

**FACULDADES INTEGRADAS
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE DIREITO DE PRESIDENTE PRUDENTE/SP

**CONFLITO DE INTERESSES ENTRE FAMILIARES NA CONDUÇÃO DA
EUTANÁSIA**

Marina Sanches Lopes do Amaral

Presidente Prudente/SP

2006

**FACULDADES INTEGRADAS
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE DIREITO DE PRESIDENTE PRUDENTE/SP

**CONFLITO DE INTERESSES ENTRE FAMILIARES NA CONDUÇÃO DA
EUTANÁSIA**

Marina Sanches Lopes do Amaral

Monografia apresentada como requisito parcial de conclusão de curso para obtenção do Grau de Bacharel em Direito, sob orientação do Prof. Jesualdo Eduardo de Almeida Junior.

Presidente Prudente/SP
2006

CONFLITO DE INTERESSES ENTRE FAMILIARES NA CONDUÇÃO DA EUTANÁSIA

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Direito.

Jesualdo Eduardo de Almeida Junior

Cyro Outeiro Pinto Moreira

Émerson de Oliveira Longhi

Presidente Prudente/SP, 30 de novembro de 2006.

Não basta ter belos sonhos para realizá-los, mas ninguém realiza grandes obras se não for capaz de sonhar grande. Podemos mudar o nosso destino, se nos dedicarmos à luta pela realização de nossos ideais. É preciso sonhar, mas com a condição de crer em nosso sonho; de examinar com atenção a vida real, de confrontar nossa observação com nosso sonho, de realizar escrupulosamente nossas fantasias. Sonhos, acredite neles.

Lênin

Dedico a presente pesquisa aos meus pais e eternos amigos, Eurípedes e Silena, pela infinita compreensão que sempre me incentivou; por terem sido incessantemente presentes durante toda esta minha jornada; por terem sempre perdoado os meus deslizes; por terem me erguido nas minhas fraquezas; por terem me apoiado e confiado em minhas decisões; por não terem economizado conselhos e por sempre me ouvirem; por terem vibrado por minhas vitórias e, sobretudo, por me admirarem e por nunca deixarem de acreditar em mim e que todo esforço valeria a pena!

Muito obrigada por terem tido sempre a certeza de que eu venceria!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me oportunizado estes momentos, por ter me acobertado de saúde, por ter me rodeado de amigos e por ter sempre me guiado às minhas maiores conquistas;

Agradeço à minha mãe Silena, por ter sido minha grande companheira e espectadora, minha professora e amiga, por ter me mostrado sempre a verdade, por ter me amparado e compartilhado direta e indiretamente da conclusão de mais esta etapa de minha vida;

Agradeço ao meu pai, por todo o seu amor e admiração, por ter sido duro e crítico nas horas em que precisei, por ter sido meu exemplo e por me ensinado a vencer;

Agradeço aos meus irmãos, Marcelo e Flávia que, apesar de distantes, sempre tiveram orgulho e não deixaram de torcer pelo meu êxito;

Agradeço aos meus professores, por toda a sua dedicação e paciência, por todo o conhecimento que me foi transmitido e pela grande amizade que fizemos;

Aos meus amigos que, apesar das minhas horas de estudo roubadas com nossas aventuras, souberam me fazer sorrir nos momentos mais difíceis; agradeço também por terem sido minha família e agradeço por terem sido simplesmente amigos;

Por fim, ao meu orientador, por ter sido rígido, por não ter desistido, mesmo quando surgiram dificuldades, obrigada por, antes de tudo, ter acreditado no resultado do meu trabalho.

RESUMO

Neste trabalho, a autora aborda um tema bastante polêmico e controvertido: a eutanásia, também conhecida por “boa morte” e sua extensão no Brasil e no mundo. Conta sua influência em assuntos de diversas naturezas, como o jurídico, o religioso, o filosófico e o médico. Demonstra sua freqüente prática no caso de doentes terminais, gravemente feridos e debilitados e sua impunibilidade. Explica também a eutanásia eliminadora, bastante realizada em hospitais, nas situações em que seus praticantes visam lucro, o esvaziamento de UTIs ou, quando os praticantes são os parentes do enfermo, que a fazem meramente com a intenção de livrar-se do mesmo ou de seus custos. Avalia a distanásia, a prática reiterada de tratamentos inúteis e a ortotanásia e sua grande aceitação pela sociedade. Aponta as tentativas de descriminalização desta prática, os projetos de lei e a ilicitude desta prática frente ao Código Penal atual. Discute os diferentes conceitos de morte, seus diagnósticos e prognósticos para a medicina e para a lei. Constata sua insuficiência legislativa e confronta o princípio da dignidade da pessoa humana com o direito à vida, ambos estabelecidos pela Constituição Federal. Por fim, relata alguns casos concretos de pacientes irremediavelmente feridos e em estado de inconsciência, o conseqüente conflito de interesses entre familiares na condução da eutanásia e suas possíveis soluções.

PALAVRAS-CHAVES: Eutanásia – Ortotanásia – Vida – Paciente Terminal – Morte

ABSTRACT

In this work the author boards a very polemic and controversial theme, the euthanasia, well-known also by “good death” and its extension in Brazil and in the world it tells its influence in several nature subjects, as the juridical, the religious, philosophical and medical ones. It demonstrates its frequent practice in the case of terminal, seriously wounded and weakened patients. It also explains the terminator euthanasia, quite accomplished in hospitals, in the situations in which its practitioners aim profit, emptying of UTIs (Intensive Treatment Unity) or, when the practitioners are the patient’s relatives, that do it merely in order to get rid of the patient or patient costs. It evaluates the disthanasia, the reiterated practice of useless treatments and the orthothanasia and its great acceptance by the society. It points the legality attempts of this practice, the bills and the illicitness of practice in front of the current Penal Code. It argues the death different concepts, its diagnosis and prognosis for the medicine and for the law. It verifies its legislative inadequacy and it confronts the principle of the dignity of the human person with the right to life, both established by the Federal Constitution. Finally, it reports some concrete cases of patient hopelessly wounded and in unconsciousness state, the consequent conflict interest between the relatives in the conduction of the euthanasia and its possible solutions.

KEYWORDS: Euthanasia, Orthothanasia, Life, Terminal Patient, Death

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1.1 Evolução Histórica.....	12
1.2 Conceito e Classificação.....	15
1.2.1 Eutanásia.....	15
1.2.2 Distanásia.....	18
1.2.3 Ortotanásia.....	20
1.3 Espécies de Eutanásia.....	21
1.3.1 Eutanásia espontânea ou libertadora.....	22
1.3.2 Eutanásia eliminadora.....	23
1.3.3 Eutanásia econômica.....	24
2. APONTAMENTOS MULTIDISCIPLINARES	26
2.1 Sob o Aspecto Médico.....	26
2.2 Sob o Aspecto Filosófico	28
2.3 Sob o Aspecto Religioso.....	29
2.3.1 Religiões não cristãs.....	30
2.3.2 Religiões cristãs.....	32
2.4 Sob o Aspecto Jurídico.....	35
2.4.1 Direito de matar e direito de morrer.....	37
2.4.2 Eutanásia no âmbito penal.....	41
2.4.3 Eutanásia no âmbito civil.....	44

3. A EUTANÁSIA NO BRASIL E NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.....	47
4. DA PRÁTICA DA EUTANÁSIA.....	52
4.1 A Decisão Médica.....	52
4.2 Os Pressupostos e o Diagnóstico.....	57
4.3 A Decisão da Família.....	59
5. CONFLITO DE INTERESSES.....	62
5.1 Divergência entre os Genitores.....	64
5.2 Divergência entre os Genitores e o Cônjuge.....	68
CONCLUSÃO.....	72
BIBLIOGRAFIA.....	74

INTRODUÇÃO

O presente trabalho enfocará discussões acerca do maior bem jurídico tutelado, qual seja, a vida.

A proposta é que este estudo trate da Eutanásia, mais precisamente sobre o direito à prática da Eutanásia.

Abordar-se-á que a atual legislação e o anteprojeto do Código Penal, tipificando autonomamente a Eutanásia, por ser essa uma conduta revestida de compaixão e piedade; e que, ainda, excluí a sua ilicitude na forma omissa, também conhecida como ortotanásia.

O tema apresenta uma série de pontos controvertidos, dúvidas, polêmicas e interrogações; estuda o direito de morrer e de matar, quando e quais desses direitos devem prevalecer e quem pode figurar como sujeito ativo desses direitos, principalmente nos casos em que há divergência de vontades entre os coadjuvantes do direito em questão.

O trabalho busca apresentar os diversos motivos e razões, favoráveis ou contrárias a aplicação da Eutanásia, explicando as justificativas de quem pede para morrer, de quem recebe o pedido e de quem decide pela morte do doente.

De modo geral, quem pede para morrer o faz pelo sofrimento que impede o campo de consciência de enxergar algo de positivo ao seu redor, o indivíduo acaba convencendo-se de sua inutilidade como ser humano, acreditando que a morte é sua única saída.

O pedido de Eutanásia pode ser feito a um familiar, a um médico ou mesmo a um outro profissional da área de saúde. E o trabalho abordará as conseqüências singulares que os pedidos direcionados a cada um destes pode gerar.

Se quem recebe o pedido for um médico, esse deve basear-se no diagnóstico, na certeza da irreversibilidade e também na compensabilidade entre tratar e matar.

Por outro lado, se quem recebe o pedido for um familiar, deve-se analisar o grau de parentesco, a afinidade com o doente, todas as circunstâncias, influências, o sofrimento, a angústia, a dor, a falta de recursos para manter a vida do paciente, seu estado físico e mental e a responsabilidade sobre o mesmo.

Não há a pretensão de impor-se o certo ou o errado, pois não há como legislar opiniões, já que o motivo é revestido de ampla subjetividade. Busca-se então analisar as possíveis condutas, construir opiniões, que devem ser avaliadas adequadamente em cada caso concreto e não se ater às legislações pretéritas e imutáveis.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Evolução Histórica

A prática da Eutanásia não é um fenômeno recente, pois os povos primitivos, desde a antiguidade, já aplaudiam-na nas mais diversas formas e modalidades.

Segundo o autor José Idelfonso Bizatto (2003, p.32), na antiguidade, os filhos matavam os seus pais quando esses já alcançavam a velhice ou, também, quando se encontravam com alguma enfermidade, sob o argumento de que esses não mais prestavam para a sociedade, pois prejudicavam o fortalecimento, o bem-estar e a economia da coletividade.

Os filósofos Platão, Sócrates e Epicuro, na era antes de Cristo, defendiam a idéia de que o sofrimento provocado por uma doença justificava a eliminação do enfermo. (Disponível em <www.wikipedia.org> Acesso em 25/Abr/06).

Nos primeiros tempos, os povos apoiavam-se na teoria de que o homem só servia para a sociedade enquanto rendia economicamente, caso contrário, era considerado inútil, um peso morto para o crescimento do Estado.

