples ou qualificada, assim como insegurança para os profissionais da saúde que não são amparados por salvaguardas mesmo mediante pedido do paciente.

Assim sendo, tanto a eutanásia quanto a ortotanásia – aí compreendida a limitação do tratamento constituiriam hipóteses de homicídio. [...] A existência de consentimento não produziria o efeito jurídico de salvaguardar o médico de uma persecução penal. Em suma: não haveria distinção entre o ato de não tratar um enfermo terminal segundo a sua própria vontade e o ato de intencionalmente abreviar-lhe a vida, também a seu pedido. [...] Essa postura legislativa e doutrinária pode produzir consequências graves, pois, ao oferecer o mesmo tratamento jurídico para situações distintas, o paradigma legal reforça condutas de obstinação terapêutica e acaba por promover a distanásia. Com isso, endossa um modelo médico paternalista, que se funda na autoridade do profissional da medicina sobre o paciente e

descaracteriza a condição de sujeito do enfermo. (BARROSO, *et al*, 2010, p. 235)

Existe uma diferença entre a eutanásia ativa, ou comissiva, com a passiva, ou omissiva, objeto de discussão e embate com o conceito de ortotanásia.

A forma ativa, ou comissiva, da eutanásia pode ser exemplificada por um pai, que ao ver o filho sofrendo com uma doença incurável e dolorosa, aplica uma medicação para pôr fim a vida do filho. Uma forma em que o autor age ativamente, de forma positiva para garantir a consumação do fato. (CAPEZ, 2023)

A eutanásia passiva, ou omissiva, ocorre quando a morte do paciente ainda é evitável por meio de intervenções médicas, entretanto, a família ou médico decidem por não fazer o tratamento do indivíduo, assim não existe uma conduta ativa, a morte não é provocada por um agente, contudo, o avanço da doença não é controlado por médicos (CAPEZ, 2023). A eutanásia passiva não pode ser confundida com a ortotanásia, pois a primeira exige uma omissão no tratamento que ainda pode ter alguma eficácia, onde na segunda o paciente já tem a morte como inevitável e iminente. A ortotanásia já foi disciplinada pelo Conselho Federal de Medicina na Resolução nº 1.805/2006:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006, p.1)

A Resolução foi alvo de Ação Civil Pública (processo nº 0014718-75.2007.4.01.3400), ajuizada pelo Ministério Público Federal para reconhecer sua nulidade, contudo, o juízo da 14ª Vara da Justiça Federal em Brasília julgou improcedente o pedido do MPF e reconheceu a legitimidade da resolução do CFM em 2010. Na sentença, foi exposto que o Conselho tem competência para tal matéria, bem como não versa sobre direito penal, mas sim ética médica.

O suicídio assistido, por sua vez, encaixa no verbo nuclear “auxiliar”, onde o médico poderia fornecer ao paciente terminal uma medicação que ao ser autoadministrada levaria a morte. O auxílio prestado é material, contudo, se incorrer nos verbos induzir ou instigar não pode ser considerado suicídio assistido, uma vez que este deve ser voluntário.

Para o crime tipificado no artigo 122 existem duas ressalvas feitas nos parágrafos 6º e 7º:

§ 6º Se o crime de que trata o § 1º deste artigo resulta em lesão corporal de natureza gravíssima e é cometido contra menor de 14 (quatorze) anos ou contra quem, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não

pode oferecer resistência, responde o agente pelo crime descrito no § 2º do art. 129 deste Código.

§ 7º Se o crime de que trata o § 2º deste artigo é cometido contra menor de 14 (quatorze) anos ou contra quem não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência, responde o agente pelo crime de homicídio, nos termos do art. 121 deste Código. (BRASIL, 1940)

Em observância aos parágrafos citados, a legislação apresenta a necessidade de certa capacidade de discernimento para a configuração do crime de auxílio ao suicídio, logo, se a vítima estiver no rol supramencionado o agente responderá por crime de lesão natural de natureza gravíssima ou homicídio, dependendo do resultado.

