



DIREITO

V.10 • N.3 • 2026 • Publicação Contínua

ISSN Digital: 2316-381X

ISSN Impresso: 2316-3321

DOI: 10.17564/2316-381X.2026v10n3p173-197

## O CASO DA MÉDICA DE CURITIBA: ESTUDO SOBRE EUTANÁSIA, HOMICÍDIO E INCOMPREENSÃO DO PROCESSO DE MORTE

CURITIBA DOCTOR CASE: STUDY ABOUT EUTHANASIA, HOMICIDE  
AND MISUNDERSTANDING OF DEATH PROCESS

EL CASO DE LA MÉDICA DE CURITIBA: UN ESTUDIO SOBRE LA EUTANASIA,  
EL HOMICIDIO Y LA MALENTENDENCIA DEL PROCESO DE MUERTE

Roberta Marina Cioatto<sup>1</sup>

Sammya Caroline Alves Rodrigues<sup>2</sup>

### RESUMO

O caso da médica do Hospital Universitário Evangelista de Curitiba, que acabou sendo conhecida como Doutora Morte há cerca de dez anos, refletiu-se no Brasil como um caso de eutanásia. Mas, em havendo condenação pelas mortes ocorridas, teria se tratado, efetivamente, de eutanásia? Esta pesquisa teve como objetivo geral investigar se o caso da médica está relacionado ou não com eutanásia e, como objetivos específicos: a) explicar quais argumentos foram utilizados em relação ao caso; b) apresentar a abordagem feita pela mídia ao caso da médica quanto à imposição do termo eutanásia; e c) demonstrar como a falsa compreensão, o desconhecimento de técnicas médicas, a ausência de comunicação eficaz entre médicos, pacientes e familiares e a incompreensão da aceitação sobre a finitude da vida refletem em casos como o estudado. Foi utilizada a pesquisa bibliográfica. Como resultado, o que pode ter ocorrido foram atos respaldados na literatura médica, incompreendidos por muitos, dentre os quais os familiares dos enfermos.

### PALAVRAS-CHAVE

Eutanásia, médica Virgínia, incompreensão sobre o processo de morte, excesso de prescrição médica.

## ABSTRACT

The case of the doctor at the Hospital Universitário Evangelista de Curitiba, who became known as Doctor Death about ten years ago, was regarded in Brazil as a case of euthanasia. But, if there had been a condemnation, would it have actually been euthanasia? The general objective of this research was to investigate whether or not the case of physician is related to euthanasia and, as specific objectives: a) to explain which arguments were used in relation to the case; b) present the approach made by the media to the case of the Physician regarding the imposition of the term euthanasia; and c) demonstrate how the false understanding, the lack of knowledge of medical techniques, the lack of effective communication between doctors, patients and family members and the misunderstanding of acceptance of the finitude of life reflect in cases such as the one studied. Bibliographic research was used. The result: what could have happened were acts supported by medical literature, misunderstood by many, including the patients' families.

## KEYWORDS

Euthanasia; Virginia doctor; misunderstanding about the process of death; excessive medical prescription.

## RESUMEN

El caso de la médica del Hospital Universitario Evangelista de Curitiba, conocido como la “Doctora Muerte” hace aproximadamente diez años, fue interpretado en Brasil como un caso de eutanasia. Sin embargo, dada la condena por las muertes ocurridas, ¿se trató realmente de eutanasia? Esta investigación tuvo como objetivo general indagar si el caso del médico está relacionado con la eutanasia y, como objetivos específicos: a) explicar los argumentos utilizados en relación con el caso; b) presentar el enfoque adoptado por los medios de comunicación respecto a la imposición del término eutanasia; y c) demostrar cómo la falta de comprensión, la falta de conocimiento de las técnicas médicas, la ausencia de comunicación efectiva entre médicos, pacientes y familiares, y la incomprensión de la aceptación de la finitud de la vida se reflejan en casos como el estudiado. Se utilizó investigación bibliográfica. Como resultado, se concluyó que lo que pudo haber ocurrido fueron actos respaldados por la literatura médica, pero malinterpretados por muchos, incluyendo a las familias de los pacientes.

## PALABRAS-CLAVE

Eutanasia, médica Virginia, incomprensión sobre el proceso de morir, prescripción excesiva de medicamentos.

## 1 INTRODUÇÃO

O termo eutanásia consagra-se para indicar a morte provocada, antecipada, e por compaixão. Seu objetivo é trazer ao enfermo uma morte de forma digna e serena frente ao sofrimento no qual se encontra, ou seja, um fim lento e com muita dor. Diante de uma enfermidade incurável e dolorosa, insistir na vida pode ser desumano, devendo haver respeito a quem escolhe antecipar o processo de morte em tais condições.

Os defensores da eutanásia alegam que esta deveria ser um direito de todos os doentes que a desejassem, pois seria um alívio para o enfermo. Dessa forma, a aceitabilidade sobre a extinção do sofrimento de um paciente que padece de uma enfermidade sem cura deveria prevalecer sobre a opinião egoísta de quem não está em seu lugar. Mas mesmo o doente escolhendo até quando suportar tal sofrimento, objetivando o direito de ter uma morte digna e indolor, não deixa de ser um ato difícil para si e para os demais.

Na sua essência, os ocidentais não têm, na sua quase totalidade, maturidade para a morte natural, muito menos para a ideia de ter a hora de sua morte marcada. Não há previsão no ordenamento jurídico brasileiro sobre a eutanásia, sendo essa prática caracterizada como homicídio com redução de pena. Tratar-se-ia de um homicídio privilegiado pelo motivo de relevante valor moral, provocado pela piedade do autor frente ao sofrimento do enfermo.

O caso da médica Virgínia, do Hospital Universitário Evangelista de Curitiba, que acabou sendo conhecida como Doutora Morte há cerca de dez anos, refletiu-se no Brasil como um caso de eutanásia. A imposição da mídia em usar o termo, ao se referir sobre a morte de pacientes que estavam sob sua responsabilidade, desvirtuou ainda mais o pouco entendimento sobre o instituto. Diante do exposto, encontram-se os seguintes questionamentos. I) Como se desenrolou o caso da médica Virgínia? II) O que é eutanásia, quais são seus tipos e qual é o seu enquadramento no ordenamento jurídico brasileiro? III) Como a falsa compreensão sobre o desconhecimento de técnicas médicas, a ausência de comunicação eficaz entre médicos, pacientes e familiares, e como a incompreensão da aceitação sobre a finitude da vida refletem em casos como o estudado?

Nesse sentido, surgiu o problema da presente pesquisa: O caso da médica Virgínia, em havendo condenação pelas mortes ocorridas, teria se tratado, efetivamente, de eutanásia?

Esta pesquisa teve como objetivo geral investigar se o caso da médica Virgínia está relacionado ou não com eutanásia e, como objetivos específicos: 1) Explicar quais argumentos foram utilizados em relação ao caso; 2) Apresentar algumas das abordagens feitas pela mídia ao caso da médica quanto à imposição do termo eutanásia; e 3) Demonstrar como a falsa compreensão, o desconhecimento de técnicas médicas, a ausência de comunicação eficaz entre médicos, pacientes e familiares, e como a incompreensão da aceitação sobre a finitude da vida refletem em casos como o estudado.

Neste trabalho, foi utilizada a pesquisa bibliográfica e fez-se uso da abordagem qualitativa. Quanto ao método de procedimento, foi empregado o dedutivo. Destarte, o estudo de caso. Importante mencionar que não se teve acesso aos autos do processo, limitando-se às informações veiculadas na mídia e, quanto ao caso em específico, os dados foram colhidos na narrativa publicada em livro pelos advogados da acusada e algumas decisões publicadas.

Trata-se de tema controverso e pouco conhecido no Brasil. Em 2024, o assunto começou a ser noticiado de forma a indagar sobre o seu acesso e impedimentos legais a partir dos pedidos de Carolina Arruda – jovem que desde os 16 anos enfrenta uma dor crônica, intensa e constante na face – neuralgia do trigêmeo – sem tratamento eficaz. Depois, diante da opção do escritor Antonio Cícero, doente de Alzheimer, por morrer na Suíça. Entretanto, ambos os procedimentos se trata de suicídio medicamente assistido e não de eutanásia. Foi em 2005 que o pai de Jheck Brenner Oliveira havia manifestado publicamente a intenção (não concretizada) de requerer judicialmente a eutanásia do filho diagnosticado com síndrome metabólica degenerativa e em estado semi-vegetativo - e que veio a falecer em razão da doença em 2017 (Figueiredo, 2017).

Em 2016, o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) confirmou o veredicto do Tribunal do Júri absolvendo Roberto Rodrigues de Oliveira da morte de seu irmão tetraplégico Geraldo cinco anos antes. Comovido e pressionado pelos insistentes apelos do irmão mais velho para abreviar seu sofrimento e dor, simularam a ocorrência de um latrocínio. Foi submetido ao Conselho de Sentença uma vez que a tese da excludente de que teria agido diante da justificativa moral e amor fraterno não fora admitida na fase de pronúncia. Mas, em plenário, enquanto o Ministério Público sustentou a condenação por homicídio privilegiado, a Defesa pugnou pela absolvição por inexigibilidade de conduta diversa. Configurada a coação moral irresistível, consistente nos recorrentes suplícios da vítima em morrer.