Continua José Idelfonso Bizatto (2003, p. 35) que essa mentalidade era devido ao espírito bélico, sob o qual só o filho homem era visto como um bom soldado. Para a família, era vergonhoso possuir uma prole incapacitada para as glórias da guerra.

Assim, aqueles que não possuíam essas qualidades, eram vítimas da Eutanásia Eugênica, quer dizer, tinham suas vidas suprimidas, não porque se encontravam próximos da morte, mas sim porque eram considerados degenerados ou inúteis.

Plutarco, no livro “Vidas Paralelas”, narra que, em Esparta, todas as crianças fracas, sem muita esperança de vida, imprestáveis para a comunidade, deveriam ser lançadas do cume de um monte a fim de evitar que sofressem e se tornassem cargas inúteis para seus familiares, bem como para o Estado (FRANÇA, p. 02).

Em 1516, Thomas Morus publicou seu livro “Utopia”, no qual descreve a cidade perfeita, onde o suicídio assistido era praticado nos velhos e doentes que o pediam. (Disponível em <www.wikipedia.org>: Acesso em 25/Abr/06).

Na Bíblia há uma passagem que conta que, quando Jesus chegou ao calvário, foi-lhe oferecido vinagre e fel, que à época, era conhecido como “vinho da morte”, já que ocasionava um sono profundo, servindo, então, para evitar as dores da morte.

Foi no século XVII que a nomenclatura “Eutanásia” foi utilizada pela primeira vez pelo filósofo e político inglês Francis Bacon, em sua obra “Tratado da Vida e da Morte”, onde defendia a idéia de que um espírito jovem inserido em um corpo velho faria regredir a evolução da natureza (SOARES, 2006, p. 04).

Em 1895, na antiga Rússia, foi proposto que o Estado deveria prover os meios necessários para a realização da Eutanásia em pessoas incapacitadas de a solicitar. (Disponível em <http://br.geocities.com/esmesc_2000/pagina0103a.doc>. Acesso em 20/Mar/2006).

Já no século XX, a Suíça permitiu a realização do suicídio assistido, inclusive podendo ser realizado sem a participação de um médico, sendo que a pessoa que desejava morrer não precisava ao menos estar em fase terminal. A base legal era o Código Penal de 1918, que afirmava que o suicídio não é crime, porém, a Eutanásia não está prevista na legislação desse país. (Disponível em <<http://revistaepoca.globo.com>>. Acesso em 20/Mar/06).

Na década de 30, o inglês, Dr. Miliard, propôs uma lei para a legalização da Eutanásia, que, após ser discutida pela Câmara dos Lordes, foi rejeitada. (JUNIOR, Levy, 2006, p. 05)

Ainda nessa década, em 1934, o Uruguai passou a regulamentar a prática da Eutanásia no seu Código Penal, legislação essa que se manteve até aos nossos dias. (WENDT, 2006, p. 05)

Nesse percurso, em 1935, nasce na Inglaterra a EXIT, uma das primeiras associações pró-eutanásia, que distribuiu folhetos aos seus associados com instruções para “morrer com dignidade” e, com o início da Segunda Guerra Mundial, em outubro de 1939, surgiu na Alemanha o programa nazista da Eutanásia, denominado por “Aktion T4”, cuja finalidade era eliminar etnias consideradas “inferiores”, ou seja: os portadores de deficiências ou doenças graves, os idosos, tudo com o fito de realizar uma “limpeza social”. (Disponível em <<http://www.wikipedia.org>>. Acesso em 25/Abr/06).

Em 1957, o Papa Pio XII, concordou com a utilização de grandes quantidades de drogas em doentes com grande sofrimento, assumindo a possibilidade de tais drogas gerarem um efeito colateral não desejado (a morte).

Após a Declaração da Associação Mundial de Medicina (1968), o Vaticano, em 05 de maio de 1980, divulga uma declaração que dispõe sobre os valores e virtudes da vida humana, posicionando-se acerca de que ninguém poderia permitir que um ser humano inocente fosse morto, fosse ele um feto ou embrião, uma criança ou um adulto, um velho ou alguém sofrendo de doença incurável, ou mesmo, uma pessoa que estivesse morrendo. (Disponível em <www.cin.org/vatcong/euthanas.html>. Acesso em 21/Fev/06).

Em 1990, a Real Sociedade Médica dos Países Baixos e o Ministério da Justiça, estabeleceram a possibilidade de uma notificação para a Eutanásia, não a legalização, mas isentando de pena o profissional que procedesse de acordo com as exigências da notificação, e, no ano seguinte, o Estado da Califórnia dos Estados Unidos, tentou introduzir a Eutanásia em seu Código Civil, o que não deu certo. (Disponível em <www.wikipedia.org>. Acesso em 25/Abr/06).

Em 1997, a Colômbia proclamou que “ninguém pode ser responsabilizado criminalmente por tirar a vida de um paciente terminal que tenha dado o seu claro consentimento”. Em seguida o Estado de Oregon, nos Estado Unidos, legalizou o

suicídio assistido. (Disponível em <www.ufrgs.br/bioetica/eutanuru.htm>. Acesso em 21/Abr/06).

Na chegada do século XXI, uma legislação sobre a morte assistida foi aprovada pela Câmara de Representantes dos Países Baixos, mas foi só em 11 de maio de 2001, que um dos países, a Holanda, legalizou a Eutanásia e, finalmente, em 2002, a Bélgica se tornou o segundo país a admitir o aceleramento da morte para doente em estado terminal. (Disponível em <www.wikipedia.org>. Acesso em 25/Abr/06).

1.2 Conceito e Classificação

1.2.1 Eutanásia

Ao iniciarmos o trabalho sobre assunto tão polêmico, começemos por conhecer a origem da palavra “Eutanásia”.

A palavra “Eutanásia” é de origem grega e significa “morte doce, morte calma”, tendo sido utilizada pela primeira vez no século XVII, quando Francis Bacon cunhou-a com a designação da função do médico, quando esse proporcionava ao enfermo morte indolor, calma, doce.

Do grego *eu* (bom) e *thanatos* (morte), significa vulgarmente, a “boa morte”, “morte fácil”, “morte sem dor”, “golpe de graça”, “morte honrosa”, dentre outras expressões semelhantes.

É importante classificar também os dois tipos de Eutanásia: a Eutanásia Ativa e a Eutanásia Passiva:

A Eutanásia Ativa é a prática de uma ou mais ações que têm por objetivo pôr termo à vida, à medida em que é planejada entre o doente e o agente que vai levar a termo o ato.

A Eutanásia Passiva não provoca deliberadamente a morte, que, por sua vez, ocorre a longo prazo, com a interrupção de todos e quaisquer cuidados médicos, farmacológicos ou outros, com esse procedimento, o doente acaba por falecer.

Sob a ótica jurídica, Eutanásia significa o direito de matar ou o direito de morrer; ainda, em nossa legislação, a prática desta constitui crime de homicídio privilegiado, por ser o mesmo praticado por influência de caridade e misericórdia.

Na concepção de Evandro Correia de Menezes (1977, p. 39-40):

A Eutanásia é aquele ato em virtude do qual uma pessoa dá morte a outra, enferma e parecendo incurável, ou a seres acidentados que padecem dores cruéis, a seu rogo ou a requerimento e sob impulso de exacerbado sentimento de piedade e humanidade.

Assim, de forma bem genérica, a Eutanásia pode ser entendida como a morte dada aos doentes terminais que sofrem de moléstia incurável ou que padecem de dores físicas insuportáveis, incapazes de serem aliviadas por meio de medicamentos.

Há que se esclarecer que o termo “incurabilidade” pode ser um critério, às vezes, exacerbado, pois muitos já foram os casos em que diagnósticos e prognósticos não se confirmaram com pessoas dadas como mortas, que retornaram à saúde e viveram por longos anos após o diagnóstico dito incurável.

Conclui José Idelfonso Bizatto (2003, p.19) que: “A ação da Eutanásia através do tempo é infalível e haverá de guiar as mentes sociais para uma perfeita compreensão da sua profundidade, quando então, como a potência da brisa, aliviará a dor do paciente sofredor.”

Como exemplo da prática de eutanásia, citamos o caso de Vincent Humbet:

Vítima de um acidente automobilístico em 24.09.2000, Vincent Humbert, à época contando 19 anos de idade, ficou tetraplégico, mudo e cego, conseguindo movimentar apenas um de seus polegares, através do qual se comunicava com a mãe. Seu caso tornou-se célebre, reacendendo o debate em torno da eutanásia na França quando, em dezembro de 2002, o jovem Vincent escreveu uma carta ao então presidente francês, Jacques Chirac, na qual, pleiteando o direito de morrer, pedia pela descriminalização da eutanásia. No último dia 25.09.2003, o jovem havia lançado o livro intitulado "Eu lhei Peço o Direito de Morrer", escrito com o auxílio de um jornalista, no qual afirmava: "Eu nunca verei este livro porque eu morri em 24 de setembro de 2000 (...). Desde aquele dia, eu não vivo. Me fazem viver. Sou mantido vivo. Para quem, para que, eu não sei. Tudo o que eu sei é que sou um morto-vivo, que nunca desejei esta falsa morte".⁽¹⁾ A mãe de Vincent, Marie Humbert, em entrevista dias antes da prática da eutanásia, afirmara que a morte do jovem estaria programada, tendo sido planejada durante alguns meses, e que a ida da família para a Suíça, país que autoriza o procedimento, teria sido cogitada, mas rejeitada por Vincent, que se recusava a sair de seu país para ver reconhecido seu direito de morrer. Diante do desejo de seu filho de se ver livre do sofrimento provocado por sua condição, Marie Humbert, no mesmo dia do lançamento do livro de Vincent, teria misturado aos alimentos ministrados a Vincent através de uma sonda uma mistura de barbitúricos, que teriam provocado o coma e morte do jovem um dia depois, em 26.09.2003. (FERREIRA JÚNIOR, 2006, p. 12)

No caso citado, há evidente desejo de morte do agente eutanalista. Trata-se de paciente inválido, porém lúcido.

Importante destacar que, aqui, a situação foge do conceito de paciente terminal, e de paciente que sofre dores insuportáveis; o enfermo padecia apenas de debilidade física, todavia, por seu defeito adquirido, sentia-se em uma vida carente de valor, até mesmo indigna.

O caso de Vincent, apesar de ser um caso típico da prática da eutanásia, contraria os preceitos mínimos que rejeitam o termo "matar" ou "provocar a morte", e que preferem o "permitir a morte" ou "não prolongar a agonia". Considerando que a situação apontada acima carece dos pressupostos "morte próxima" e "dores cruéis". a solução do caso dependeria de cada consciência, pois a concepção de "vida digna" tem caráter subjetivo e pode variar conforme seu intérprete ou conforme o momento.

1.2.2 Distanásia

Por distanásia, ao contrário do que ocorre com a eutanásia, entende-se a morte lenta, prolongada e sofrida, logo, é um conceito oposto ao conceito de eutanásia.

A idéia de distanásia, defende que devem ser utilizadas todas as possibilidades para prolongar a vida de um ser humano, ainda que as hipóteses de cura, já não mais existam.