A única tentativa de legalização da eutanásia foi através do Projeto de Lei do Senado nº 125 de 1996 apresentado pelo senador amapaense Gilvam Pinheiro Borges, contudo a PL foi arquivada ao final daquela legislatura.

Atualmente, a PL 236/2012 que prevê o novo Código Penal tramita no Senado Federal, o Projeto propõe a tipificação da eutanásia no artigo 122:

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

Pena – prisão de dois a quatro anos

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

Com a mudança no Código Penal a pena do crime de eutanásia seria maior que de auxílio ao suicídio.

No Brasil, o médico paulista Carlos Alberto de Castro Cotti realizou diversas eutanásias ilegalmente entre 1956 e 2004, um dos casos relatados pelo médico foi em um paciente com metástases cerebrais, pulmonares e intestinais generalizadas, uma forma de proliferação do câncer pelo organismo, levando o indivíduo a uma dor insuportável e diminui drasticamente a independência do paciente. (GOLDIM, 2004)

Outro caso infame no país é do auxiliar de enfermagem Edson Isidoro Guimarães, onde ele revelou ter terminado cinco pacientes no Hospital Salgado Filho. O auxiliar afirmava que as mortes foram piedosas, contudo, foi revelado que ele tinha um acordo com agências funerárias, sendo pago por cada corpo. Esse caso não pode ser visto como eutanásia, já que não foram mortes piedosas, mas sim egoística. Também não é possível enquadrar em auxílio ao suicídio, mas sim homicídio qualificado, em 2000 o auxiliar de enfermagem foi condenado a 76 anos em regime fechado pela morte de 4 pacientes. (GOLDIM, 2004)

É importante ressaltar que no Brasil, o suicídio não é crime, sendo assim, a

forma humanizada e indolor do suicídio não poderia ser crime, contudo fatores morais, sociais e religiosos entram em conflito.

A Constituição Federal protege a vida em todos seus estágios, uma das impossibilidades para legalização da eutanásia no país, contudo, outros princípios constitucionais vão em contraponto, como o Princípio da Dignidade Humana, Autonomia da Vontade e a proibição de tratamentos desumanos. Como Princípio da Dignidade Humana:

Temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão dos demais seres humanos. (SARLET, 2001, p. 60)

A proteção da pessoa contra atos degradantes e desumanos entra no debate da eutanásia com os tratamentos paliativos do paciente, uma vez que o indivíduo já sofre de uma dor insuportável e precisa continuar com tratamentos pouco ou não efetivos, e nos casos de transtornos mentais pode deixar a pessoa alienada, apática, apenas existindo e não vivendo. Outra forma degradante e desumana é manter o sujeito vivo, em sofrimento, mesmo quando este prefere a eutanásia.

O Princípio da Dignidade humana pode ser visto como uma extensão para eutanásia, assim como da Autonomia, pois se o indivíduo não deseja mais viver e passa por grande sofrimento, a eutanásia poderia ser uma opção. Assim como se o Estado não permite a eutanásia, quem tem propriedade sobre o corpo dos cidadãos? A impossibilidade do paciente que deseja morrer e que tem a morte à vista, poderia terminar seu sofrimento, morrer de forma digna e menos dolorosa que suportar a dor agonizante.

A humanização da medicina é um princípio fundamental, no qual os médicos frequentemente se encontram em situações delicadas em que são profundamente sensíveis à condição do paciente. No entanto, esses médicos podem se sentir limitados em atender ao pedido do paciente devido às implicações legais previstas na legislação penal. O conflito entre o desejo de aliviar o sofrimento de um paciente e a potencial punição legal cria um dilema ético complexo.

É crucial considerar que, em uma sociedade em que o Direito busca ser humanizado, priorizando valores como justiça, dignidade, respeito e igualdade para

todos, é necessário questionar como podemos punir um médico por respeitar a vontade de uma pessoa que possui um amplo arbítrio para tomar decisões sobre o próprio corpo.