Nesse sentido, é importante entender que o caso da médica Virgínia traz ainda muitos questionamentos. Há quem afirme que após o ocorrido, o livre exercício da medicina ficou em risco no Brasil. Diante da grande repercussão, ocasionou reflexos negativos para equipes atuantes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Ademais, a ciência médica não pode ser relativizada no seu livre e ético exercício, pois seu principal objetivo é cuidar de pacientes. A morte é comum a todos, e o dever do médico é cuidar, e não curar, visto que a cura é consequência do cuidar, mas nem sempre é alcançada.

## 2 O CASO

O tópico que se apresenta é baseado, até a sentença, no livro “A Medicina no Banco dos Réus: o resgate da verdade” escrito por Elias Mattar Assad e Elisa Mattar Assad, advogados de defesa da médica V. H. S. S., publicado em 2018. O trabalho retrata a denúncia do Ministério Público contra a médica, que, de janeiro de 2006 até fevereiro de 2013, teria se associado à sua equipe com o fim de causar a morte de pacientes internados na UTI do Hospital Evangélico de Curitiba.

Tais fatos teriam acontecido sob sua liderança, em razão de suas funções como intensivista do hospital. Supostamente, eram prescritos e aplicados certos medicamentos que, em conjunto com a redução de parâmetros de ventilação, levaram pacientes dependentes de ventilação mecânica a óbito. Dessa forma, a tese de acusação afirmou que os acusados praticaram antecipações de morte para que fossem liberados leitos de UTI, desprezando a vida de pacientes.

Segundo os advogados, a todo instante na medicina há situações em que se faz necessário fazer escolhas, sem nunca deixar de ponderar a relação entre risco e benefício. O raciocínio que norteia

o funcionamento de hospitais e o exercício das profissões envolvidas têm regramentos éticos, nos quais os erros são excepcionais em relação ao número de acertos. A UTI é um setor desgastante, e profissionais especializados acabam se tornando escassos. Para quem vai visitar um ente hospitalizado, cabe cumprir o que é orientado ou consultar a enfermagem sobre o que se deve fazer, visto que tentar salvar vidas é a meta de equipes médicas, independentemente de ser paciente particular ou do SUS. Conforme os advogados:

A médica em sua defesa deixou claro que é mais fácil um paciente de “plano de saúde particular” vir a óbito por falta de liberação de remédios, exames ou procedimentos, que um paciente do Sistema Único de Saúde (SUS). Para estes as liberações são automáticas e imediatas e não dependem do “pode” dos controladores dos planos de saúde particulares que, vez por outra, demoram horas e dias para autorizarem remédios e procedimentos de alto custo, relegando o direito à vida do paciente para um plano secundário (2018, p. 51).

Ao contrário do que exposto na denúncia, o trabalho da médica era empenhar-se com seriedade para manter o bom funcionamento da UTI e prestar atendimento eficaz a seus pacientes. A denúncia do Ministério Público foi composta de oito fatos, a seguir brevemente elencados. Depois disso, dar-se-á ênfase aos argumentos da defesa, à perícia e à decisão do juiz.

No período compreendido, a médica e sua equipe teriam se associado, com vontades livres e conscientes, com o fim de cometer homicídios de pacientes internados na UTI geral, mediante o uso insidioso e sorrateiro de instrumentos, medicamentos e equipamentos, no exercício de suas profissões de saúde. Em razão disso, foram enquadrados no artigo 288 do Código Penal: associarem-se três ou mais pessoas para o fim específico de cometer crimes (1º fato). Conforme a acusação:

Virgínia e sua equipe prescrevem medicamentos bloqueadores neuromusculares que são usados na medicina intensiva para otimização de ventilação artificial (como pancurônio e às vezes conjugados com fármacos anestésicos com dibesilato de atracurium), o propofol, cloridrato de cetamina e tiopental sódico, sedativos como midazolam e analgésicos como citrato de fentanila. Ministrados os fármacos, procedia-se os rebaixamentos nos parâmetros ventilatórios dos pacientes, fazendo-os morrer por asfixia (2018, p. 91).

O estoque e a dispensação de remédios eram informatizados com controle de códigos de barras e, uma vez prescrito no prontuário pelos respectivos terminais de computadores, o sistema não admitia correção. Em caso de eventual erro até de digitação, outra prescrição corretiva deveria ser feita sem apagamento da anterior (2018, p. 161). Dessa forma, não havia como ministrar qualquer remédio sem um rígido controle, com identificação de todos os atores do procedimento e dos pacientes destinatários. Quanto aos bloqueadores neuromusculares para otimização de ventilação artificial, são utilizados para sedação e analgesia em terapia intensiva, esclareceu o perito, e estão vinculados às decisões médicas de equipes ou individuais em UTI (2018, p. 154).

No que pertine à imputação do delito de homicídio na sua forma qualificada da paciente P.A.P. (2º fato) que estava internada na UTI geral em razão de uma embolia e trombose de artérias dos mem-

bro superior, com dificuldades respiratórias, a acusada teria administrado em bolus endovenosa os medicamentos midazolam, cloridrato de cetamina e dibesilato de atracurium, sem justificativa terapêutica. Dessa forma, teria reduzido os parâmetros de ventilação mecânica, provocando a morte da paciente por asfixia (2018, p. 548).

Consta que a enferma estava com quadro de admissão de choque séptico, que respondeu parcialmente ao tratamento ao longo dos dias, conseguindo inclusive a retirada de aminas vasoativas. Porém, com a piora do quadro pulmonar, foram usados parâmetros elevados em ventilação, por severa hipotensão durante a primeira sessão de hemodiálise, sendo mantidas até o momento do óbito. O perito afirmou que o paciente faleceu durante o procedimento de hemodiálise, esclarecendo que a medicação ministrada foi necessária para realizar o procedimento. Confirmou que os parâmetros foram aumentados e não diminuídos (2018, p. 554).

O Ministério Público criou uma espécie de padrão acusatório na denúncia, com repetições das mesmas situações. A acusação apontou outras mortes, como a da paciente C.D.C. (3º fato) que estava internada em razão de câncer nos pulmões, com dificuldade respiratória. Com a prescrição de citrato de fentanila, propofol e pancurônio, teria rebaixado os parâmetros de ventilação mecânica e provocado a morte por asfixia (2018, p. 556).

A enferma fora admitida na UTI com hipótese diagnóstica de carcinoma pulmonar, com comprometimento linfático e vascular e dor, apesar do uso crônico de derivados opioides. A conduta médica para essa paciente foi hidratação, reposição de perdas sanguíneas, antibióticoterapia profilática, associada a anti-helmínticos (2018, p. 215-217). A paciente demonstrou períodos de taquicardia e hipertensão ao longo dos dias. O primeiro diagnóstico médico é de reação à dor. Porém, não havia resposta quando aplicados analgésicos.

Tratar uma hipertensão arterial e uma taquicardia não é difícil para um médico informado, mas, se esses sintomas forem secundários a algum processo ainda não diagnosticado, significa uma resposta do organismo à agressão sofrida. Não seria conduta adequada abolir tais sinais e sintomas porque seria extirpar a defesa do próprio organismo, sem investigação que pudesse explicar essas alterações até aquele momento. Relacionou-se com complicações secundárias ao processo tumoral, infecções (2018, p. 221-223).

Na certidão de óbito, consta, como causa da morte, a insuficiência respiratória/adenocarcinoma de pulmão invasivo (2018, p. 231-235). O perito afirmou que o óbito não teve nexos com a ministração dos medicamentos, e sim com a doença base. No caso, a morte não ocorreu por ação humana, mas sim pelos distúrbios cardíacos que o paciente apresentava. Ademais, quando se mantém ventilação mecânica controlada ou assistida, não há óbito por asfixia (2018, p. 256).

O paciente M.M.N.N. (4º fato), internado em decorrência de neoplasia maligna do reto, com suporte de ventilação mecânica, teria sido morto por asfixia em decorrência da prescrição de citrato de fentanila, midazolam e pancurônio (2018, p. 561). Tratava-se de paciente ex-tabagista admitido na UTI e, com base na descrição cirúrgica, alterou-se a antibióticoterapia ministrada em transoperatório, ampliando-se muito o seu espectro. O assistente do Ministério Público sugeriu que a cirurgia não foi realizada em caráter excepcional (2018, p. 250-251).

A equipe havia suspeitado de que o quadro infeccioso estivesse sem controle, ficando evidente que todas as intercorrências foram amplamente investigadas e tratadas. Em nenhum momento o paciente foi conduzido como terminal. Além de portador de doença carcinomatosa e de estar em quadro séptico, era também portador de doença aterosclerótica sistêmica com suas possíveis complicações. Tratava-se de carcinoma de cólon, em estado avançado, com perfuração intestinal, quadro de sepse e comprometimento cardíaco importante que, por si só, poderia gerar um desfecho súbito, em um quadro irreversível (2018, p. 254-255).