O termo “distanásia”, significa nada mais que “um atraso da morte”, visto que o prefixo *dis* significa afastamento e *thanatos* (do grego), como o já explicitado alhures, significa morte.

Trata-se de uma “insistência terapêutica”, ponderando que, através desse método, são utilizados todos os meios e instrumentos viáveis para estender a respiração do paciente, que acaba por ter seu sofrimento ampliado, pois, apesar de ter sua vida prolongada, tem-na de maneira artificial.

Importante esclarecer que a distanásia não prolonga a vida propriamente dita, mas sim o processo de morrer.

Partindo da assertiva de que o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana norteia o paciente, até mesmo durante sua morte, com mais certeza norteá-lo-á durante toda a sua vida. É por essa razão que, ao decidir pela distanásia, faz-se necessário levar em conta se tal método manterá o paciente dignamente vivo, ou se tal tratamento poderá, de certa forma, ser eficaz, pois, caso contrário, estará afrontando a dignidade humana e tal conduta haverá que ser reprimida e censurada, sob o argumento de ser essa uma conduta antiética, bem como não lícita.

Então, deve-se observar a existência da intervenção médica “fútil”; em outras palavras, deve-se evitar aqueles pseudotratamentos que não visam à cura do paciente, e sim a manutenção de sua vida de forma artificial, desnecessária e atroz.

Muitos são os casos de pacientes submetidos a esse tipo de tratamento “fútil” que, mesmo tendo a morte como próxima e inevitável, têm suas vidas expostas a exercícios técnicos, levados a efeitos para manter a vida em um estado meramente artificial.

Adiante, um comovente caso de distanásia, que gera ainda mais dúvidas sobre a viabilidade dessa “insistência terapêutica” e nos faz pensar até onde essa vida é digna, já que artificialmente vivida, senão vejamos:

F.G., 3 anos, masculino, é encaminhado de hospital do interior do estado para UTI pediátrica da capital, por desidratação e septicemia, após quadro de gastroenterite aguda. Apresenta parada cardiorrespiratória durante o transporte, sendo socorrido _ após 40 minutos _ no hospital mais próximo. É recebido na UTI da capital em mau estado geral, necessitando de suporte cardiocirculatório, ventilação mecânica e, posteriormente, hemodiálise. O quadro infeccioso evoluiu com meningite. Após 3 meses ficou estável hemodinamicamente, mas dependente de ventilação mecânica. A avaliação neurológica evidencia estado vegetativo permanente (dependência de ventilação mecânica por apnéia, sem interação com o meio ou as pessoas que o cercam, sem respostas a estímulos externos, sem reações espontâneas ou reprodutíveis a estímulos visuais, auditivos ou táteis, sem controle esfinteriano, preservação variável de reflexos dos nervos cranianos e espinhais, funções autonômica do hipotálamo e do tronco cerebral suficientemente preservadas para sobreviver com cuidados médicos intensivos e de enfermagem). Após extensa explanação do quadro clínico e do seu significado aos pais, estes se opuseram a qualquer proposta da equipe médica (como uma ordem de não-reanimação em parada cardiorrespiratória espontânea) que não a de suporte pleno de funções orgânicas e recuperação cardiopulmonar. Já se passaram quatro anos de internação com o paciente traqueostomizado, alimentado por sonda, em ventilação mecânica e quadro neurológico inalterado. Apresentou duas fraturas por osteoporose e, algumas vezes, recebeu cronotrópicos por apresentar três episódios significativos. A média histórica de permanência dos pacientes nesta UTI é de 5,4 dias, tendo este paciente ocupado o espaço de 271 pacientes. As despesas médico-hospitalares pagas pelo convênio são, em média, de R\$ 15.500,00/ mês (total de R\$ 744.000,00. (KIPPER, 2006, p. 11)

O episódio em tela vislumbra a situação do paciente terminal incapaz de exprimir sua vontade e que vem representado por seus genitores.

Ives Gandra da Silva Marins (2005, p.585-586) defende a idéia de que o paciente terminal, como qualquer outro, é sujeito de direito e que, por isso, pelo princípio da autonomia pode tomar decisões, como a recusa de manobras de ressuscitação, ventilação artificial, cirurgias mutilatórias e transfusões de sangue.

Para José Roberto Goldim (2006, p. 08), a ortotanásia não seria um tipo de eutanásia, e sim a busca de utilização de meios adequados à pessoa que está próxima da morte.

Assim, a situação acima exposta demonstra uma tarefa constrangedora dos pais do paciente terminal, que têm em mãos a tarefa de decidir entre o prolongamento de uma quase-vida e a aceitação da chegada da morte.

1.2.3 Ortotanásia

Conceitualmente, a ortotanásia é o aceleração da morte por uma omissão, ou seja, ante à morte iminente, nenhum tratamento é realizado com o fito de delongar a vida, deixando com que seu prazo tenha como termo final uma causa natural e que ocorra de forma cômoda, sem a interferência de métodos clínicos que possam aumentá-lo ou diminuí-lo.

Os adeptos desse método, acreditam que o termo da vida deve ocorrer em seu momento natural, biológico; não devendo ser evitado e nem acelerado, porque o ser humano deve morrer em paz, sem que tenha que passar por intervenções medicinais e dolorosas.

Ademais, apóiam também que a vida é sagrada e que, em cada etapa, existe a influência divina. Assim, sustentam que a existência humana inicia-se com a concepção e é desenvolvida naturalmente, não podendo a morte ser de outra forma.

Contudo, esse método não deixa de ser “homicida”, pois a ortotanásia provoca a morte, que, embora se dê através da omissão, busca o abreviamento da vida pela inércia, face à não utilização de quaisquer aparelhos ou medicamentos capazes de manter o paciente vivo.

Esse tipo de eutanásia é restrita aos casos em que há mais esperanças de salvar a vida; nessa situação, a utilidade da intervenção médica esgotar-se-ia em manter o paciente respirando artificialmente, sem nenhuma esperança de cura.

Ensina José Idelfonso Bizzato (2003, p. 143) que a ortotanásia dar-se-ia nos seguintes casos: quando não houvesse mais esperança de cura (casos irreversíveis); quando não existisse mais vida humana pessoal, com exceção de uma vida biológica ou vegetativa e, quando houvesse eliminação dos meios extraordinários para manter vivo o paciente.

José Roberto Goldim (2006, p. 08) explica que é importante esclarecer que a ortotanásia não se confunde com a chamada “eutanásia passiva”, sendo que, na primeira, não são praticadas quaisquer medidas que visem manter ou melhorar o estado de saúde do doente e, na Segunda, essas são tomadas e interrompidas num determinado momento de sua vida.

Caso típico de ortotanásia ocorre quando uma pessoa descobre estar acometida por uma doença incurável e, a partir disso, decide esquivar-se de todos e quaisquer tratamentos que possam prolongar a sua vida. Nesse caso o enfermo aceita a doença e a proximidade da morte.

Muitos também acreditam que a iminência da morte é uma vontade de Deus e a prática de condutas obstativas à ela, é o mesmo que contrariar a escolha divina.

1.3 Espécies de Eutanásia

Genericamente e de acordo com a classificação proposta pelo Prof. Jiménez de Asúa, em 1942, a Eutanásia é dividida em três tipos: libertadora, eliminadora e econômica.

1.3.1 Eutanásia espontânea ou libertadora

É aquela em que o enfermo incurável provoca a morte por seus próprios meios ou pede a outro que o faça.

Esse tipo de eutanásia se dá quando o paciente, acometido por uma doença incurável, é exposto a um grande e temeroso sofrimento.

Assim, está relacionada com a aceleração da morte, quer realizando métodos terapêuticos, quer interrompendo-os, ou até não os iniciando; tudo com o mesmo objetivo, qual seja: a abreviação do sofrimento.

Nota-se que esse é o clássico conceito de Eutanásia e, por isso, subdivide-se em:

- a) ativa: é aquela ocasionada através de uma conduta; há aqui uma ação deliberada com o objetivo de ocasionar a morte;
- b) passiva: consiste na ação negativa ou na interrupção de um tratamento;
- c) voluntária: ocorre quando a morte se dá a pedido do paciente;
- d) involuntária: ocorre quando a morte é provocada contra a vontade do paciente, ou ainda, quando o paciente sequer manifestou sua concordância ou discordância relativa à Eutanásia; eutanásia não Voluntária, se dá quando a dor, o físico, as condições neurológicas, ou seja, o sofrimento do paciente impede que o campo de consciência da pessoa consiga discernir sobre o que realmente está decidindo e acaba por consentir na morte.

Carlos Fernando Francisoni e José Roberto Godim (2006, p. 32), lecionam a classificação proposta por Neukamp (Neukamp *apud* FRANCISONI e GODIM, 1937, p. 109-403).

[...] estas classificações quanto ao consentimento do paciente, de acordo com cada ordenamento jurídico determinado, poderão determinar se a provocação da morte da pessoa com doença terminal, caracteriza : homicídio, homicídio privilegiado, “homicídio eutanásico”, omissão de socorro ou ainda, se sequer foi praticado algum ilícito pelo médico, outros profissionais de saúde, familiares, amigos ou terceiros.

Uma questão bastante importante em relação ao consentimento do paciente é a sua verdadeira intenção, que deve ser minuciosamente analisada; pois um paciente que sofre dores cruéis não tem como possuir plena capacidade para decidir sobre querer, ou não, a eutanásia, pois, na maioria dos casos, o desejo de morte surge com o sofrimento; e, quando a dor passa, a vontade de morrer pode passar também.

Muitas vezes, um paciente não terminal, diagnosticado como tal, equivocadamente ou não, poderá ser submetido à eutanásia, simplesmente para atender a interesses familiares, de se ver livre de um enfermo problemático e gerador de despesas financeiras. A prática da eutanásia que, a princípio, seria o alívio de um paciente terminal, às vezes acaba por se constituir em um instrumento de eliminação dos mais fracos.

1.3.2 Eutanásia eliminadora

A Eutanásia eliminadora ocorre nos casos em que a morte é provocada com o fim de eliminar o paciente do seio da família e do convívio social, independentemente de estar o mesmo próximo da morte ou não.

Ocorre com pessoas portadoras de doenças mentais; trata-se da eliminação daqueles seres apsíquicos e sociais absolutos, disgenéticos, monstros de nascimento, idiotas graves, loucos incuráveis, entre outras enfermidades congêneres.

Para exemplificar essa espécie de Eutanásia, pode-se citar a era da Alemanha nazista, época em que vigorou um programa de extermínio, o chamado “Aktion 4”,

utilizado em massa e que matou por volta de 100.000 pessoas em menos de dois anos. O objetivo de tal programa nada mais era do que a “eugenia social”. Hitler pretendia eliminar seres que não possuíam “uma vida que não merecia ser vivida”.(DE SOUZA, 2003, p. 8).

Essa prática também é muito utilizada em hospitais onde existem poucos leitos disponíveis para tantos necessitados; então é feita uma lista de pacientes, sendo eliminados aqueles que têm as menores chances de sobrevivência, em prol daqueles que têm melhores condições de manter a vida por mais tempo.