A autonomia e a autodeterminação são princípios fundamentais em ética médica e direitos humanos. Respeitar a capacidade de um indivíduo de tomar decisões informadas sobre sua própria saúde e vida é uma base essencial para garantir a dignidade e os direitos humanos. Portanto, punir um médico por agir de acordo com a vontade de um paciente, desde que essa vontade seja informada e não coagida, entra em conflito direto com os princípios da autonomia e da dignidade humana. (MELO, 2015)

Nesse contexto, é fundamental que o sistema legal considere formas de equilibrar a necessidade de proteger a integridade da lei com a necessidade de respeitar as escolhas autônomas dos indivíduos. Isso pode envolver uma revisão da legislação atual para acomodar situações em que o paciente, de forma consciente e informada, deseja encerrar seu sofrimento de maneira digna e compassiva.

É importante ressaltar que a Constituição assegura o direito à vida, mas não a obriga a ser mantida a qualquer custo, independentemente das circunstâncias. A questão que se coloca é: qual é o limite para manter viva uma pessoa que não possui mais a capacidade de viver com dignidade? Será que devemos manter alguém vivo apenas para atender à função social e ao princípio da inviolabilidade da vida?

Assim, surge um conflito ético e legal. Ao manter uma pessoa viva contra a sua vontade e quando ela não tem perspectiva de melhora, estamos não apenas desconsiderando o princípio da dignidade da pessoa humana, mas também violando o princípio da autonomia da vontade, que é algo que deve ser respeitado quando se trata do desejo do paciente em relação ao seu próprio destino.

É fundamental lembrar que o Estado existe para servir aos indivíduos que compõem a sociedade, e não o contrário. Portanto, as regras jurídicas devem evoluir de acordo com o contexto histórico, cultural e científico em que se encontram. Nesse sentido, a discussão sobre a eutanásia e o suicídio assistido deve ser analisada adequadamente, tanto no âmbito judicial quanto no legislativo. Esses debates são essenciais, principalmente quando se trata de casos excepcionais.

Historicamente, a sociedade já enfrentou debates semelhantes em relação a questões como o aborto, o estado de necessidade, a legítima defesa e a pena de

morte em tempos de guerra. Portanto, assegurar a vida a qualquer custo, sem considerar o que é considerado "digno", é desrespeitar e sentenciar o ser humano a um sofrimento prolongado e muitas vezes insuportável. Em casos extremamente excepcionais, como no caso de doentes terminais, a manutenção da vida pode ser interpretada como uma forma de tortura, pois implica no flagrante desrespeito à autonomia da vontade e à liberdade, permitindo que o sofrimento continue diante de uma situação irreversível. Portanto, a reflexão sobre essas questões é essencial para uma sociedade que busca equilibrar o respeito pela vida com o respeito pela dignidade e autonomia do indivíduo. (REIS, *et al*, 2019)

Após as considerações, é claro que o Brasil não avançou na discussão da eutanásia, necessitando de agilidade do Poder Legislativo sobre o tema. É essencial que o debate cresça no meio jurídico e acadêmico, para avançar a legislação acerca da eutanásia.

Além dos desafios específicos relacionados à saúde mental, o sistema de saúde geral do Brasil enfrenta problemas significativos. Isso inclui longas filas de espera para consultas e tratamentos, profissionais de saúde sobrecarregados e uma disponibilidade irregular de medicamentos. Muitas vezes, os medicamentos necessários para o tratamento de transtornos mentais são extremamente caros e nem sempre são oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que pode levar os pacientes a uma longa batalha judicial.