A resposta da perícia demonstra que o paciente foi internado por causa de choque hipovolêmico, instabilidade hemodinâmica e necessidade de ventilação mecânica controlada. Ademais, as drogas utilizadas nesse paciente foram com base em uso e indicação do quadro clínico, por causa da agitação e confusão mental. O perito oficial do IML negou asfixia (2018, p. 256).

A.R.S. (5º fato), vítima de explosão em tanque de gasolina, sofreu queimadura de 3º grau com lesão pulmonar, apresentando quadro de Síndrome de Desconforto Respiratório Agudo e Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (2018, p. 282). Segundo a denúncia, com intenção de matar o paciente, a médica prescreveu citrato de ventania e pancurônio, estando assim a vítima mais dependente de ventilação mecânica (2018, p. 566). Mas não houve redução de parâmetros ventilatórios, conforme laudo de necropsia (2018, p. 283).

Houve necessidade de potencialização da sedo-analgesia contínua, com uso de sedativos e analgésicos via venosa, ora para curativos, ora para adequação do paciente à ventilação mecânica. Foram administrados bloqueadores neuromusculares em algumas ocasiões, não agravando a condição do paciente (2018, p. 286). A causa do óbito consta como septicemia/queimaduras de 2º grau profundo/energia físico-química.

A paciente R.R. (6º fato) estava internada na UTI em razão de hemorragia digestiva alta, sem conseguir respirar naturalmente. A acusada teria prescrito os fármacos citrato de fentanila, propofol e pancurônio para aplicação em bônus, sem qualquer indicação terapêutica constante no prontuário. Assim, a vítima estaria mais dependente de ventilação mecânica (2018, p. 571). A sedo-analgesia e o bloqueador neuromuscular se fizeram necessários para que o atendimento fosse possível (2018, p. 315-316):

A partir do momento em que se consegue estabilizar um paciente é que se avança na investigação diagnóstica e se aponta as evoluções e o porquê dos exames solicitados, considerando os recursos disponíveis e os riscos de transporte de paciente instável, limitando a ação médica (2018, p. 320).

É interessante que a equipe médica leve em consideração as comorbidades relatadas de um paciente, pensando nas patologias presentes e naquelas que podem surgir e interferir negativamente no quadro clínico. A paciente tinha antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e a equipe médica não conhecia seus controles basais de pressão. A função renal dentro da normalidade era imprescindível, e, além disso, ela fazia uso de anti-inflamatórios há anos. A decisão médica foi de aguardar a resposta da paciente às transfusões que foram efetuadas (2018, p. 322-327). Entretanto,

O óbito da paciente ocorreu por não haver resposta aos parâmetros de ventilação máximos, atingindo saturação crítica, instabilizando pressão, evoluindo a choque e assistolia. A paciente foi socorrida e não houve resposta, mostrando-se em situação irreversível já que o objetivo da reanimação, que foi tentada ainda com o coração batendo, é oxigenar o paciente e manter níveis de pressão adequados. As drogas vasoativas estavam em valores elevadíssimos, sem resposta em função de hipóxia severa (2018, p. 335).

É compreensível que parentes de pacientes que foram a óbito não compreendam facilmente. Mesmo quando o quadro é irreversível, o médico continua fazendo tudo que está ao seu alcance, mas não pode evitar a morte. Todas as acusações foram rejeitadas por decisões do Conselho Regional de Medicina (2018, p. 339).

O Paciente L.A.I. (7º fato) era portador de comorbidades importantes e que, paralelamente à conduta que foi adotada pelos médicos quanto à medicação, foi mantido em dieta, hidratação, anti-inflamatórios, entre outros cuidados. Estava internado em razão de fratura de vértebra, sem conseguir respirar naturalmente em sedação contínua mediante uso dos medicamentos citrato de fentanila, midazolam e cloridrato de cetamina (2018, p. 574). “Durante a internação, houve confusão mental, agitação, referências à taquicardia, tendo como foco inicial a suspeita de infecção pulmonar” (2018, p. 352).

A conduta médica foi no sentido de tentar, através da reposição hídrica, promover a ressuscitação volêmica e o mais precoce possível a redução ou retirada de aminas vasoativas. O paciente apresentava difícil resposta à analgesia e sedativos e, no último ato, conseguiu retirar o tubo orotraqueal, mesmo com a infusão em doses dobradas, provocando um agravamento súbito. Em decorrência disso, o paciente passou a apresentar agitação, expressão facial de dor, palidez e assincronia com o ventilador. Apesar de todos os esforços, o paciente não apresentou resposta, evoluindo a óbito por choque refratário e dessaturação crítica (2018, p. 353-361).

Quanto ao paciente I.S. (8º fato) que estava internado na UTI geral em razão de lesão trófica, com dificuldades respiratórias, em diálogos com a equipe de cirurgia vascular e anestesiologia, a necessidade de uso de aminas vasoativas e de instabilidade hemodinâmica estabeleceram o temor pelo sucesso de enxertia. O procedimento depende de boa perfusão periférica, utilizando vasodilatadores e outras medidas para manter perfuração adequada (2018, p. 385).

O paciente em questão apresentava riscos de coronariopatia, isquemia ou infarto do miocárdio. Possuía hipertrofia ventricular concêntrica esquerda, que por si só, mesmo que não houvesse lesão coronariana, poderia causar infarto subendocárdico em situações de estresse (2018, p. 392).

Antes de comprovada a perda da enxertia, todos os esforços foram concentrados em tentar diminuir ao máximo os danos causados pela evolução da lesão. A equipe de cirurgia vascular acompanhava o quadro clínico, porém sem mais condições de intervenção. Restariam apenas amputações amplas e, mesmo que a cirurgia fosse possível, seria uma agressão a pacientes com danos cerebrais severos e sem controle (2018, p. 393).

A preocupação da equipe médica era com os familiares, tentando esclarecer as condutas e as condições clínicas, frente às piores progressivas que se apresentavam. O paciente em questão foi avaliado pela cirurgia torácica e submetido a traqueostomia em acordo com médicos assistentes, mesmo diante da gravidade reconhecida e de pouca chance terapêutica (2018, p. 395).

De acordo com o Ministério Público, a acusada teria mantido a ventilação mecânica em nível baixo, desligando a bomba infusora que administrava tais drogas, acarretando a morte do paciente por asfixia. Algumas condutas que não foram justificadas, não têm relação com a denúncia do Ministério Público, visto que o fato de inexistir terapêutica não caracteriza que o óbito foi antecipado (2018, p. 579).

A médica e sua equipe de sete pessoas foram absolvidas das acusações de formação de quadrilha sumariamente, conforme o artigo 415, II, do Código de Processo Penal (CPP) pelo juízo da 2ª Vara do Tribunal do Júri de Curitiba. Quanto aos demais fatos, concluiu-se pela inexistência de indícios e materialidade, não havendo nexos de causalidade entre a conduta e o resultado morte, com respaldo no artigo 414 do CPP, ou diante do fato não constituir infração penal, conforme o artigo 415, III, do CPP, impronunciando-se ou absolvendo sumariamente a acusada. Em linhas gerais, decidiu-se por impronunciar a médica em relação ao 2º, 5º, 6º e 8º fatos da denúncia, e decretou-se sua absolvição em relação ao 3º, 4º e 7º fatos narrados na exordial acusatória. Da sentença, houve recurso.

Em recurso, o Ministério Público do Estado do Paraná, buscou a reforma da sentença para o fim de que os réus fossem pronunciados. Em suas razões, afirmou que as conclusões adotadas pelo Juízo desconsideraram os três laudos periciais complementares que teriam fornecido conclusões técnicas diversas ou opostas. Do mesmo modo, teriam sido ignorados os indícios decorrentes das interceptações telefônicas efetuadas na fase investigatória, sendo que a prova testemunhal haveria sido valorada de maneira distinta.

Ainda, que deveria ter sido realizada a reanimação cardiopulmonar dos pacientes, uma vez que, teoricamente, não teria ocorrido uma evolução natural da doença de base. A asfixia seria dedutível da noção de que todas as supostas vítimas estariam submetidas à ventilação mecânica por insuficiência respiratória, sendo que, com a injeção dos remédios, seria necessária a readequação dos parâmetros inseridos no respirador artificial, providência não efetuada.

Ocorre que, diante da apelação recebida no dia 17/10/2017 e julgada em 10/06/2021 (processo: 0029137-50.2012.8.16.0013 ou antigo 1743208-5 quando convertido em PROJUDI), a 1ª Câmara Criminal do Tribunal de Justiça do Paraná, por maioria, deu provimento ao recurso do Ministério Público para o fim de que os réus fossem pronunciados e julgados pelo Tribunal do Júri como incurso nos delitos tipificados no art. 121, § 2º, I e IV, e art. 288, caput, ambos do Código Penal. Entendeu-se pela impossibilidade de absolvição sumária diante da materialidade dos crimes dolosos contra a vida devidamente comprovados eis que presentes indícios suficientes de autoria com exceção do quinto fato da denúncia em que não teria havido mostras de prática de crime e, portanto, mantida a impronúncia.