Como forma de denúncia dessa prática eliminadora, foi publicado um artigo em “Vidas em Revista”, contando que:

No Rio de Janeiro, no ano de 1.999, foi descoberto um caso de Eutanásia eliminadora em série. Era realizada no hospital Salgado Filho, pelo auxiliar de enfermagem Edson Isidoro Guimarães, depois condenado a 76 anos de prisão. Constatou-se que Edson matou por volta de 153 pessoas, todos através de injeções de cloreto de potássio ou pelo desligamento do equipamento que fornecia oxigênio.

Com grande indignação geral, verificou-se que o mesmo era incentivado por empresas funerárias que pagavam-lhe entre 40 e 60 dólares por pessoas mortas encaminhadas a elas. (BARBOSA e RIGITANO, 2004, p. 13-23)

Para muitos, essa modalidade de Eutanásia não busca o alívio do enfermo, mas sim dos familiares, dos médicos, dos amigos que, ao praticarem a Eutanásia, estão se libertando de um fardo, que acreditam estarem sendo obrigados a suportar.

1.3.3 Eutanásia econômica

Os defensores da modalidade da Eutanásia econômica, baseiam-se no binômio custo-benefício; na idéia de que as pessoas portadoras de doenças prolongadas, em

tratamento, são pacientes extremamente dispendiosos e que a manutenção desses não interessa a uma sociedade capitalista.

A Eutanásia econômica atinge àqueles doentes em situação de vulnerabilidade, que acabam por serem vítimas da desigualdade social, do preconceito e das questões financeiras. Aqui os desiguais, pela sua precária condição financeira, são “assassinados” em prol dos demais e, às vezes, até mesmo por crueldade e egoísmo.

2. DOS APONTAMENTOS MULTIDISCIPLINARES

2.1 Sob o Aspecto Médico

Sabe-se que a medicina está sempre em evolução, de modo que uma doença incurável, hoje, pode tornar-se curável amanhã, como também o que hoje não se considera uma enfermidade, amanhã poderá vir a ser.

Evandro Correia Menezes (1977, p. 92-99) concorda ao se manifestar que: “Atualmente, mesmo com todos os avanços da medicina, na grande maioria dos casos, não haverá jamais certeza absoluta da incurabilidade de uma doença, muito menos, do diagnóstico mortal do processo.”

Por essa razão não raras são as críticas acerca da periculosidade da Eutanásia, já que pode envolver erro de diagnóstico, provocando a morte sem que o paciente a tenha como próxima.

Nesse diapasão, a medicina aplaude a Eutanásia nos casos não patológicos, ou seja, naqueles ocasionados por um infortúnio, por uma causa externa, como os casos dos fatalmente feridos, os gravemente acidentados e os mortalmente queimados, desde que se tenha certeza que a vida se extinguirá sem demora.

Acreditam que, nesses casos, a Eutanásia estaria cumprindo seu papel “humanitário”, estaria fazendo jus ao seu verdadeiro sentido, qual seja, o de abreviar o sofrimento de uma pessoa que padece, por motivo de compaixão e não por questões econômicas, muito menos, como eliminação de raças ou de indivíduos com anomalias físicas ou mentais.

Frise-se que a Eutanásia tem cabimento tão somente quando a medicina atesta não existirem mais recursos que possam fazer frente à doença e, por isso, o médico jamais poderia concordar com a Eutanásia quando esses recursos não se extinguirem.

Vale refletir sobre o aspecto “morte”. Para a medicina e para a lei, a irreversibilidade da morte cerebral é o que a caracteriza; no entanto, para os leigos, “morte” não é apenas a morte biológica.

O paciente com enfermidade grave e dolorosa, também morre quando o Estado e o médico obrigam-no a suportar um tratamento, uma pseudo vida, vivida em estado de morte. O que as vezes pode ser bom para o Estado e para o médico, pode não ser para o paciente.

O Código de Ética do Conselho de Medicina do Brasil (Resolução CFM n. 1.246, de 08 de janeiro de 1988. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988), é taxativo quanto ao assunto; no Capítulo IV, quando tratam das “Relações com o Paciente”:

CAPÍTULO V - RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico :

Art. 56 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Art. 57 - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnósticos e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Art. 58 - Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Art. 60 - Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 61 - Abandonar paciente sob seus cuidados.

Parágrafo 1º - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

Parágrafo 2º - Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de

moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.

Art. 62 - Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

Art. 63 - Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 64 - Opor-se à realização de conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 65 - Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política.

Art. 66 - Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal. (grifo nosso).

A partir disso, deveria o médico tentar, a todo custo, tratar e tentar salvar o paciente de todas as maneiras, quer ele queira, quer não, pois, conforme o exposto, a Comissão Ética de Medicina proíbe, em qualquer caso, a prática de meios que possam abreviar a vida do paciente.

Apesar disso, essa orientação não é seguida à risca pelos médicos que, quando se deparam com casos de pacientes terminais e clinicamente mortos, uns por motivo de compaixão, outros por interesse econômico, acabam acolhendo o interesse dos familiares, e às vezes do paciente, e executam a eutanásia.

2.2 Sob o Aspecto Filosófico

Podemos compreender filosoficamente a resistência à eutanásia consultando os ensinamentos teológicos, como será abordado a seguir.

Sobre a vida humana, pensa Karol Wojtyla (1995, p. 12) que

O conhecimento racional da natureza humana e a compreensão de sua dignidade reclama um retorno a um realismo que saiba ir mais à frente do realismo puramente ontológico de figura aristotélica, ainda mais à frente do realismo fenomenológico de *zurück zum Gegenstand* (retorno ao objeto), para chegar a um realismo personalista do retorno, nem tanto ao objeto, mas sim ao homem como pessoa.

A vida física é uma condição de existência no mundo, por isso possui um valor fundamental acobertado pelo princípio da dignidade.

Conceitua o Conselho do Vaticano (Concilio Vaticano II, *Gaudium et Spes*, 2003, 12) que dignidade “traduz ao nível axiológico, a concepção cristã que vê o homem como única criatura que Deus quis por si mesmo” e, “segundo a opinião quase máxima de crentes e não crentes, tudo o que existe na terra deve ordenar-se ao homem, como seu centro e sua culminação”.

Contudo, não se pode elevar a vida física à espiritual, pois a vida corpórea não é toda a vida de uma pessoa e há bens que superam em valor a matéria. Nesse raciocínio, a morte do corpo deve ser aceita quando a vida espiritual assim a exigir.

Desse modo, é que se concluímos a resistência à Eutanásia, pois está no intelecto da maioria das pessoas que a morte é uma ocorrência natural e, assim o deve ser em todas as situações, e devemos aceitar quando esse bem maior a requisita.

2.3 Sob o Aspecto Religioso

Já sabemos que a eutanásia é um assunto que sempre causou grandes inquietações e controvérsias, no entanto, esse tema alvoroça opiniões quando visto sob a ótica religiosa.

Para melhor entendermos sobre a polêmica da Eutanásia, faz-se necessário apresentar ligeiramente alguns posicionamentos das grandes religiões do mundo, dividindo-as em dois grandes grupos: as não-cristãs e as cristãs:

2.3.1 Religiões não cristãs

Dentre as religiões não cristãs pode-se citar o budismo que, para muitos, não se trata de uma religião e sim de uma filosofia de vida, envolvendo aspectos do espírito, tais como a sabedoria, a iluminação e a compaixão.

Entre os budistas não há qualquer discussão a respeito da existência de um “Deus criador”, por isso não consideram a vida “divina”. Para eles, a preciosidade está no espírito e não na existência da matéria propriamente dita.

O objetivo de todos os praticantes do budismo é a iluminação (nirvana), que consiste num estado de espírito e perfeição moral que pode ser conseguido por qualquer ser humano que viva conforme os ensinamentos do mestre Buda, consistindo-se em uma religião, não de Deus, mas uma visão não-teísta, o que quer dizer o mesmo que ateuísta. (NOGUEIRA, 1995, p. 56).

Ditam como um dos preceitos de Buda que a morte não é o fim da vida, mas uma mera transição; logo, quando lidar com a matéria estiver sendo um sacrifício, justifica-se a separação desta do espírito.

Em suma, o budistas não rejeitam a Eutanásia, contudo, somente não a renegam quando aplicada em determinadas e justificáveis circunstâncias.

Há também o islamismo que, apesar de ser a religião mais jovem, a única surgida após o cristianismo, é também a mais radical. (Disponível em <<http://escolaenterativa.com.br>>: Acesso em 24/Abr/06).

Para os islâmicos, a vida é considerada sagrada e inviolável, e o corpo humano é sagrado tanto em vida, quanto após a morte.

Existe um documento de cunho jurídico onde estão escritos todos os direitos conferidos aos seguidores dessa religião, é a Declaração Islâmica de Direitos Humanos. Nesse documento a Eutanásia não é permitida sob o fundamento que a concepção da

vida é vontade de Deus e a morte não pode ser diferente, já que o sentido dessa religião é a total submissão a Deus.

“O islamismo entende que a vida é um dom de Deus e o médico aparece como instrumento de Deus para aliviar o sofrimento das pessoas. Por isso deve defender a vida em todas as circunstâncias” (DE SÁ, 2001, p.108).

Em suma, o islamismo reprovava todas as condutas positivas capazes de terminar com a vida, mas, por outro lado, não ignora que é inútil manter uma pessoa em estado deplorável, admitindo, em algumas circunstâncias, a prática da ortotanásia.

Outra religião não cristã de forte impacto é o judaísmo. O judaísmo é a primeira religião de fé monoteísta do ocidente e é muito conhecida por estabelecer regras de conduta para seus seguidores.

Por ser uma religião antiga, muito se discute sobre a definição de morte, já que esse conceito tem sido tão inconstante quanto as descobertas da medicina. Para os judeus biocientistas contemporâneos, ela se dá através da morte encefálica, enquanto que os tradicionais acreditam que é a parada cardiorespiratória sua maior comprovação.

Todavia, de modo geral, os judeus têm somente um conceito de vida, que é a divina; não podendo ser terminada e nem abreviada tendo como motivação a conveniência de outro que não a de Deus.

Para essa religião, o médico serve apenas como instrumento de Deus, que deve preservar a vida humana, sendo-lhe proibido decidir entre a vida e a morte de seus pacientes.

Mesmo em casos de irreversibilidade do quadro clínico e da iminência da morte e também nos casos em que exista muita dor e sofrimento, o judaísmo defende que a vontade humana não pode sobrepor-se à vontade divina.

Porém, não diferente das outras religiões, o judaísmo acolhe a desnecessidade do tratamento inútil e admite, de certa forma, a eutanásia passiva e a ortotanásia.

A tradição legal hebraica (halakhah) é a tradição contrária à eutanásia. Contudo, a halakhah procede à distinção entre o prolongamento da vida do paciente, que é obrigatório, e o prolongamento da agonia, que não. Para os judeus, a eutanásia ativa afigura-se franco assassinato, pelo que é definitivamente proibido.

(Disponível em <WW.portalmedico.org.br/revista/bio1v7/eutvisao.htm>. Acesso em 24/Abr/06).