O acesso à saúde mental no Brasil também é afetado por desigualdades socioeconômicas. Pessoas em áreas rurais ou de baixa renda têm menos acesso aos serviços de saúde mental do que aquelas em áreas urbanas ou com recursos financeiros mais elevados.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, aproximadamente 10% da população global, o equivalente a cerca de 720 milhões de pessoas, enfrenta transtornos mentais (OMS). Essa estatística preocupante revela a dimensão global dos desafios relacionados à saúde mental. No cenário latino-americano, o Brasil surge como uma nação líder, mas não de maneira auspiciosa, ocupando o topo do *ranking* em casos de ansiedade e depressão na América Latina, com quase 19 milhões de indivíduos afetados por essas condições debilitantes. (OMS, 2015)

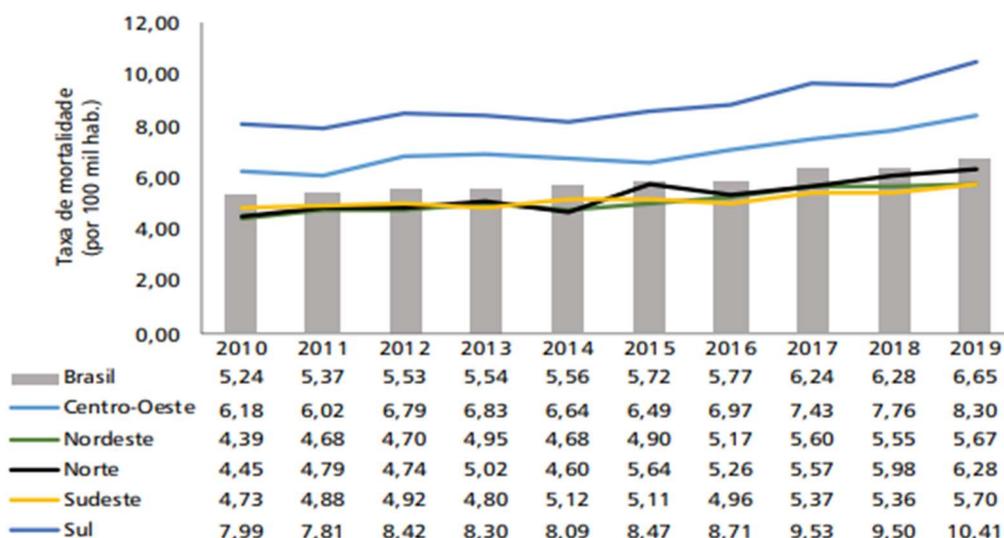
No período compreendido entre 2010 e 2019, o Brasil testemunhou um aumento alarmante nas taxas de suicídio. Durante esse intervalo de tempo,

ocorreram 112.230 mortes por suicídio no país, representando um aumento significativo de 43% em relação ao número anual de mortes, que subiu de 9.454 em 2010 para 13.523 em 2019. Essa tendência preocupante foi corroborada pela análise das taxas de mortalidade ajustadas, que revelaram um aumento do risco de morte por suicídio em todas as regiões do Brasil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

É importante destacar que esse aumento nas taxas de suicídio ocorreu em paralelo ao crescimento populacional do Brasil. Entre 2010 e 2019, estima-se que a população brasileira tenha crescido de 190.732.694 para 210.147.125, o que equivale a um aumento de 10,17%. Essa expansão demográfica torna ainda mais alarmantes os números absolutos de suicídio. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Em 2019, a taxa nacional de suicídio atingiu 6,6 por 100 mil habitantes, uma métrica que serve como um indicador crítico do problema. No entanto, é crucial ressaltar que as regiões Sul e Centro-Oeste do Brasil emergem como as áreas mais afetadas por essa crise, apresentando as maiores taxas de suicídio entre todas as regiões do país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Figura 2 - Evolução das taxas de mortalidade por suicídio no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2020.

Ao discutir a eutanásia para transtornos mentais no Brasil, é de suma importância que esses pacientes tiveram acesso ao tratamento adequado e que todas as vias médicas esgotaram, cenário que beira a utopia para o usuário do

Sistema Único de Saúde.