Por tratar-se a decisão de pronúncia de mero juízo de admissibilidade da acusação, bastaria apenas a demonstração da materialidade do delito e da existência de indícios suficientes de autoria ou de participação, sendo defeso ao Juiz, nesta fase, o exame aprofundado das provas, para não influenciar o Conselho de Sentença popular. Evidenciada a materialidade dos crimes dolosos contra a vida e os

indícios necessários de autoria das condutas denunciadas consistentes em supostas antecipações das mortes de pacientes que, internados na UTI não apresentavam, em princípio, sinais claros de intercorrências advindas da evolução natural de suas doenças de base para óbito, deveria ser reformada a decisão de primeiro grau.

Do acórdão, consta ainda se afigurarem improcedentes as qualificadoras do motivo torpe e do recurso que impossibilitou a defesa da vítima (art. 121, §2.º, I e IV, CP) imputadas na denúncia, não encontrando aporte nas provas testemunhal e técnica colhidas durante a instrução probatória. Por fim, a declaração de extinção de punibilidade dos acusados em relação ao crime de associação criminosa (art. 288, caput, CP).

Mas o voto vencido, do juiz Benjamim Acacio de Moura e Costa, não acolheu a apelação criminal de reforma da sentença apresentada pelo Ministério Público porque ausentes os requisitos basilares para o julgamento: falta de prova da materialidade e indícios da autoria, impondo-se a absolvição sumária. Para o juiz, a materialidade não foi provada uma vez que ausente perícia que necessariamente deveria ser realizada quando da perícia legista no momento da certificação do óbito. Entendeu pela impossibilidade de produção desta prova através de depoimentos, especialmente sendo de pessoas sem conhecimento técnico que acompanharam fatos a distância socorrendo-se de impressões pessoais e presunções. Inexistentes indícios suficientes de autoria,

[...] impossível afirmar que os intensivistas, em face de trabalharem com a morte como regra – tendo os pacientes em questão todos com estagio terminal de suas vidas – sofrendo intercorrências a cada momento – pelo simples fato de ministrarem remédios lícitos e de uso em UTIS, portanto, com condutas legais, somados ao fato de modificarem o fluxo de oxigênio do paciente, e por puxarem biombos a frente dos leitos hospitalares, serem considerados agentes praticantes dos crimes de homicídio (trecho da ementa do voto vencido).

Manteve, deste modo, em parte a sentença e, de ofício, votou no sentido de absolver todos os réus. Por não ter sido juntado o voto vencido, determinou-se a republicação dos acórdãos, oportunizando nova intimação de todas as partes e reabertura de prazo recursal.

Então, foi interposto Embargos Infringentes nº 0002442-31.2022.8.16.0006 para prevalência do voto vencido - que foi por maioria acolhido em abril de 2023 porque as provas técnicas e documentais não sustentam a narrativa fática veiculada na denúncia de que os pacientes morreram por asfixia provocada por conduta dos acusados<sup>3</sup>.

---

3 Em abril de 2025, o STJ anulou provas contra médica, mas manteve ações penais. De acordo com o ministro Joel Ilan Paciornik, a prática de fishing expedition, caracterizada pela busca indiscriminada de provas, sem um objetivo definido e sem justa causa, viola o devido processo legal por comprometer garantias fundamentais dos investigados ao inverter a lógica processual, transformando a investigação em um mecanismo arbitrário de produção de provas. Mas rejeitou o argumento de que a absolvição da médica em uma das ações impediria a tramitação das demais. (RHC 195496).

### 3 A ABORDAGEM FEITA PELA MÍDIA, A EQUIVOCADA VEICULAÇÃO DO TERMO EUTANÁSIA E A SUA ADEQUADA CONCEITUAÇÃO

A primeira pessoa a denunciar a médica, segundo a imprensa escrita, foi uma fisioterapeuta, quem telefonou para a Ouvidoria Geral do Estado do Paraná e narrou à atendente o que se passava no hospital onde trabalhava. A denunciante teria dito que a maioria dos funcionários discordava da prática, mas que muitos eram coniventes por obediência à doutora, diretora da Unidade há sete anos. Porém, mesmo com a seriedade da acusação, não se iniciou nenhuma investigação no hospital. Esta somente começou quando divulgada uma gravação em que a médica dizia estar com a cabeça tranquila para assassinar (Pinheiro, 2013, on-line).

Os argumentos utilizados pela acusação, conforme veiculado pela mídia, apontam que a médica e a sua equipe provocaram a morte de pelo menos sete pacientes que estavam internados na UTI do hospital. Ela e demais profissionais seriam os responsáveis pela prática de aplicação de medicamentos bloqueadores neuromusculares, conjugados com fármacos anestésicos, que levavam pacientes à morte.

Os episódios suspeitos vieram à tona em 2013, a partir de uma investigação do Núcleo de Repressão aos Crimes Contra Saúde (Nucrisa), da Polícia Civil, com base na hipótese de que as mortes dos pacientes eram antecipadas para abrir vagas na UTI do hospital em que a médica trabalhava. Nos autos da ação penal que corre em segredo de Justiça, haveria 26 depoimentos de testemunhas que narram que a doutora declarava qual paciente tinha poucas chances de sobreviver. Ela pedia que se colocasse um biombo em frente ao leito, ordenando diminuir os parâmetros de oxigênio para em seguida ser aplicado o coquetel de sedativos. Diz-se, era assim que ela fazia “girar a UTI” (Pinheiro, 2013, on-line).

Muitas foram as manchetes de notícias veiculadas ou de vídeos transmitidos na internet fazendo referência à prática de eutanásia pela acusada, como as seguintes, que ainda puderam ser encontradas no google digitando-se os descritores “médica” e “eutanásia” quando da consulta realizada em 12 de março de 2022:

Médica é presa no PR suspeita de praticar eutanásia. Uol, 19 de fevereiro de 2013.

Médica acusada de praticar eutanásia em UTI de Curitiba é indiciada. O Globo, em 20 de fevereiro de 2013.

PR: médica é acusada de praticar eutanásia. Uol, 20 de fevereiro de 2013.

Mulher é acusada de praticar eutanásia. Uol, 23 de fevereiro de 2013.

MP não informou se vai denunciar médica acusada de eutanásia. Uol, 02 de março de 2013.

Justiça julga habeas de médica suspeita de eutanásia. Uol, 07 de março de 2013.

Médica acusada de eutanásia no Paraná apresenta-se à Justiça. Uol, 27 de março de 2013.

Médica acusada de eutanásia fala pela primeira vez. Uol, 01 de abril de 2013.

Médica acusada de acelerar mortes na UTI se diz inocente. Globo.com, 09 de junho de 2013.

Dra. Virgínia é absolvida de acusação de eutanásia no Hospital Evangélico. Ricmais, 20 de abril de 2017.

Especulou-se muito pelo fato de dizerem ter ouvido a doutora falar que queria se livrar de pacientes do SUS, que faziam muitas traqueostomias sem necessidade, para ganhar dinheiro, pois era dona

dos respiradores e os alugava para o hospital. Para seu advogado, a imprensa retirou toda a credibilidade da médica antes de ela poder se defender, ou sem ter levantado provas reais do que houve. Segundo ele, as acusações foram feitas por leigos que se impressionaram com o que se passa num ambiente de UTI (Pinheiro, 2013, on-line).

Processos judiciais envolveram a imprensa e a profissional, dentre os quais figurou como parte Rádio e Televisão Bandeirantes Ltda. (processos 0039298-14.2019.8.16.0001 e 0007747-21.2016.8.16.0001) julgado em 07/01/2020 e abril Comunicações SA (processo 0000000-01.6690.5.5-2/01 julgado em 28/06/2018 pelo TJ-PR).

A questão da vida e da morte humana sempre foi alvo de discussões, é assunto primordial na sociedade, assim como na vida jurídica. Para que se possa adentrar no contexto da eutanásia, é importante definir o que se entende acerca desse tema tão complexo, que para algumas pessoas afronta o direito à vida.

O termo eutanásia foi utilizado, por longo tempo, de forma genérica e ampla, abrangendo condutas comissivas e omissivas em pacientes que se encontram com muita dor, por causa do quadro em que a doença se mostra irreversível. Para Villas-Bôas, “consagrou-se o termo eutanásia para indicar a morte provocada, antecipada, por compaixão, diante do sofrimento daquele que se encontra irremediavelmente enfermo e fadado a um fim lento e doloroso” (2017, p. 102). Conforme Lopes, Lima e Santoro (2018, p.70):

Palavra derivada do grego, “eutanásia”, é concebida como “boa morte”, porquanto o prefixo eu significa “boa” e thánatos “morte”. Nesse sentido, deve ser entendida como o ato de ceifar-se a vida de outra pessoa acometida por uma doença incurável, que lhe causa insuportáveis dores e sofrimentos, por piedade e em seu interesse.

Compreende-se que a eutanásia é o ato de apressar ou provocar a morte de pessoa que se encontra em situação de doença incurável, com intensos sofrimentos físicos, psíquicos, tornando-se insuportável para ela continuar vivendo sem dignidade. É a abreviação do tempo de vida feita por um profissional de saúde, em que se aplica uma dose letal, um medicamento, sem dor.

De acordo com a defesa da médica, esta falou que prolongar a vida de um paciente que não tem mais retorno é desumano. Porém, ela não é a favor da eutanásia. Existe uma racionalidade para que se defina um diagnóstico. Nesse caso, deve haver discussões com outros médicos para se chegar à conclusão de que não haverá mais tratabilidade para o enfermo (Assad, 2018, p. 83).