2.3.2 Religiões cristãs

Os cristãos somam aproximadamente o montante de dois bilhões de seguidores em todo o mundo. Entre eles estão a Igreja Católica, a Testemunha de Jeová, a Metodista Unida, a Reformada (Presbiteriana), a Adventista do Sétimo Dia, a Batista, dentre outras.

De forma genérica, permitimo-nos dizer que os cristãos condenam a eutanásia ativa mas têm uma certa simpatia pela eutanásia passiva e pela ortotanásia, pois, de modo quase unânime, acreditam que não se deve exigir a utilização de meios extraordinários para prolongar o agonia de um paciente.

A Igreja Católica distingue a conduta que busca o aceleração da morte e a que pode ser chamada de “deixar morrer”.

“Matar, significa ação ou omissão que visa causar a morte. Já, ‘deixar morrer’ é considerar que a natureza seguirá seu curso, não empregando tratamento desnecessário em paciente terminal, no momento em que nada mais pode ser feito”. (DE SÁ, 2001, p.112).

Então, é de se concluir que, para os católicos, não se pode admitir a eutanásia ativa, retirando dessa proibição apenas a eutanásia passiva e a ortotanásia, que diferem da primeira por não se tratarem de conduta com vistas a provocar a morte diretamente e sim aceitar a chegada da morte espontaneamente.

Os Adventistas de Sétimo Dia, os Mórmons (Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias), as Igrejas Ortodoxas Orientais, a Igreja Episcopal, os seguidores das Testemunhas de Jeová, das Igrejas Luteranas, da Pentecostal, da Reformada (Presbiteriana) e da Igreja Menonita; sem embargo de suas peculiaridades, são adeptos da eutanásia passiva e da ortotanásia, nos casos em que não exista esperança de razoável expectativa de recuperação e seja irreversível o diagnóstico.

Para essas religiões, não se deve falar em “obrigação” de se estender a vida por meios não razoáveis. De modo informal, aprovam a remoção dos obstáculos que impedem a morte natural.

De outra banda, citamos as religiões cristãs: a Igreja Metodista Unida e a Igreja Unida de Cristo, como seguidoras da prática da eutanásia, por acreditarem que a recusa pelo prolongamento artificial e penoso de uma doença terminal é ética e teologicamente apropriado, ademais, defendem a morte com dignidade, não como opção cristã, mas, sim, como o direito de escolha de um cristão.

Importante citar também uma outra religião cristã que apresenta uma defesa com explicações doutrinárias e bem sólidas. Estamos nos referindo ao Espiritismo que, por se apoiar na tese de que todo efeito tem uma causa, afastam a eutanásia das mais simples às mais drásticas situações.

A doutrina Espírita ensina que a vida corpórea é uma importante passagem para o espírito, que nessa condição, tem a oportunidade de se evoluir, desde que cumpridas todas as provações e expiações que, na maioria das vezes, comprometeu-se a cumprir.

Rezam os espíritas que a vida prossegue além da grande renovação e que, por isso, não estamos autorizados a furtar os mandamentos supremos a pretexto de consolação e amor, porque, por trás disso tudo, está o espírito soberano e as leis de Deus que, do outro lado, desconhecemos.

Deus leva em conta sempre a intenção das nossas atitudes. A eutanásia, porém levará prejuízos dolorosos àquele que está partindo. A eutanásia sob o pretexto caritativo é um erro porque só vemos o lado material e esquecemos o espiritual que é o mais importante...
(Palestra Virtual. Disponível em <www.irc.espiritismo.org.br>. Acesso em 23/03/2006).

O que se quer dizer é que um coma profundo e irreversível, por exemplo, pode parecer motivo ensejador para se abreviar a vida de alguém, já que, tanto para o enfermo, como para a família, esse estado vegetativo é muito doloroso e angustiante. Acreditam, então, que a vida perde o sentido, merecendo, por isso, ser abreviada.

Contudo esquecem-se de que sob os desígnios de Deus, quando o doente se encontra num estado desses é porque seu espírito pode ter provocado essa ligação dolorosa, ou a Providência Divina achou por bem que fosse assim para o progresso de seu espírito.

Ademais, a religião espírita explica que o praticante da eutanásia é equiparado a um suicida inconsciente. Para os espíritas, a prática de um suicídio faz com que o espírito regrida muito e enfrente muitas dificuldades no plano espiritual, pois está sempre em atividade, independentemente do corpo e, às vezes, esse espaço de tempo que, para nós é inútil, para o espírito é de suma importância e até vital para a conclusão da tarefa à que se propôs quando desencarnado.

Há que se esclarecer que aceitar a seqüência normal dos acontecimentos não significa aguardar a morte e não tentar lutar contra ela; o espiritismo é extremamente a favor dos avanços tecnológicos e defende que, enquanto houver recursos, esses devem ser utilizados.

O homem não tem direito à prática da eutanásia. A agonia prolongada pode ter finalidade preciosa para a alma, como a única valia para as imperfeições do espírito.

Reza Graciete Carvalho (2005, p. 04), que:

[...] Aqueles que por mera ignorância das Leis da criação viam a eutanásia e vêm como meio de minorar os sofrimentos e deverão refletir sobre tal. Como Jesus Cristo disse 'Amarás o senhor teu Deus, o teu coração e de toda a tua alma...amarás o teu próximo como a ti mesmo'.

O respeito pela vida apresenta-se como um Dever Absoluto. Criado para louvar Deus o Homem pode escolher livremente a maneira como o há de fazer. Não pode escolher o momento em que o serviço cessará. Isto é, a vida do homem não está à disposição do Homem. Pode o Homem dispor de todos os outros bens, mas não pode dispor da vida humana quer da sua quer dos outros da qual só Deus é senhor.

2.4 Sob o Aspecto Jurídico

Atualmente, no Brasil, a Eutanásia, em qualquer de suas modalidades, é crime. Se quem pratica a Eutanásia é um médico, um familiar ou um amigo, quer seja, ou não, com o consentimento do paciente, cometerá homicídio privilegiado, atenuando-se a pena pelo relevante valor moral que motivou o agente. Assim o juiz poderá reduzir a pena de um sexto a um terço. (GOMES, 2006, p. 15).

Por outro lado, se quem pratica a Eutanásia é o próprio doente, auxiliado por um terceiro, estaremos diante do crime de auxílio ao suicídio. (D'URSO, 2006, p. 06).

Então, como podemos perceber, nossa legislação pune a Eutanásia em todos os seus termos, exceto quando o doente, absolutamente sozinho, se mata por iniciativa e vontade própria. Ensina Luiz Flávio D'Urso (2006, p. 07) que, nesse caso, nem mesmo a tentativa pode ser punida, uma vez que o agente quer se dar a pena máxima, que seria a morte, assim, de nada adiantaria atribuir-lhe uma punição para que não reitere nessa conduta.

Não obstante a criminalização da Eutanásia, está tramitando na Câmara Federal, um Anteprojeto de Lei, consubstanciado no Decreto Lei nº 2.848, de 07/12/1984, .que altera os dispositivos do Código Penal e dá outras providências, com a seguinte redação:

Homicídio – Artigo 121 Matar alguém:
 Pena – Reclusão, de seis a vinte anos.
 Crime Eutanásico:

§ 3º. – “Se o autor do crime agiu por compaixão, a pedido da vítima, imputável e maior, para abreviar-lhe o sofrimento insuportável, em razão de doença grave:

Pena: Reclusão de três a seis anos.

Exclusão de Ilícitude:

§ 4º. – “Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestado por dois médicos, a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente, ou na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão.

Comenta Ana Carla de Souza Cordeiro (2005, p. 05) que “conforme o Anteprojeto, a Eutanásia será crime comissivo, punido de maneira mais branda se comparada às outras modalidades ilícitas, até mesmo em relação ao crime de lesão corporal seguido de morte”.

A legalização da Eutanásia somente se daria quando o agente deixasse de manter a vida do doente terminal por meio artificial, ligado a aparelhos, desde que previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável e, desde que houvesse consentimento do paciente ou de seus parentes.

Enquanto o nosso Código Penal trata da Eutanásia como se homicídio fosse, há que se levar em consideração que, entre um e outro instituto, existem critérios de distinção; a começar pela avaliação do *animus necandi*, ou seja, da vontade de matar.

Diferente do que ocorre no homicídio, na Eutanásia não há intenção de eliminar vidas e sim de abreviar sofrimentos causados por uma doença incurável e, cujo sacrifício, não pode ser exigido.

A bem da verdade, vivemos no século XXI, em uma era cheia de avanços na área biológica, filosófica e até mesmo religiosa, por isso, é claro, não podemos nos esquecer de certos valores mas, temos que admitir que cada caso concreto merecerá uma interpretação diferente, e que o caso em tela jamais poderá ser uma regra escrita e imutável.

A Eutanásia deverá ser sempre uma excepcionalidade; deverá incidir em casos drásticos e extremos, decidida com muita cautela e por quem de direito; depois de percorridos todos os caminhos, o último deverá ser a Eutanásia.

2.4.1 Direito de matar e direito de morrer

O Artigo 23 do Código Penal dispõe que :

Art. 23. Não há crime quando o agente pratica o fato:

I - em estado de necessidade;

II - em legítima defesa;

III – em estreito cumprimento do dever legal ou no exercício regular do direito”.

Nota-se que a nossa legislação enumera, no Código Penal, as hipóteses em que cabe o “direito de matar”, sem que tal ato seja considerado um ato ilícito, antijurídico e culpável. Sob uma interpretação restritiva, são essas, e só essas, as possibilidades em que o direito admite que se retire a vida de outrem.

Há também duas normas permissivas, no artigos 128, incisos I e II do Código Penal, em relação à possibilidade de aborto quando a gravidez for consequência de estupro ou quando causar risco de vida para a mãe.

Assim, o objetivo de tais mandamentos resume-se na pacificação social, onde toda a coletividade deve respeitar a vida um do outro, caso contrário, o agente que assim não agir será submetido às punições previstas ao caso adequado.

No Brasil, como se sabe, não há nenhuma disciplina jurídica específica sobre o assunto; no entanto, para a jurisprudência, quem pratica a Eutanásia, responde por homicídio, eventualmente privilegiado.

Não obstante a não legalização da eutanásia, o ex-presidente do IBCCRIM (Instituto Brasileiro de Ciências Criminais) diz que o assunto raramente chega aos tribunais:

Atualmente, a OAB em São Paulo acompanha apenas um caso, sobre o qual não dá detalhes. Trata-se de um desentendimento familiar; parte queria o desligamento de aparelhos que mantinham o paciente vivo; o médico atendeu e é acusado de homicídio por um dos familiares, que não aprovou a ato. (Disponível em <http://www.crmmg.org.br/Noticias/Saude/News_item.2005-02-21.8576236114/view>. Acesso em 04/Mar/2006).

Como se nota, a punição dessa prática não é muito eficaz, pois é duvidoso que nos últimos tempos, em um estado como o de São Paulo só tenha ocorrido esse único caso acima mencionado, que, aliás, só chegou ao conhecimento do judiciário porque a família que se sentiu contrariada o provocou.