É necessário um imenso esforço para fornecer acesso aos tratamentos, para depois possibilitar a eutanásia, caso contrário, poderia ser uma forma mais barata e rápida do Estado não prover com a saúde mental do indivíduo.

3.2.1 A colisão entre Direitos Fundamentais

O conflito entre direitos geralmente ocorre quando o exercício de um direito pode afetar o exercício de outro direito fundamental ou quando há colisão de interesses de diferentes partes. Em um caso concreto, uma das partes invoca um direito fundamental em sua proteção, enquanto a outra se vê amparada por outro direito fundamental. Esses conflitos são inerentes às sociedades democráticas, onde diversos direitos fundamentais são consagrados na Constituição e devem ser respeitados. Quando as alegações de direitos fundamentais entram em choque, os sistemas jurídicos enfrentam o desafio de equilibrar esses interesses concorrentes.

Um exemplo de coalisão entre os direitos aconteceu durante a pandemia de COVID-19, onde as pessoas foram cerceadas do Direito à Livre Locomoção com o *Lockdown* visando o bem-estar geral, uma vez que entrava em conflito com o Direito à Saúde, previsto no Artigo 196 da Constituição Federal.

Para a eutanásia, existe o conflito do Direito à Vida com o da Dignidade e Autonomia. Uma vez que a proteção da vida de alguém que está em constante sofrimento e deseja terminar sua vida impede a eutanásia.

Mesmo com o Direito à Vida previsto constitucionalmente, é passível de debate quando teoricamente nenhum direito é absoluto:

os direitos fundamentais não são absolutos, mas relativos. Como é absolutamente natural que haja um conflito de direitos fundamentais, na análise de um caso concreto, se tivéssemos um direito fundamental absoluto, qualquer outro direito que contra ele se opusesse, seria aprioristicamente afastado. (MARTINS, 2022, p. 1.115)

No mesmo contexto:

Há alguns que valem em qualquer situação e para todos os homens indistintamente: são os direitos acerca dos quais há exigência de não serem limitados nem diante de casos excepcionais, nem com relação a esta ou àquela categoria, mesmo restrita, de membros do gênero humano (é o caso, por exemplo, do direito de não ser escravizado e de não sofrer tortura). Esses direitos são privilegiados porque não são postos em concorrência com outros direitos, ainda que também fundamentais. (BOBBIO, 1992, p. 20)

A proteção da vida é um dever fundamental do Estado, que tem a obrigação de garantir que nenhum indivíduo seja privado de sua vida. Por outro lado, negar e

criminalizar a eutanásia pode resultar em um prolongamento do sofrimento, impedindo ao paciente a capacidade de decidir sobre sua própria morte. É necessário que seja feita uma análise profunda do conflito entre Direito à Dignidade Humana e o Direito à Vida, para assim assegurar a Dignidade em todos os estágios da existência, respeitando as decisões individuais e que ninguém seja submetido a tratamento degradante que perpetue sua dor.

CONCLUSÃO

A presente monografia abordou a complexa questão do Direito à Morte Digna, com um foco específico na eutanásia como uma opção para pacientes que enfrentam transtornos mentais.

A depressão, como doença mais incapacitante do mundo atualmente, segundo a OMS, ainda é subestimada e, frequentemente, ignorada por muitos. No Brasil, quase 6% da população já recebeu um diagnóstico de depressão, o que representa 11,5 milhões de pessoas que enfrentam essa enfermidade e suas implicações (TUCHLINSKI, 2018).

Muitas pessoas diagnosticadas com depressão conseguem melhorar significativamente sua qualidade de vida e, em alguns casos, podem até ser consideradas curadas com o tratamento médico adequado e acompanhamento psicológico. Entretanto, essa perspectiva é incerta e depende de fatores como a precisão e o momento do diagnóstico, o início do tratamento e as condições individuais do paciente, o que pode tornar a recuperação improvável.