A escolha do momento da morte gera repúdio. Na visão da maioria da sociedade, a morte deve seguir o seu curso natural. Mas prolongar esse momento só acarreta dor e sofrimento ao paciente, familiares e amigos. Ao definir a vida - em quaisquer condições - como bem supremo, absoluto, acima de tudo, inclusive da liberdade e da dignidade, pode-se estar deixando de lado outros aspectos.

Villas-Bôas (2017, p. 109), dentre muitas classificações que se apresentam, distingue a eutanásia em eutanásia ativa e eutanásia passiva. Para esta autora, a eutanásia ativa é aquela decorrente de uma conduta positiva, comissiva, enquanto, na eutanásia passiva, o resultado morte é obtido a partir de uma conduta omissiva.

Conforme Lopes, Lima e Santoro (2018, p. 71), que ainda dividem a eutanásia ativa em direta e indireta, a eutanásia ativa ocorre “quando seu autor der início ao evento morte por uma ação e será

passiva se a morte ocorrer por uma omissão, em regra, consubstanciada na supressão ou interrupção dos cuidados médicos que oferecem o suporte indispensável à manutenção da vida”.

Para Diniz (2006, p. 3), na eutanásia ativa induz-se a morte pela administração de medicamentos, por exemplo; enquanto na eutanásia passiva seriam retirados medicamentos ou mecanismos de sustentação artificial da vida.

Villas-Bôas (2017, p. 111) também diferencia eutanásia direta de indireta. Na eutanásia direta, há a intenção de provocar a morte; e, na eutanásia indireta, embora sem o intuito de antecipar a morte, tal antecipação advém como “efeito indesejado, colateral e não buscado de conduta lícita e originalmente benéfica e indicada para o paciente”.

Na eutanásia ativa direta, procura-se o encurtamento da vida do paciente por meio de condutas positivas, ajudando-o a morrer. Já na eutanásia ativa indireta, não se busca a morte do paciente, mas sim aliviar a sua dor ou o seu sofrimento, com a utilização de fármacos. Estes, no entanto, apresentam como efeito secundário, certo ou necessário, a abreviação da vida do paciente. Serão, portanto, a causa do evento morte. Na eutanásia passiva, ainda conforme Lopes, Lima e Santoro (2018) omitem-se ou suspendem-se procedimentos indicados e proporcionais e que poderiam beneficiar o paciente.

Uma outra distinção é apresentada por Diniz (2006, p.3), quem distingue eutanásia voluntária e involuntária. A referida autora afirma que “a eutanásia é voluntária quando fruto da deliberação individual, informada e esclarecida de cada pessoa” e é “involuntária quando a pessoa não se pronunciou e não há como conhecer sua opinião, ou mesmo quando ela não desejava a prática”. Já para Villas-Bôas (2017), não pode haver eutanásia sem o desejo do enfermo. Do contrário, tratar-se-ia de homicídio, em sua opinião.

Por outro lado, Villas-Bôas (2017, p. 113) diferencia eutanásia voluntária, involuntária e não voluntária. A eutanásia voluntária ocorre quando é solicitada pelo paciente, em gozo pleno de sua capacidade. Eutanásia involuntária é quando realizada por decisão de outra pessoa que não o próprio interessado, o qual possivelmente não se encontra em condições de decidir, ou ainda, como sendo a morte promovida contra a vontade do paciente capaz. E eutanásia não-voluntária, como sendo aquela realizada sem a manifestação do paciente, inapto para consentir, como no caso de bebês e de pacientes em estado vegetativo persistente.

Existe, ainda, o suicídio medicamente assistido, que, por sua vez, é tido como a abreviação da vida feita pela própria pessoa que está com uma doença grave, incurável ou terminal. Nesse caso, a pessoa é ajudada por outrem, que lhe concede os meios para que possa, por si mesma, abreviar sua vida (Dadalto, 2019, p. 4). Frise-se que conforme Lopes, Lima e Santoro (2018, p. 77), o suicídio assistido é o comportamento em que o próprio indivíduo dá fim a sua vida sem a intervenção direta de terceiro na conduta que o levará a morte, embora essa outra pessoa, por motivos humanitários, venha a participar, prestando assistência moral ou material para a realização do ato.

Nesse caso, a decisão última da conduta é do paciente, o que, em alguns ordenamentos, justifica moralmente sua admissibilidade, como manifestação livre de autonomia (Villas-Bôas, 2017). Em suma, o suicídio assistido é a abreviação do tempo de vida, no qual um profissional de saúde prescreve uma dose letal e o próprio enfermo a aplica.

O chamado direito de morrer gera inúmeras polêmicas e distintos pontos de vista e, na maioria dos países, não é permitido. Mas o que deve ser respeitado, para seus defensores, é a dignidade da pessoa humana. Mesmo com as novas tecnologias, é imprescindível que médicos, enfermos e familiares, que possuem diferentes interpretações e percepções morais de uma mesma situação, compreendam o que está sendo proposto, para que neste percurso dialoguem sobre as consequências de o paciente optar pela eutanásia ou não. A imposição da mídia em usar o termo eutanásia, no caso em estudo, foi incoerente, uma vez que a eutanásia é caracterizada diferentemente do que quer que tenha acontecido.

## 4 EXCESSOS DE PRESCRIÇÃO MÉDICA E CERTEZAS IRREAIS

O médico italiano Marco Bobbio, defensor da filosofia *Slow Medicine*, fala sobre o resgate do diálogo na relação entre médico e paciente em sua obra de 2020: “Medicina demais: o uso excessivo pode ser nocivo à saúde.” O livro, que embasa este tópico, é um incentivo à reflexão sobre o fato de que se está vivenciando um momento de avanços tecnológicos na medicina e que, na maioria das vezes, as pessoas leigas acabam acreditando que a morte pode ser adiada. Inúmeras informações errôneas são motivadas por interesses comerciais e econômicos. Em contrapartida, esquecem que a vida é finita:

Ao contrário do que se pensa, não se pode alcançar a certeza de um diagnóstico e não se pode esperar que um tratamento resolva completamente e sem complicações um problema de saúde, nenhum tratamento é igualmente eficaz em todos os pacientes (Bobbio, 2020, p. 33).

Quando se procura um médico apresentando-lhe a queixa de um sintoma, é provável que se saia do ambulatório com a prescrição de exames e de medicamentos e, quando o resultado não é satisfatório, produz-se frustração:

Atualmente a prática de prescrever um número excessivo de exames para se proteger de eventuais denúncias é definida como medicina defensiva. Trata-se de exames que o médico considera substancialmente desnecessários para o paciente, porque as probabilidades de que se revelem positivos são baixíssimas, mas ele os prescreve para evitar que o paciente ou os parentes encarem a falta de prescrição como negligência (Bobbio, 2020, p.123)

Para Bobbio (2020, p. 36-39), exorciza-se a incerteza buscando por qualquer coisa que a amenize, inventam-se nexos causais inexistentes, imaginando uma improvável linearidade da vida. Todos preferem se iludir e se tranquilizar sobre a previsibilidade do futuro e, quando o resultado é infausto, querem encontrar uma explicação, um culpado, uma série inquietante de probabilidades e estimativas de risco de doença com base nos sequenciamentos da linha herdada. Na sua opinião, saber o desejo dos pacientes e as suas possibilidades de compreender o que lhes está sendo proposto, de modo a acompanhá-los, neste percurso incerto e cansativo, acarreta vantagem para médico e enfermo.

O ser humano tem perspectivas que são construídas por opiniões que lhe impedem de ver as coisas com nitidez. Muitos tratamentos não são úteis ou eficazes, e, em alguns casos, podem ser prejudiciais. Ou seja, certos riscos não são compensáveis:

Na medicina, o conflito entre certezas cria incômodos, desconfiança e tende a contrapor o médico ignorante que errou ao competente que compreendeu. Ninguém explica aos pacientes que os diferentes diagnósticos e terapias são sempre fruto de um raciocínio que se baseia, inevitavelmente, na incerteza e não na discrepância entre quem está certo e quem está errado. As decisões médicas podem ser modificadas pelo surgimento de um novo evento ou apenas ter reconsiderado um pequeno detalhe que altera todo o diagnóstico (Bobbio, 2020, p.42).

É corriqueiro que pacientes cheguem a hospitais com informações que foram adquiridas através da internet, por amigos, por familiares, e acabam não aceitando somente uma solução. Isso faz com que o papel do médico vá além da ciência, consistindo em dialogar com os pacientes e construir com eles um percurso do diagnóstico que pessoas leigas construíram, explicando que cada indivíduo tem uma particularidade inerente ao seu tratamento:

É necessário ressaltar que probabilidades não devem ser compreendidas como verdade absoluta, mas como um elemento que não prediz o que irá acontecer aquele determinado doente. Pois, as estimativas representam médias, enquanto o paciente é um caso único, que não tem apenas necessidade de receber informações, mas de ser envolvido no processo decisório que lhe diz respeito. Ou seja, o destino de um indivíduo quase nunca coincide com aquele, em média, obtido pelos pacientes que tiveram a mesma doença (Bobbio, 2020, p. 44).