Essa forma de conduta, ou seja, a interrupção da vida mantida artificialmente, é prevista pelos códigos europeus, punindo, porém, a eutanásia ativa, como nos casos do Código Espanhol, Artigo 143.4, e do Código Português, artigo 134.1. (GOMES, 2006, p. 07).

Mesmo com a criminalização da eutanásia ativa, existem constatações de que tal prática é corriqueira e comum nas UTI's, quando não praticada por quem possui um certo poder aquisitivo que compra o "direito a uma morte digna", é praticada pelo próprio estabelecimento hospitalar. São esses os casos de Eutanásia eliminatória e econômica, principalmente na questão de "esvaziamento de leitos".

As repórteres Cláudia Collucci e Fabiane Leite (Disponível em <http://www.crmmg.org.br/Noticias/Saude/news_item.2005-02-21.8576236114/view>. Acesso em 24/Jun/2006), redigiram no Jornal "Folha de São Paulo" um artigo sobre a prática da Eutanásia em UTIs do país, e relataram que:

Apesar de ilegal, a eutanásia apressar, sem dor ou sofrimento, a morte de um doente incurável é ato freqüente e, muitas vezes, pouco discutido nas UTIs de hospitais brasileiros. Dezesesseis médicos ouvidos pela Folha confirmaram que hoje o procedimento é comum e vêem a eutanásia como abreviação do sofrimento do doente e da sua família.

Entre eles, há quem admita razões mais práticas, como a necessidade de vaga na UTI para alguém com chances de sobrevivência, ou a pressão, na medicina privada, para diminuir custos.(...)

Vamos deixa-lo descansar, é assim que o médico avisa a família e dá início ao fim do sofrimento, diz o infectologista Caio Rosenthal, um dos conhecidos defensores da eutanásia quando não há mais recursos de tratamento.

Luis Flávio Gomes (2006, p. 12), ensina que, para que a Eutanásia não seja arbitrária, deveria se proceder às seguintes cautelas:

- a) que o paciente esteja padecendo “um sofrimento irremediável e insuportável;
- b) que o paciente seja informado de seu estado terminal (leia-se: não há solução médica razoável par o caso) e das perspectivas de tratamento;
- c) deve haver pedido escrito, voluntário e lúcido;
- d) o médico deve ouvir a opinião de um colega ou dois, antes de cumprir o pedido;
- e) a posição da família, sobretudo quando o paciente já perdeu a consciência.

Essas exigências afastariam a idéia de que a permissão da Eutanásia poderia traduzir-se em uma verdadeira permissão de homicídio, praticada, na maioria das vezes, contra os pobres. Por outro lado, esses, que quase sempre são vítimas de mortes arbitrárias, passariam a ter os mesmos direitos dos ricos que já desfrutam, ainda que na clandestinidade, da chamada “morte digna”.

Nesse sentido, é que John Schwartz (*apud* GOMES, 2006, p. 23), em artigo publicado na revista “The New York Times”, preleciona que: “Com ou sem leis, muitos americanos estão assumindo um papel ativo em sua própria morte, alguns com a ajuda de seus médicos e outros por meio de suas próprias ações”.

É certo que o assunto jamais poderá vir a ser legislado no seu todo, pois possui grande caráter de subjetividade e cada caso requer um tratamento diferenciado.

Todavia, estamos atrasados em relação às outras nações, eis que precisamos, com urgência, que ao menos algumas regras e exigências sobre a Eutanásia sejam legisladas de forma clara e objetiva, afim de especificar o mínimo exigível para tal prática e eliminar de vez os abusos, ilegalidades e clandestinidades.

Quanto ao direito de morrer, estamos dentro da classificação terminológica “suicídio”, visto que não é penalmente proibido, uma vez que o sujeito ativo, após a prática, deixa de existir.

Apõe Menezes (1977, p.27) que “o suicídio não é conseqüência da prática delituosa pela ineficácia da pena, insuscetível de traduzir uma coação psicológica a quem não poderá senti-la”.

Suicídio e Eutanásia têm em comum o resultado morte, distinguindo-se apenas quanto ao sujeito ativo. Se o indivíduo se auto-destrói, temos o suicídio; se outro o destrói, temos a Eutanásia.

Outra diferença está no tratamento legal que, conforme até aqui exposto, a Eutanásia existe no campo da punibilidade; já, o suicídio, no campo da impunibilidade, uma vez que sua punição é penalmente impossível.

Para a lei brasileira, só há julgamento e punibilidade nos casos de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio. A lei não trata do suicida em si, somente daquele que o ajuda, fornecendo-lhe os meios ou incitando-o a essa prática ilícita, conforme o disposto no Artigo 122 do Código Penal.

Então, o “direito de morrer” ficará à margem de outro julgador, que não os legisladores ou juristas, cabendo-lhes julgar somente no âmbito da subjetividade.

Segundo a professora de Antropologia Débora Diniz (2005, p. 63), existem dois princípios éticos que podem incidir sobre a questão do “direito de morrer”, quais sejam: O Princípio da Dignidade, que pode ser encontrado no Artigo 1º, Inciso III da Constituição Federal de 1988 e o Princípio da Autonomia.

Através do primeiro, devemos questionar o que é viver com dignidade: uma pessoa que, por si só, não consegue mais executar suas funções vitais e que não possui consciência do que está acontecendo ao seu redor, estaria vivendo com dignidade?

Assim como conclui Herbert Praxedes (2005, p. 591): “A vida não é propriedade do homem, que apenas dela desfruta como um dom gratuito. Ela é inalienável, isto é, não pode ser dada em garantia a outrem e é também irrenunciável. Ela é um direito mas é também um dever.” Portanto, o outro princípio, o da autonomia, deveria restringir-se na recusa de tratamento, pois não existe qualquer sanção que proíba o paciente de escolher, ou não, ser tratado.

Então o paciente, detentor de seu direito à opção de tratamento, poderá dele dispor, desde que esteja no gozo de sua consciência, de sua capacidade de consentir e exprimir sua vontade e que tenha sido informado sobre a natureza e a evolução de sua doença, seu estado clínico, como também sobre as conseqüências que poderão advir de uma eventual renúncia dos familiares pelos procedimentos solicitados pelo enfermo.

2.4.2 Eutanásia no âmbito penal

Ao fazermos uma retrospectiva histórica, concluímos que nosso ordenamento jurídico jamais regulamentou a prática da Eutanásia.

Observe-se que a legislação penal brasileira também nunca regulamentou o suicídio, nem em sua forma tentada, contudo, sempre se atentou em repudiar as hipóteses de instigação, do induzimento e do auxílio ao suicídio.

O Código Criminal do Império do Brasil, de 1830, já se preocupava com essa prática. Estabelecia, com pena de prisão de 2 a 6 anos, em seu Artigo 169: “Ajudar alguém a suicidar-se, ou fornecer meios para esse fim com conhecimento da causa”.

Já, o Código Penal de 1890, em seu Artigo 299, determina a cominação de pena celular de 2 a 6 anos para a pessoa que induzisse ou ajudasse moral ou materialmente alguém a suicidar-se. Da mesma forma como ocorre hoje, essas condutas não eram consideradas crime sem a efetiva morte do induzido ou instigado.

O Código Penal vigente, editado em 1940, manteve basicamente as disposições da lei anterior ao prescrever:

Artigo 122: Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:
Pena – reclusão de 2 (dois) a 6 (seis) anos, se o suicídio se consumou, ou reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

A importância dessa disposição, aplicada ao caso em tela, vislumbra-se na conduta do “auxílio ao suicídio”, pois entendemos estar esse tipo penal diretamente relacionado com a prática da Eutanásia.

Compreendemos que há crime de auxílio ao suicídio quando o agente presta à pessoa que quer eliminar a própria vida, ajuda material para que aquela se mate.

Destarte, o “agente auxiliador” não participa da execução, no entanto, a facilita, oferece meios para que o processo atinja seu resultado, consumando irremediavelmente a morte.

Dessa forma, estaríamos então, diante de um crime eutanásico, já que se fazem presentes todos seus pressupostos, quais sejam: o paciente, o sujeito ativo, o pedido e a vontade do paciente de morrer.

Entretanto, não é esse o entendimento do nosso sistema penal que, apesar de não ter legislado sobre a Eutanásia, considera crime a sua prática como previsto no artigo 121 (crime de homicídio) e, eventualmente, aplica seu parágrafo primeiro, que fala em “motivo de relevante valor social ou moral”, senão vejamos:

Homicídio simples

Art. 121. Matar alguém:

Pena – reclusão de 6 (seis) a 20 (vinte) anos

Caso de diminuição de pena

Parágrafo primeiro – Se o agente comete 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”.

Esse tratamento, ou seja, equiparar o crime eutanásico ao delito de homicídio privilegiado, fundamenta-se na hipótese da eutanásia ser cometida por compaixão ou piedade contra doentes incuráveis ou portadores de moléstia grave.

Nesse contexto, leciona Luís Regis Prado (2002, p. 48):

Considera-se privilegiado o homicídio se o agente:

a) for impelido por motivo de relevante valor social;

b) impelido por motivo de relevante valor moral;

c) sob o domínio de violenta emoção, logo após injusta provocação da vítima.

Entende por “motivo de relevante valor social ou moral” aquele que, em si mesmo, é aprovado pela moral prática, como, por exemplo, a compaixão ante o sofrimento irremediável da vítima (v.g. homicídio eutanásico) e a indignação contra um traidor da pátria.

Registre-se que, de uma forma ou de outra, a eutanásia vai se fazendo presente em nossa nação e, por isso, não podemos fingir que essa “morte digna” não está em

pauta todos os dias, pois, quem sabe, amanhã não será um de nós a ter que fazer essa escolha?

Apesar das tentativas de reforma do Código Penal, já citadas, não terem se tornado realidade, pensamos que a Eutanásia continua ainda a ser tratada por nosso ordenamento jurídico como homicídio, por vezes, privilegiado; pois, para os legisladores de nossa Constituição Federal, a vida, é um dom divino, devendo ser preservada em toda e qualquer circunstância: primeiro pelo Estado, que possui o dever de preservá-la a todo custo e, depois, pelo médico, que, segundo o juramento hipocrático, deve assistir o paciente, fornecendo-lhe todo e qualquer meio necessário à sua cura.

Porém, é preciso lançar uma linha divisória entre o plano da teoria e o da prática. O acadêmico de Direito da UFPB Luiz Inácio de Lima Neto (2005, p. 17) se pronuncia ao dizer que:

A cultura brasileira não é mais avançada do que aquelas que ainda não ousaram legalizar a eutanásia. Plasma-se uma certa desconfiança em relação ao que estaria atrás dos panos, do 'jeitinho brasileiro'. É temível a adoção de uma legalização da eutanásia não porque somos, de certa forma, conservadores, mas também porque a eutanásia defendida pode ser desvirtuada de seus fins em uma sociedade onde dinheiro é sinônimo de poder.