A análise detalhada do ordenamento jurídico brasileiro em comparação com outros sistemas legais no mundo revelou a inércia do Estado Brasileiro na discussão da eutanásia, sendo categorizada como crime tipificado no Código Penal. Vale ressaltar que a diferença de tratamento dada pelos legisladores à ortotanásia em comparação à eutanásia é contraditória. Isso ocorre porque a discussão em torno da ortotanásia se afasta de concepções de ordem moral, religiosa, social ou política relacionadas à vida humana. A legalização desse direito reflete que nem o Estado, nem terceiros, devem ter o poder de determinar quais vidas são dignas de serem vividas, preservando essa decisão para o próprio indivíduo afetado por uma enfermidade irreversível.

O Direito à Vida entre em conflito com o Direito à Dignidade Humana e Autonomia, sendo pretexto para a não regulamentação da eutanásia. Nas situações em que ocorre a colisão entre direitos fundamentais, deve-se priorizar o respeito à individualidade em lugar da coletividade, especialmente quando se trata do direito à vida. Cada caso concreto é único, uma vez que cada ser humano é singular, tornando admissível que a decisão de dispor da própria vida seja tomada pelo próprio paciente em questão.

Para a regulamentação da eutanásia, é necessário um profundo estudo por

uma equipe multidisciplinar, para estabelecer limites e salvaguarda a fim de evitar abusos. Os argumentos apresentados são fundamentais para contrapor a ideia de que a eutanásia possa ser associada à eugenia. É importante enfatizar que a eutanásia é estritamente voluntária e requer uma solicitação explícita por parte do paciente. O Direito à Morte Digna não deve, em hipótese alguma, ser deturpado como pretexto para homicídio ou para que o Estado possa eliminar aqueles que são considerados indesejados.

Por meio de cuidados legais sólidos e diretrizes médicas rigorosas, é possível garantir que as atrocidades perpetradas durante o Holocausto, sob o rótulo da "eutanásia", jamais se repitam. É essencial que a regulamentação da eutanásia seja moldada de maneira a respeitar a autonomia do paciente, protegendo-o de qualquer interferência externa e mantendo o foco na promoção da dignidade humana. Dessa forma, assegura que o direito à morte digna seja exercido de maneira ética, responsável e justa, com a devida consideração pelos valores fundamentais que sustentam Estado Democrático Brasileiro.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (DSM-V). Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014;
- BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida**. Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, v. 34, n. 1;
- BÉLGICA, **The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002**. Bruxelas. Disponível em: <<http://eol.law.dal.ca/wp-content/uploads/2015/06/Euthanasia-Act.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2023;
- BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 28 abr. 2023;
- BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. 9ª. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992;
- CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal: Volume II**. 23ª. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2023;
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.805/2006**. Brasília: CFM, 2006. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>> Acesso em: 15 ago 2023;
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.995/2012**. Brasília: CFM, 2012. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>> Acesso em: 8 jun 2023;
- DOWNIE, Cable Public Affairs Channel. *Expert Discusses Assisted Death for Mental Illness Sufferers*. YouTube, 30 de jan. de 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IUArt-GHK8Q&ab_channel=cpac>. Acesso em: 20 set. 2023;
- DWORKIN, Ronald, **Domínio da vida: Aborto, eutanásia e liberdades individuais**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009;
- FACHINI, Merlim. (2014). **A eutanásia sob a ótica utilitarista de Peter Singer**:

uma análise em vista do profissional da saúde. Repositório UCS. Disponível em: <<https://repositorio.ucs.br/handle/11338/828>> Acesso em: 29 mai. 2023;

FELÍCIO, JL, Pessini L. **Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais**. Rev. bioét. (Impr.) 2009 Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/162> Acesso em: 10 out. 2023 ;

FELIX, Z.C., Costa, S. F. G. da, Alves, A.M.P.M., Andrade, C.G., Duarte, M.C.S., Brito, F.M.. **Eutanásia, distanásia e ortotanásia: Revisão integrativa da literatura**. Cien Saude Colet [periódico na internet]. Disponível em:

<<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/eutanasia-distanasia-e-ortotanasia-revisao-integrativa-da-literatura/13089?id=13089>> Acesso em: 20 mai. 2023;

FERREIRA, Luciano Alves Maia, **Eutanásia e suicídio assistido: uma análise normativa comparada**. Curitiba: Appris Editora, 2018;

GOLDIM, J.R. **Breve histórico da eutanásia**. 2000. Disponível em:

<<http://www.bioetica.ufrgs.br/euthist.htm>>. Acesso em: 25 mai. 2023;

GOMES, Luiz Flávio. Testamento vital e a ortotanásia. Disponível em:

<<http://professorlfg.jusbrasil.com.br/artigos/121929832/testamento-vital-e-a-ortotanasia>>. Acesso em: 1º jun. 2023;

HUTTON, W. **The bad news is we're dying early in Britain – and it's all down to 'shit-life syndrome'**, Londres, ago. 2018. Disponível em:

<<https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/aug/19/bad-news-is-were-dying-earlier-in-britain-down-to-shit-life-syndrome>>. Acesso em: 5 de out. 2023;

ITHAN, Livia Haygert. **A dignidade humana como fundamento jurídico das "ordens de não ressucitação"**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004;

KANT, Immanuel Kant. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições, 2007.

LOPES, Antônio Carlos *et al*, **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: Aspectos Médicos e Jurídicos**. São Paulo: Atheneu, 2017;

MARTINS, Flávio. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva Jur, 2022;

MELO, Ana Carolina Pereira. **A Polêmica da Legalização da Eutanásia no Brasil: O Dever Ético de Respeito Às Vontades Antecipadas dos Pacientes Terminais**.

Centro Universitário Toledo. São Paulo, 2014. Disponível em: <

<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/4829>> Acesso em: 25 set 2023;

- NOVA ZELÂNDIA, **End of Life Choice Act 2019**. Wellington. Disponível em: <<https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/DLM7285905.html>>. Acesso em: 08 out. 2023;
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org>> Acesso em: 8 jun 2023;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção**, 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>> Acesso em: 28 set 2023;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transtornos mentais**, 2023. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>> Acesso em: 28 set 2023
- PAÍSES BAIXOS, **Annual Report of 2022**. Amsterdã. Disponível em: <<https://english.euthanasiecommissie.nl/thecommittees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>>. Acesso em: 15 out. 2023;
- POTTER, V. R.; **Bioética: ponte para o futuro**. São Paulo: Edições Loyola; 2016.
- REIS, S.A.; OLIVEIRA, R.F. **Os Limites Entre a Defesa do Direito À Vida e À Morte: Uma Análise Atual Da Eutanásia no Brasil**. Goiânia. Revista de Biodireito e Direito dos Animais, 2019.
- REZENDE, J. M. **O Juramento de Hipócrates**. In: À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009, pp. 31-48. História da Medicina series, vol. 2. ISBN 978-85-61673-63-5. <<https://doi.org/10.7476/9788561673635.0004>>. Acesso em 09 jun. 2023;
- SADOCK, V. A.; SADOCK, B. J; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016;
- SCHOPENHAUER, A., **Studies in Pessimism: The Essays**. Londres: Domínio Público;
- SINGER, P. **Rethinking life and death: the colapse o four tradicional ethics**. New York: St. Martin's Griffin, 1996;
- SUMMER, L. W. **Physician-Assisted Death: what everyone needs to know**. Oxford Press, 2017. 1913;
- SZASZ, T. **Fatal Freedom: the ethics and politics of suicide**. Praegers, 1999;
- WALTON. **Slippery Slope**. Windsor. University of Windsor, 2016;
- WALDER, L., & COURA, L. (2020). **A Insustentável Certeza Da Morte: A Eutanásia E O Sofrimento Invisível**. Enciclopédia Biosfera, 17(32). Disponível em:

<<https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/7>> Acesso em: 20 mai. 2023.