A opinião pessoal dos enfermos é formada por suas convicções morais, seus valores próprios, sem considerar dados científicos. Atualmente, os pacientes querem participar de todas as decisões, mas deve-se ter cuidado para que a informação que a eles chega seja adequada. Nesse sentido, é importante que os médicos promovam uma medicina respeitosa e justa. Logo torna-se necessário explicar que os benefícios são limitados, que estatísticas não funcionam, na maioria das vezes, em salas de hospitais, como se acredita, ou seja, cada paciente exige uma conduta médica específica.

Assim, a tarefa médica torna-se cada vez mais árdua, pois o médico está condicionado a prescrever excessivamente, em virtude do desejo do paciente de saber mais sobre sua saúde, e pelo próprio medo de negligenciar uma hipótese diagnóstica. No entanto, a maioria esquece as boas intenções de prescrever de forma apropriada e de aconselhar que cada paciente tenha uma postura e estilo de vida distintos dos demais.

Os médicos, ao longo da sua trajetória, deparam-se com situações em que são forçados a optar entre bens jurídicos distintos que por muitas vezes serão opostos a suas crenças e a sua forma de pensar. Muitas vezes, uma renúncia a um determinado tratamento é a forma mais consciente e digna para alguns enfermos. Há pacientes que precisam superar a ansiedade de querer intervir nos

procedimentos médicos, negligenciando a ciência e os tratamentos que os médicos aconselham. Ao mesmo tempo, há a autonomia da vontade dos pacientes, baseada em suas convicções pessoais e religiosas que devem ser respeitadas.

Para Bobbio (2020, p. 71), é preciso ponderar os valores e os desejos do paciente, um estado de ansiedade, uma percepção dos sintomas graves, um maior medo de tratar em relação a não tratar (ou vice-versa), condições de vida mais ou menos satisfatórias, um apego à duração mais do que à qualidade de vida (ou vice-versa), ligações afetivas ou menos envolventes. Ademais, o médico não pode tomar a decisão pelo paciente.

Todavia, os pacientes precisam de uma instrução eficaz, na qual haja acolhimento de suas escolhas, mas com verdade científica, serenidade e respeito aos limites da ciência, através de explicações de que cada paciente tem um nível de risco diverso de outros pacientes que têm a mesma doença. Isso porque cada indivíduo tem um organismo com suas próprias reações. “A natureza humana é variada e os médicos deveriam se aproximar do doente sem preconceitos, mas com a intenção de ajudar a enfrentar uma passagem angustiante da existência, como o aparecimento de uma doença” (Bobbio, 2020, p. 79).

A medicina deve diagnosticar as doenças e tratá-las, tarefa que é cumprida por ela. A tecnologia obtida nessas últimas décadas, graças ao desenvolvimento de medicamentos, próteses, intervenções cirúrgicas, investigações diagnósticas, estruturas e pessoal altamente especializado e constantemente atualizado, permitiu prolongar a vida de um maior número de pessoas. Mas a cura é algo que não se pode garantir mesmo com todo o progresso da ciência.

O sistema de saúde investe recursos na perspectiva de melhorias para a saúde da população, nos tratamentos inovadores e no atendimento a demandas que promovam o cuidado, o processo inclusivo de respeito à autonomia do paciente e a dignidade humana. É indispensável continuar a investir em novos exames e novas tecnologias para melhorar a qualidade e a segurança dos tratamentos e garantir mais progressos. Mas deve-se evitar usos inapropriados que induzem necessidades fictícias e desperdício de recursos (Bobbio, 2020, p. 143-146).

No mundo atual, tudo indica que a busca pela vida ainda não incluiu a compreensão da inevitabilidade da morte, e que o ser humano ainda não está preparado para lidar com ela. Postergam-se as necessárias adaptações internas e deixa-se de enxergar a morte como algo inevitável. Ao se lutar pela vida, exclui-se o sentido dado pelo sujeito à sua vivência da morte. Não há compreensão da doença e de que é importante o respeito à dignidade do ser humano diante de um quadro irreversível.

Todo médico, no decorrer de suas funções, cria estratégias comunicativas diferentes para cada paciente, pois, algumas vezes, incompreensões e dificuldades são geradas, uma vez que as situações e as condições emocionais são diferentes. A reflexão acerca da morte e de como morrer gera uma incompreensão entre profissionais e seus pacientes e entre profissionais e familiares. O sentido da vida é construído dentro da realidade de cada ser humano.

Os pacientes devem ser informados com honestidade acerca das intervenções médicas possíveis e as que supostamente serão positivas e negativas. Ou seja, é dever do médico adotar a postura de falar a verdade e não prometer a cura, mesmo quando há uma porcentagem grande de sucesso nas intervenções. Ademais, é necessário que o enfermo tenha ciência e compreensão disso, bem como seus familiares.

Para Bobbio (2020, p. 133), a culpabilização dos indivíduos em adotar uma postura de suspeita frente a ações ou omissões médicas deve ser questionada. A negligência médica passou a ser uma expressão multiuso que acusa, mas não explica, que evoca instintos vingativos e abala a relação de confiança entre médico e paciente. Muitas vezes se confunde o acidente imprevisível com o interesse econômico, erro médico com o atraso na chegada da ambulância por causa do trânsito na cidade. Enquanto alguém precisa de socorro, a falta de um leito com tratamento adequado. A não prescrição de um exame devido, com a morte acidental.

É relevante que pacientes e seus entes tenham consciência da finitude da vida humana, visando tornar digno o período de luta contra a doença e o quanto ela significa até sua morte. Quando uma pessoa manifesta seus desejos sobre os tratamentos que deseja ou não receber, ao se deparar com o estado terminal da vida, deve ser escutada, e as pessoas devem renunciar às suas decisões e respeitar a escolha do enfermo.

Quando o paciente pede um conselho ao seu médico, na maioria das vezes, ele se encontra atormentado por dúvidas, por conta do surgimento de sintomas de uma doença incapacitante. Ou seja, cada ser humano possui sua singularidade de experiências e de perspectivas, em que espera encontrar uma solução pessoal. E, com base nessa premissa, o médico passa a dialogar com o enfermo, para que ele possa entender quando é melhor seguir regras gerais, quando é possível divergir e quando se deve aconselhar a não continuar tratamentos, pois o não tratar muitas vezes é tão eficaz quanto o tratar (Bobbio, 2020, p. 156).

Não há dúvidas que o avanço tecnológico trouxe inúmeros benefícios para a saúde e o bem-estar das pessoas, mas a medicina proporciona uma vida mortal e não imortal. Dessa forma, deve-se aceitar as etapas da vida e que a morte é a última dessas etapas, e enfrentá-la não é tarefa fácil. Por isso, a compreensão entre todos os envolvidos é o ideal a ser buscado nesses casos.

Os médicos empenham-se muito em propor o melhor tratamento, ao passo que seria preferível colocar os problemas e as exigências do paciente no cerne da questão, procurando entender aquilo que é necessário para o paciente ficar melhor, e o que este espera do médico e da terapia. É a confiança mútua que determina a satisfação de uma escolha plenamente compartilhada (Bobbio, 2020, p. 158).

É importante buscar o desenvolver de uma reflexão sobre as razões de certos comportamentos frente à experiência da morte, da forma cultural de interpretá-la nas sociedades modernas e das relações entre a formação acadêmica, notadamente de orientação cientificista, e o conseqüente afastamento do profissional da saúde das manifestações subjetivas do outro e de si próprio.

Ademais, a medicina deve respeitar os tempos da saúde e da doença, do conhecimento recíproco, da aceitação de um diagnóstico, da estabilização clínica, do prestar assistência, da morte natural. Evitar o desperdício de recursos econômicos com procedimentos supérfluos ou excessivos. Trata-se de um movimento para contrastar o paradigma prevaemente e insatisfatório, mais condicionado ao mercado e à tecnologia, e que deseja colocar o paciente de volta, com suas reais necessidades, ao centro dessa extraordinária oportunidade que é o encontro entre um médico e um paciente (Bobbio, 2020, p. 159).

A falta de preparo de equipes médicas, do paciente e dos familiares frente à finitude da vida é uma realidade que deve ser refletida, repensada e fundamentada sempre no respeito aos valores

humanos. Conforme Bobbio (2020, p. 158), o médico empenha-se em propor o melhor tratamento, ao passo que seria preferível colocar os problemas e as exigências do paciente no cerne da questão, procurando entender aquilo que é preciso para o paciente ficar melhor e o que este espera do médico e da terapia. É a confiança mútua que determina a satisfação de uma escolha plenamente compartilhada. Para Gawande (2015, on-line):

O declínio continua sendo nosso destino; algum dia, a morte virá. Mas até que aquele último sistema de backup dentro de nós falhe, os cuidados médicos podem ajudar a determinar se o percurso será íngreme e precipitado ou mais gradual, permitindo a preservação por mais tempo das capacidades que nos são mais importantes na vida.