Para melhor vislumbrarmos a existência da eutanásia em nosso país, o colunista Daniel Christianni Nery (2006, p. 21) lembra do caso do governador Mário Covas:

A Constituição da República assegura o artigo 5, inciso III, que 'ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante'. Baseado neste entendimento, em conjunto com o ideal de vida digna, o ex-governador de São Paulo Mario Covas criou a Lei Estadual n. 10.241/1999.

O artigo 2., inciso VII desta Lei Estadual 10.241/1999 indica que o paciente de serviços de saúde do Estado tem direito a consentir ou recusar, de formar livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e serem nele realizados. No inciso XXIII da mesma lei, garante-se o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida.(...)

Curiosamente, o próprio governador Mário Covas utilizou-se deste dispositivo alguns anos mais tarde, quando impediu a continuidade de seu tratamento contra o câncer, em favor de um final de vida digno, com seus familiares. Ocorreu, neste caso, a ortotanásia, ou seja, a morte "no seu tempo", sem abreviação nem prolongamento desproporcionados do processo de morrer.

Apesar de tudo o que fora apontado, a discussão continua. Não se pode descartar a hipótese de que, quem sofre de uma doença grave e terminal ou de dores atrozes, sente-se humilhado, carecedor de uma vida digna e que nossa maior norteadora de princípios, a Constituição, em seu artigo 1º, inciso III e artigo 5º. da nos garante não só o direito à vida, mas sim o direito a uma vida a ser vivida com dignidade.

2.4.3 Eutanásia no âmbito civil

Depois da Constituição Federal que protege o direito à vida em seu artigo 5º, *caput*; o Código Civil também o faz em seu artigo 2º, ao garantir proteção à personalidade civil.

Essa proteção tem como ponto de partida o nascimento com vida e, como termo final, a morte. Assim, a tutela sobre a personalidade civil confirma que a vida é, sem dúvida, o maior bem jurídico que possuímos, além de ser fundamental em relação a todos os outros.

Aí encontramos, então, mais um obstáculo contra a Eutanásia, que face a essa legislação civil, atenta contra o mais valioso dos bens: a vida.

Interfere também a tutela civil sobre a responsabilidade do agente que pratica a Eutanásia, nos moldes do artigo 927 do Código Civil, a saber: “Art. 927. Aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”. Por ato ilícito, podemos entender: “Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.

Como se observa, estamos diante da responsabilidade civil, mais precisamente da responsabilidade civil do sujeito ativo do crime eutanásico.

De modo geral, o referido sujeito ativo, será, na maioria das vezes o médico, pois ele que estará mais próximo ao paciente e, este, por sua vez, estará vulnerável aos tratamentos e decisões daquele.

Por responsabilidade médica podemos entender a “a obrigação inerente a cada um dos profissionais, que seu ofício, obrar com imprudência, imperícia ou negligência ou dolo, causando prejuízo a outrem.”.(GOMES, 1999, p. 726-744).

A responsabilidade médica não é algo recente, mas remonta à época dos egípcios, onde o médico que descumpria a sua função, essa transgressão, via de regra, acarretava a morte do profissional, mesmo que o paciente se curasse.

Na Grécia, Alexandre mandou crucificar o famoso médico Glaucus, por Ter praticado imprudência, porque o mesmo foi ao teatro enquanto, durante esse tempo, seu paciente morria.

Entre os romanos, a Lei Aquília obrigava os médicos a pagar uma indenização aos senhores por todo o escravo que morresse em suas mãos; quando o morto era homem livre, o médico era condenado à morte.

Entre os visigodos, os médicos, antes de empreenderem um tratamento, combinavam o preço, que só era pago depois da cura do doente. Se o paciente morria, o médico perdia os honorários combinados. Quando o cirurgião estropiava alguém, pagava cem soldos de ouro. Se, em consequência da intervenção, sobreviesse a morte, o cirurgião perdia a liberdade e era entregue aos parentes do morto para que esses o punisse como entendessem. (GOMES, 1999, p. 745-747)

No passado, houve quem pleiteasse para os médicos uma completa irresponsabilidade no exercício da profissão, alegando que os profissionais achavam-se acanhados e evitavam inovações terapêuticas ante o fato de poderem ser responsabilizados por seus erros médicos; tal proposição não obteve aplauso da Academia de Medicina de Paris, em 1829.

O médico assume um contrato com o paciente desde o momento em que atende ao seu chamado. Assim, o médico tem o dever de prestar todos os cuidados necessários à saúde de seu paciente, estabelecendo-se, portanto, uma obrigação de meio, que é fundada no dever de cuidar e não no dever de curar, que seria uma obrigação de resultado. (LIMA, 2004, p. 35)

Ressalta-se que a responsabilidade civil do médico com relação à prática do crime eutanásico só existirá se sua conduta estiver eivada de culpa e esta tiver ligação direta (nexo causal) com o evento (morte).

Assim, considerando os pressupostos gerais da responsabilidade civil, vê-se que ela dar-se-á na hipótese da eutanásia quando se fizerem presentes os seguintes requisitos: a) o dolo, pois não há que falar em eutanásia culposa; b) ação ou omissão e c) o nexo causal. (PAGANELLI, 1997, p. 37)

Dessa feita, preenchidos todos esses requisitos, certa será a obrigação de indenizar do médico ou de terceiro, que deverá ressarcir o prejuízo (a morte) pagando aos familiares da vítima todas as prestações em torno do tratamento que recebeu, concomitantemente com a prestação de alimentos às pessoas que dela dependiam.

Nesse raciocínio, a eutanásia, ora tratada pela legislação penal pátria como homicídio, gerará ao médico ou a terceiro a obrigação de indenizar de acordo com o artigo 948 do Código Civil, que dispõe:

Art. 948. No caso de homicídio, a indenização consiste, sem excluir outras reparações:
I – no pagamento das despesas com o tratamento da vítima, seu funeral e a luta da família;
II – na prestação de alimentos às pessoas a quem o morto os devia, levando-se em conta a duração provável da vida da vítima.

Ocorre que, na prática, todas essas leis escritas não vêm sendo corretamente aplicadas. No Brasil, mais do que raro são as vezes que encontramos profissionais da área médica condenados por negligência ou por imprudência, vez que a desculpa pela morte de um paciente mal atendido é sempre que ele não resistiu aos tratamentos.

Já sabemos que a Eutanásia não é permitida em nosso país, pois é tratada como crime; no entanto, crime mais grave não seria essas condutas irresponsáveis e absurdas mediante as quais médicos, por desleixo e omissão, permitem que pessoas morram, sem ao menos terem direito a um tratamento digno para salvar a sua vida, bem esse tão protegido por lei e amparado pela própria Constituição Federal?

3. A EUTANÁSIA NO BRASIL E NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Assim como em outras nações, a prática da eutanásia também foi capítulo da história das antigas civilizações no Brasil.

A advogada e consultora jurídica, Sônia Maria (Disponível em <<http://www.br.christianpost.com/dbase/sociely/1175/section/1.htm>>. Acesso em 27/07/2006), do Estado do Pará conta que o historiador Von Marthus, citado por Lameira Bittencourt em estudos feitos sobre os silvícolas detectou a prática da Eutanásia na era indígena.

Conforme suas pesquisas, os indígenas acreditavam que viver era poder participar de festas, pescar e caçar, e; quando se constatava que um componente da tribo não podia mais praticar tais ações, ou porque atingira a velhice, ou porque fora acometido por uma doença incurável, antecipavam-lhe a morte, já que a vida teria perdido o sentido.

Ainda, a prática da eutanásia se fez presente na época colonial como conseqüência da tuberculose, doença até então incurável e que conduzia o enfermo a um definhamento crescente até a morte. Cita-se como exemplo, os então poetas do Romantismo, muito conhecidos pela literatura brasileira que, acometidos por tuberculose, entregavam-se à morte, antes que a moléstia atingisse seu estágio final.

A mesma autora informa que índices obtidos através de pesquisas realizadas pela revista periódica “Residência Médica” demonstram que pessoas acometidas por AIDS e câncer, em fase terminal, são as maiores personagens da prática da eutanásia no país. (SILVA. Disponível em <[www.http://br.christianpost.com/dbase/sociely/1175/section/1.htm](http://www.br.christianpost.com/dbase/sociely/1175/section/1.htm)>. Acesso em 27/jul/2006).

Percebe-se que a “morte piedosa” tem grande espaço em nosso país. Muitos pacientes irremediavelmente doentes estão morrendo a pedido, ou por decisão de terceiros, sem que tais fatos sejam divulgados.

De tudo até aqui exposto, já sabemos que nossa legislação penal em vigor não elenca, de forma expressa e objetiva, a figura da prática da eutanásia.

Entretanto, no dia 25 de março de 1998 foi publicado no Diário Oficial da União um anteprojeto de Lei nº 125/1996, que estabelece critérios para a legalização da “morte sem dor”. O projeto prevê a possibilidade de que pacientes terminais irreversíveis e com sofrimentos físicos insuportáveis, possam solicitar que sejam realizados procedimentos que visem à sua própria morte. E, dispõe ainda que a autorização para tal procedimento deverá ser dada por uma junta médica composta por 5 membros. No caso do paciente não poder expressar a sua própria vontade, um familiar poderá solicitar à justiça autorização para a prática da eutanásia.

Também está tramitando um anteprojeto de lei que altera os parágrafos do artigo 121 do Código Penal, de acordo com o já demonstrado no capítulo anterior.

É cediço que o Código Penal Brasileiro foi concebido na década de 40 e, por isso, não teria como seu legislador ter previsto essa matéria que, à época, pouco se discutia; não porque inexistia, mas, talvez, porque naquele tempo as pessoas eram mais conservadoras do que nos tempos atuais.

Em nossa Constituição temos assegurado o direito à vida como garantia fundamental de qualquer prerrogativa da pessoa humana.

O artigo 5º, *caput*, da Constituição, protege a vida desde à sua concepção até à exalação do último sinal vital. Ressalta-se que o próprio Estado, em determinadas situações, permite ao cidadão a prática de condutas que venha a retirar a vida de outrem, como no estado de necessidade, na legítima defesa e no aborto legal.

É assente na teoria constitucional que, entre os princípios basilares, está o princípio da dignidade da pessoa humana, disposto no artigo 1º, inciso III da CF/88. Assim, ao conjugarmos o direito à vida com o princípio da dignidade, chegaremos ao direito à vida digna.

Na concepção de Ronald Dworkin (*apud* José Luizilo Frederico Júnior. Disponível em <<http://www.jus2uol.com.br/doutrina/texto.asp?=84086p=2>>. Acesso em 13/ago/2006), apesar da Constituição dar à vida uma roupagem de bem indisponível e absoluta, ela não prevalece em todos os casos, explicando que:

[...] os princípios possuem uma dimensão no peso ou na importância que desempenham no Direito. Quando entram em conflito, um deles deve deixar de prevalecer, cedendo lugar ao princípio contrário que, segundo a interpretação feita, reputa-se mais importante. Mas pelo fato de um princípio não prevalecer num determinado caso, não necessariamente ele deixará de valer. Pode muito bem que, em outras circunstâncias, ele adquira mais um peso ou seja mais importante aquele outro princípio que o venceu no caso anterior.