Ao se deparar com a irreversibilidade da recuperação do paciente, deve-se respeitar o direito de escolha de como ele deseja vivenciar seus últimos momentos e que essa escolha seja autônoma. Bobbio (2020, p. 147-148) menciona que, para melhorar ainda mais o bem-estar da vida cotidiana de todos, é necessário sair da lógica de prescrever exames desnecessários e medicamentos de eficácia duvidosa ou de investir em novas tecnologias somente para se vangloriar de ser uma excelência no setor da saúde. Igualmente, desenvolver um programa de participação de cidadãos e pacientes nas decisões que lhe dizem respeito, informando-os com honestidade e adequação acerca das intervenções médicas. Ademais, o sentido da vida é construído dentro da realidade de cada ser humano.

Com o progresso da medicina e da saúde coletiva, as pessoas têm vidas mais longas, saudáveis e produtivas. Porém, ao se deparar com a vida em declive, precisando de ajuda com frequência e durante muito tempo, gera-se constrangimento, enxerga-se como fraqueza, em vez de aceitar o ciclo natural da vida (Gawande, 2015, on-line).

Logo, a morte é vista como uma prova de fracasso e deve ser discutida, especialmente, em relação às questões que permeiam a terminalidade e os limites da tecnologia e da ciência para o prolongamento da vida do ser humano. Os médicos devem reconhecer os estados clínicos que são difíceis de serem revertidos, contribuindo para um equilíbrio entre a intervenção e a espera da evolução natural da enfermidade, respeitando valores, prioridades e necessidades dos pacientes. Nesse sentido, nos cuidados paliativos, a prioridade passa a ser a pessoa doente e não mais o tratamento da doença, visto que se trata do direito de o paciente receber cuidados já que não pode mais receber a cura. Na perspectiva de lhe proporcionar maior conforto, proteção e auxílio: é a ética do cuidar. Nessa linha de raciocínio Godinho (2017, p. 138) menciona que:

Trata-se não de apressar a morte, mas de humanizá-la, permitindo-se às pessoas o direito de morrer com dignidade, o que significa trabalhar para que as pessoas possam viver os últimos dias de sua vida cercadas de amor e carinho, significa incutir em sua mente que não estão desamparados nessa fase de transição.

A partir dessa lógica, considera-se que o que interfere na conduta dos profissionais da saúde na finitude de vida, muitas vezes, é o fato de não reconhecerem a morte como uma etapa da existência

humana. Por isso, há necessidade de preparar equipes de saúde para o acolhimento dos parentes de um paciente terminal, desafio que permanece em aliar a função médica ao ato de cuidar da vida humana com sensibilidade ética.

Os médicos não têm dificuldades de explicar os perigos específicos das diversas opções de tratamentos que o enfermo pode acessar, mas, na maioria das vezes, não tratam da realidade da doença, que os enfermos podem fazer todos os tratamentos possíveis, mas o que realmente procuram não vai se efetivar, que é terem de volta a sua capacidade física anterior (Gawande, 2015, on-line).

Falar com transparência, com honestidade aos pacientes e seus familiares. Enfim, encarar a morte é difícil, e conversar com o enfermo, examiná-lo, responder a seus questionamentos ou aos de sua família são processos que exigem preparo e maturidade. Nessa sequência, é imprescindível dividir as responsabilidades, valorizando a relação de cuidado, visando tornar digno e pleno o período de vida que o paciente possui até sua finitude, minimizando o impacto da morte.

## 5 CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto pela mídia, o caso da médica que acabou sendo conhecida como Doutora Morte propagou-se no Brasil como prática de eutanásia. Entretanto, no decorrer deste trabalho, foi possível deduzir o equívoco em função da falta de conhecimento sobre a atuação da médica e sobre o instituto, mais especificamente. Segundo a narrativa processual, refletiu-se que os atos praticados pela doutora Virgínia e sua equipe não se caracterizariam como homicídio e muito menos como eutanásia.

Além disso, a imposição da mídia em usar o termo eutanásia, ao se referir sobre a morte de pacientes que estavam sob a responsabilidade da médica desvirtuou ainda mais o entendimento da sociedade sobre o tema. Isso porque a eutanásia se caracteriza pela chamada boa morte, quando há consentimento do paciente ou de seu representante, respeitando sua autonomia e dignidade. Nesse sentido, o caso ocorrido não se tratou de eutanásia ou de morte com dignidade.

Igualmente, não poderia ter sido suicídio assistido, o qual consiste na abreviação da vida feita pela própria pessoa que sofre de doença grave, incurável ou terminal, ajudada por outrem que lhe concede os meios para que possa, por si mesma, abreviar sua vida.

Também restaria eliminada a possibilidade de mistanásia, que se configura como uma condição social desumana que atinge indivíduos vulneráveis os quais morrem por falta de aparelhamento do Estado em conceder o mínimo necessário à população que demanda de atendimento hospitalar.

Por fim, o que pode ter ocorrido no caso do Hospital Evangélico de Curitiba foram atos respaldados na literatura médica incompreendidos pelos familiares dos enfermos, não se tratando de nenhum dos institutos mencionados acima. A médica foi acusada por familiares e alguns profissionais por não aceitarem o fim da vida de seus entes queridos, e, pela mídia, por repercutir erroneamente a prática médica e o conceito de eutanásia.

Diante do exposto, a vida (e a morte) pode ser mais tranquila quando se tem consciência dos limites da ciência, aceitando-se conviver diante da incerteza sobre o futuro. Médicos, pacientes e

familiares compartilham sentimentos diferentes, mas é necessário que conversem entre si, para que sejam tomadas decisões delicadas e bem compreendidas as práticas médicas. No caso da médica de Curitiba e de sua equipe, a ausência desse diálogo pode ter sido influente para que ela enfrentasse a humilhação de ser considerada assassina pelos familiares. Poder-se-ia ter evitado todo o caos gerado se as pessoas tivessem consciência de que a vida é finita e que tecnologias não devolvem a vida saudável a quem já está morrendo.

Conforme bem destacado pelo voto vencido em apelação, pessoas sem conhecimento técnico socorrem-se de impressões pessoais e presunções. Intensivistas trabalham em regra com a morte – pacientes em estágio terminal de suas vidas e sofrendo intercorrências a cada momento – não podendo ser considerados agentes praticantes de crimes de homicídio ao ministrarem remédios lícitos e de uso em UTIS, somados ao fato de modificarem o fluxo de oxigênio do paciente e por puxarem biombos a frente dos leitos hospitalares.

## REFERÊNCIAS

ASSAD, Elias Mattar; ASSAD, Elisa Mattar. **A medicina no banco dos réus: o resgate da verdade**. Curitiba: Divulgação Cultural, 2018.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL Letícia de Campos Velho. A morte como ela é: Dignidade e autonomia individual no final da vida. **Revista da EMERJ**, v. 13, n. 50, 2010. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/18530&ved=2ahUKEwi2x9fghvjsAhXIEbkGHTWGBbQQFjAAegQIARAB&usq=AOvVaw0JnAKb2l13DQA3MBGEZUg>. Acesso em: 9 nov. 2020.

BOBBIO, Marco. **Medicina demais: o uso excessivo pode ser nocivo à saúde**. Barueri: Manole, 2020.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 29 out. 2020.

DADALTO, Luciana. Morte digna para quem? O direito fundamental de escolha do próprio fim. **Pensar**, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 1-11, jul./set. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/9555/pdf>. Acesso em 12 mar. 2022.

DANTAS, Juliana. O adeus de Antonio Cicero e a urgência de conversarmos sobre autonomia no fim da vida. **Veja**, 28 out. 2024. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/o-adeus-de-antonio-cicero-e-a-urgencia-de-conversarmos-sobre-autonomia-no-fim-da-vida>. Acesso em: 7 jun. 2024.

DINIZ, Daniela. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 22, p. 1-8, ago. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/r5yQ6CLZ8F4gKqNsR4TMDhC/?format=pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

DRA. Virgínia é absolvida de acusação de eutanásia no Hospital Evangélico. **Ricmais**, 20 abr. 2017. Disponível em: <https://ricmais.com.br/noticias/dra-virginia-e-absolvida-de-acusacao-de-eutanacias-no-hospital-evangelico/>. Acesso em: 12 mar. 2022.

FIGUEIREDO, Thaisa. Morre em SP jovem alvo de debate sobre eutanásia no Brasil em 2005. **G1**, 28 fev. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2017/02/morre-em-sp-jovem-alvo-de-debate-sobre-eutanasia-no-brasil-em-2005.html>. Acesso em: 11 nov. 2024.

GAWANDE, Atul. Tradução de Renata Telles. Mortais: nós, a medicina e o que realmente importa no final. **Objetiva**, 2015. Disponível em: [https://books.google.com.br/books/about/Mortais.html?id=7\\_3ICQAAQBAJ&printsec=frontcover&newbks=1&newbks\\_redir=0&source=gb\\_mobile\\_entity&redir\\_esc=y](https://books.google.com.br/books/about/Mortais.html?id=7_3ICQAAQBAJ&printsec=frontcover&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_entity&redir_esc=y). Acesso em: 21 abr. 2021.

GODINHO, Adriano Marteleto. Ortotanásia e cuidados paliativos: o correto exercício da prática médica no fim de vida. *In*: PESSINI, Leo; RICCI, Luiz Antonio Lopes. **Tratado brasileiro sobre o direito fundamental à morte digna**. São Paulo: Almedina, 2017.

JUSTIÇA julga habeas de médica suspeita de eutanásia. **Uol**, 7 mar. 2013. Disponível em: <https://www.uol.com.br/carnaval/videos/?id=justica-julga-habeas-de-medica-suspeita-de-eutanasia-04020D1C3466C4994326>. Acesso em: 12 mar. 2022.

JUSTIÇA aceita denúncia contra acusados por mortes em UTI. **Conjur - Revista Consultor Jurídico**, 16 mar. 2013. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2013-mar-16/justica-parana-aceita-denuncia-mp-acusados-morte-uti>. Acesso em: 12 mar. 2022.

LOMBA, Luis. Médica acusada de praticar eutanásia em UTI de Curitiba é indiciada. **O Globo**, 20 fev. 2013. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/medica-acusada-de-praticar-eutanasia-em-uti-de-curitiba-indiciada-7633340>. Acesso em: 12 mar. 2022.

LOPES, Antonio Carlos. LIMA, Carolina Alves de Souza. SANTORO, Luciano de Freitas. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

MÉDICA acusada de acelerar mortes na uti se diz inocente. **Globo.com**, 9 jun. 2013. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2013/06/medica-acusada-de-acelerar-mortes-na-uti-se-diz-inocente.html>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MÉDICA acusada de antecipar mortes em UTI de Curitiba não irá a júri popular, decidem desembargadores. **G1 Paraná**, 16 mar. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/google/amp/pr/parana/noticia/2023/03/16/medica-acusada-de-antecipar-mortes-em-uti-de-curitiba-nao-ira-a-juri-popular-decidem-desembargadores.ghtml>. Acesso em: 16 jul. 2025.

MÉDICA acusada de eutanásia no Paraná apresenta-se à Justiça. **Uol**, 27 mar. 2013. Disponível em: <https://www.uol.com.br/carnaval/videos/?id=medica-acusada-de-eutanasia-no-parana-apresentase-a-justica-04024C983472D4994326>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MÉDICA acusada de provocar morte de pacientes é absolvida no Paraná. **Conjur - Revista Consultor Jurídico**, 21 abr. 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-abr-21/medica-acusada-provocar-morte-pacientes-absolvida-parana>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MÉDICA acusada por morte de pacientes fica em liberdade. **Conjur - Revista Consultor Jurídico**, 21 mar. 2014. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2014-mar-21/medica-acusada-matar-pacientes-curitiba-respondera-liberdade>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MÉDICA acusada de eutanásia fala pela primeira vez. **Uol**, 1 abr. 2013. Disponível em: <https://www.uol.com.br/carnaval/videos/?id=medica-acusada-de-eutanasia-fala-pela-primeira-vez-0402CD9A3470DC994326>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MÉDICA é presa no PR suspeita de praticar eutanásia. **Uol**, 19 fev. 2013. Disponível em: <https://www.uol.com.br/carnaval/videos/?id=medica-e-presa-no-pr-suspeita-de-praticar-eutanasia-0402CD193468E4914326>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MÉDICA suspeita de mortes em hospital é solta. **Conjur - Revista Consultor Jurídico**, 21 mar. 2013. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2013-mar-21/medica-acusada-mortes-pacientes-hospital-curitiba-solta>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MULHER é acusada de praticar eutanásia. **Uol**, 23 fev. 2013. Disponível em: <https://www.uol.com.br/carnaval/videos/?id=medica-e-presa-no-pr-suspeita-de-praticar-eutanasia-0402CD193468E4914326>. Acesso em: 12 mar. 2022.

UM juiz julgará ações sobre médica acusada por morte de pacientes. **Conjur - Revista Consultor Jurídico**, 5 fev. 2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-fev-05/juiz-julgara-aco-es-medica-acusada-matar-pacientes>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MELLO, Denise. MALAQUIAS, Djlama. “Dra. Virgínia não deve mais atuar como médica e ninguém vai devolver a ela o que perdeu”. **Banda B**, 21 abr. 2017. Disponível em: <https://www.bandab.com.br/>

geral/dra-virginia-nao-deve-mais-atuar-como-medica-e-ninguem-vai-devolver-a-ela-o-que-perdeu-diz-defesa-apos-absolvicao-por-mortes-em-uti/. Acesso em: 12 mar. 2022.

MORAIS, Inês Motta. Autonomia pessoal e morte. **Revista Bioética**, v. 18, n. 2, p. 289-309, 2010. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/565/538](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/565/538). Acesso em: 12 mar. 2022.

MP não informou se vai denunciar médica acusada de eutanásia. **Uol**, 2 mar. 2013. Disponível em: <https://www.uol.com.br/carnaval/videos/?id=mp-nao-informou-se-vai-denunciar-medica-acusada-de-eutanasia-04020E99366EC0994326>. Acesso em: 12 mar. 2022.

PARANÁ. Tribunal de Justiça. **Apelação 0029137-50.2012.8.16.0013 ou antigo 1743208-5**. 1ª Câmara Criminal.

PARANÁ. Tribunal de Justiça. Embargos Infringentes 0029137-50.2012.8.16.0013/12, 0029137-50.2012.8.16.0013/15, 0029137-50.2012.8.16.0013/17, 0029137-50.2012.8.16.0013/21.

PINHEIRO, Daniela. Os feitos da médica Virgínia Soares de Souza, acusada de matar sete pacientes numa UTI em Curitiba. **Folha UOL**, 2013. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/a-doutora/>. Acesso em: 20 abr. 2021.

PR: médica é acusada de praticar eutanásia. **Uol**, 20 fev. 2013. Disponível em: <https://www.uol.com.br/carnaval/videos/?id=pr-medica-e-acusada-de-praticar-eutanasia-04024D1A386AE4914326>. Acesso em: 12 mar. 2022.

SANTOS JUNIOR, Jamiro Campos dos. GOMES DA SILVA, João Romário. VETIS ZAGANELLI, Margareth. **Mistanásia**: ineficiência de políticas públicas, violência e vulnerabilidade social, v. 4, n.5, p. 31-48, cct.-dec. 2017.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Apelação criminal nº 0017016-09.2011.8.26.0510**. 11ª Câmara – Seção Criminal. Relator: Aben-Athar de Paiva Coutinho. Apelante: Ministério Público do Estado de São Paulo. Apelado: Roberto Rodrigues de Oliveira. Comarca de origem: Rio Claro. São Paulo, 29 de junho de 2016.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Recurso em Sentido Estrito nº 0017016-09.2011.8.26.0510**. 11ª Câmara – Seção Criminal. Relator: Aben-Athar de Paiva Coutinho. Apelante: Ministério Público do Estado de São Paulo. Apelado: Roberto Rodrigues de Oliveira. Comarca de origem: Rio Claro. São Paulo, 25 de setembro de 2011.

SILVA, Anna Lúcia. Brasileira com dor rara quer buscar eutanásia no exterior; entenda o caso Carolina Arruda, de 27. **G1**, 4 jul. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/centro-oeste/noticia/2024/07/04/doenca-do-suicidio-brasileira-com-dor-rara-quer-buscar-eutanasia-na-suica-entenda-o-caso.ghtml> . Acesso em: 7 nov. 2024.

SUPERIOR Tribunal de Justiça. **RHC nº 195496 / PR** (2024/0097602-3) autuado em 21/03/2024.

TOLEDO, Marcelo. Pai vai pedir à Justiça a eutanásia do filho. **Folha de São Paulo**, 31 ago. 2005. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff3108200501.htm#:~:text=Alegando%20estar%20%22cansado%20de%20sofrer%22%20e%20ap%C3%B3s%20ter,Justi%C3%A7a%20pedir%20autoriza%C3%A7%C3%A3o%20para%20realizar%20eutan%C3%A1sia%20na%20crian%C3%A7a>. Acesso em: 11 nov. 2024.

VILLAS-BOÂS, Maria Elisa. O que se entende por mistanásia. /n: PESSINI, Leo; RICCI, Luiz Antonio Lopes. **Tratado brasileiro sobre o direito fundamental à morte digna**. São Paulo: Almedina, 2017. p. 168-175.

---

Recebido em: 19 de Julho de 2025  
Avaliado em: 22 de Fevereiro de 2026  
Aceito em: 28 de Maio de 2026

---



**A autenticidade desse artigo  
pode ser conferida no site  
<https://periodicos.set.edu.br>**

Copyright (c) 2026 Revista Interfaces  
Científicas - Direito



Este trabalho está licenciado sob uma  
licença Creative Commons Attribution-  
NonCommercial 4.0 International License.

---

1 Doutora em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestra em Direito com ênfase em Direitos Sociais e Políticas Públicas de Inclusão Social pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e Mestra em Direito das Autarquias Locais pela Universidade do Minho (UMinho/Portugal). Bolsista de pós-doutorado CAPES/FAPESB no Programa de Ciências Ambientais da Universidade Federal do Oeste da Bahia (PPGCA-UFOB). Professora visitante no ProfEPT do IF Goiano. Integrante da Associação Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão em Tecnologia Social - ABEPETS.

2 Advogada. Bacharela em Direito.