Conclui-se que não há direito absoluto e que, no caso em questão, ou melhor, quando um paciente irremediavelmente doente suplicar pela abreviação de seu sofrimento, o princípio da dignidade da pessoa humana poderá fazer frente ao direito à vida, já que essa estaria sendo vivida indignamente.

Para melhor exemplificar o conflito do direito à vida com outros direitos fundamentais, há que se recordar a liminar concedida pelo Ministro Relator Marco Aurélio que beneficiava a gestante que não logrou autorização para abreviar o parto, conforme se verifica abaixo:

HABEAS CORPUS. PENAL. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ABORTO. NASCITURO ACOMETIDO DE ANENCEFALIA. INDEFERIMENTO. APELAÇÃO.DECISÃO LIMINAR DA RELATORA RATIFICADA PELO COLEGIADO DEFERINDO O PEDIDO. INEXISTÊNCIA DE PREVISÃO LEGAL. IDONEIDADE DO WRIT PARA A DEFESA DO NASCITURO. 1. A eventual ocorrência de abortamento fora das hipóteses previstas no Código Penal acarreta a aplicação de pena corpórea máxima, irreparável, razão pela qual não há se falar em impropriedade da via eleita, já que, como é cediço, o writ se presta justamente a defender o direito de ir e vir, o que, evidentemente, inclui o direito à preservação da vida do nascituro. 2. Mesmo tendo a instância de origem se manifestado, formalmente, apenas acerca da decisão liminar, na realidade, tendo em conta o caráter inteiramente satisfativo da decisão, sem qualquer possibilidade de retrocessão de seus efeitos, o que se tem é um exaurimento definitivo do mérito. Afinal, a sentença de morte ao nascituro, caso fosse levada a cabo, não deixaria nada mais a ser analisado por aquele ou este Tribunal. 3. A legislação penal e a própria Constituição Federal, como é sabido e consabido, tutelam a vida como bem maior a ser preservado. As hipóteses em que se admite atentar contra ela estão elencadas de modo restrito,

inadmitindo-se interpretação extensiva, tampouco analogia in malam partem. Há de prevalecer, nesse casos, o princípio da reserva legal.

4. O Legislador eximiu-se de incluir no rol das hipóteses autorizativas do aborto, previstas no art. 128 do Código Penal, o caso descrito nos presentes autos. O máximo que podem fazer os defensores da conduta proposta é lamentar a omissão, mas nunca exigir do Magistrado, intérprete da Lei, que se lhe acrescente mais uma hipótese que fora excluída de forma propositada pelo Legislador..

5. Ordem concedida para reformar a decisão proferida pelo Tribunal a quo, desautorizando o aborto; outrossim, pelas peculiaridades do caso, para considerar prejudicada a apelação interposta, porquanto houve, efetivamente, manifestação exaustiva e definitiva da Corte Estadual acerca do mérito por ocasião do julgamento do agravo regimental.

Daí o habeas impetrado no Supremo Tribunal Federal. Entretanto, na assentada de julgamento, em 4 de março último, confirmou-se a notícia do parto e, mais do que isso, de que a sobrevivência não ultrapassara o período de sete minutos.

Constata-se, no cenário nacional, o desencontro de entendimentos, a desinteligência de julgados, sendo que a tramitação do processo, pouco importando a data do surgimento, implica, até que se tenha decisão final - proclamação desta Corte -, espaço de tempo bem superior a nove meses, período de gestação. Assim, enquadra-se o caso na cláusula final do § 1º em análise. Qualquer outro meio para sanar a lesividade não se mostra eficaz. Tudo recomenda que, em jogo tema da maior relevância, em face da Carta da República e dos princípios evocados na inicial, haja imediato crivo do Supremo Tribunal Federal, evitando-se decisões discrepantes que somente causam perplexidade, no que, a partir de idênticos fatos e normas, veiculam enfoques diversificados. A unidade do Direito, sem mecanismo próprio à uniformização interpretativa, afigura-se simplesmente formal, gerando insegurança, o descrédito do Judiciário e, o que é pior, com angústia e sofrimento ímpares vivenciados por aqueles que esperam a prestação jurisdicional. Atendendo a petição inicial os requisitos que lhe são inerentes - artigo 3º da Lei nº 9.882/99 é de se dar seqüência ao processo.

Em questão está a dimensão humana que obstaculiza a possibilidade de se coisificar uma pessoa, usando-a como objeto. Conforme ressaltado na inicial, os valores em discussão revestem-se de importância única. A um só tempo, cuida-se do direito à saúde, do direito à liberdade em seu sentido maior, do direito à preservação da autonomia da vontade, da legalidade e, acima de tudo, da dignidade da pessoa humana (grifo nosso).

O determinismo biológico faz com que a mulher seja a portadora de uma nova vida, sobressaindo o sentimento maternal. São nove meses de acompanhamento, minuto a minuto, de avanços, predominando o amor. A alteração física, estética, é suplantada pela alegria de ter em seu interior a sublime gestação. As percepções se aguçam, elevando a sensibilidade. Este o quadro de uma gestação normal, que direciona a desfecho feliz, ao nascimento da criança. Pois bem, a natureza, entretanto, reserva surpresas, às vezes desagradáveis. Diante de uma deformação irreversível do feto, há de se lançar mão dos avanços médicos tecnológicos, postos à disposição da humanidade não para simples inserção, no dia-a-dia, de sentimentos mórbidos, mas, justamente, para fazê-los cessar. No caso da anencefalia, a ciência médica atua com margem de certeza igual a 100%. Dados merecedores da maior confiança evidenciam que fetos anencefálicos morrem no período intra-uterino em mais de 50% dos casos. Quando se chega ao final da gestação, a sobrevivida é diminuta, não ultrapassando período que possa ser tido como razoável, sendo nenhuma a chance de afastarem-se, na sobrevivida, os efeitos da deficiência. Então, manter-se a gestação resulta em impor à mulher, à

respectiva família, danos à integridade moral e psicológica, além dos riscos físicos reconhecidos no âmbito da medicina. Como registrado na inicial, a gestante convive diuturnamente com a triste realidade e a lembrança ininterrupta do feto, dentro de si, que nunca poderá se tornar um ser vivo. Se assim é - e ninguém ousa contestar -, trata-se de situação concreta que foge à glosa própria ao aborto - que conflita com a dignidade humana, a legalidade, a liberdade e a autonomia de vontade. A saúde, no sentido admitido pela Organização Mundial da Saúde, fica solapada, envolvidos os aspectos físico, mental e social. Daí cumprir o afastamento do quadro, aguardando-se o desfecho, o julgamento de fundo da própria arguição de descumprimento de preceito fundamental, no que idas e vindas do processo acabam por projetar no tempo esdrúxula situação.

Preceitua a lei de regência que a liminar pode conduzir à suspensão de processos em curso, à suspensão da eficácia de decisões judiciais que não hajam sido cobertas pela preclusão maior, considerada a recorribilidade. O poder de cautela é ínsito à jurisdição, no que esta é colocada ao alcance de todos, para afastar lesão a direito ou ameaça de lesão, o que, ante a organicidade do Direito, a demora no desfecho final dos processos, pressupõe atuação imediata. Há, sim, de formalizar-se medida acauteladora e esta não pode ficar limitada a mera suspensão de todo e qualquer procedimento judicial hoje existente. Há de viabilizar, embora de modo precário e efêmero, a concretude maior da Carta da República, presentes os valores em foco. Daí o acolhimento do pleito formulado para, diante da relevância do pedido e do risco de manter-se com plena eficácia o ambiente de desencontros em pronunciamentos judiciais até aqui notados, ter-se não só o sobrestamento dos processos e decisões não transitadas em julgado, como também o reconhecimento do direito constitucional da gestante de submeter-se à operação terapêutica de parto de fetos anencefálicos, a partir de laudo médico atestando a deformidade, a anomalia que atingiu o feto. É como decido na espécie.

3. Ao Plenário para o crivo pertinente.

4. Publique-se.

Brasília, 1º de julho de 2004, às 13 horas.

Ministro MARCO AURÉLIO Relator

Destaca-se que o Estado pode, portanto, e em determinadas circunstâncias, admitir que sejam restringidos certos direitos fundamentais de seus cidadãos em nome do princípio da dignidade da pessoa humana.

4. DA PRÁTICA DA EUTANÁSIA

4.1 A Decisão Médica

Primeiramente, é preciso destacar que a medicina, apesar de sempre estar em evolução, não tem o dever de salvar vidas, mas sim de buscar a cura, utilizando-se de todos os recursos disponíveis e indicados ao paciente. Isso quer dizer que o médico não é um "Senhor da Vida", não faz milagres; sua função é agir dentro dos parâmetros da doença e dos recursos da medicina que existirem àquele momento.

O médico será sempre o grande conhecedor do paciente, ninguém mais do que ele saberá da viabilidade de uma cura e da irreversibilidade de uma morte iminente.

Os profissionais da área médica não devem jamais medir esforços para salvar ou aliviar dores do paciente, mesmo que, para tanto, utilizem drogas que diminuam a dor. Contudo, cientes da inviabilidade de tais recursos, o primeiro passo será informar ao paciente e a seus familiares sobre a impossibilidade da cura, mesmo porque, não possuem qualquer direito de omitir tais informações.

O segundo passo será analisar minuciosamente o histórico do paciente e seu quadro atual, sem formar opiniões, como dizer o que é certo ou o que é errado, opinar entre a vida do paciente ou a sua morte.

O médico, após ter estudado o doente, deverá ajudá-lo a compreender a magnanimidade da ação da eutanásia, não excluindo dessa explicação também seus familiares.

Por óbvio, a hipótese acerca da eutanásia deverá ter surgido de outras fontes, que não do médico, que deverá conversar a respeito do assunto somente quando esse já não for mais novidade entre o paciente e seus representantes legais.

A partir disso, deverá ser respeitada, antes de qualquer outra, a decisão do paciente, levando-se em conta, que, se a decisão for pela prática da Eutanásia, só poderá o médico anuir quando a medicina atestar não existirem mais recursos que possam reverter o quadro clínico do paciente, ou seja, que nem ele e nem outros médicos o curarão, que todas suas chances esgotaram-se e o que resta ao médico e ao paciente é tão somente esperar a morte.

Todo paciente tem direito à ampla explicação e total capacidade de decisão quanto ao seu cuidado médico. John Stuart Mill (1987, p. 41) assim se expressou:

O indivíduo é soberano quanto a si mesmo, seu corpo e sua mente. O companheiro legal da autonomia do paciente é a autodeterminação. Ambos os princípios negam a legitimidade de paternalismo, declarando inequivocadamente que em última análise é o paciente que determina o que é bom para ele. Os médicos investem muito na aquisição do conhecimento necessário para concluir quanto às melhores decisões de diagnósticos, tornando muitas vezes difícil para eles aceitar o fato de que a melhor decisão para determinado paciente (na opinião do paciente) não é a decisão correta para o mesmo, do ponto de vista médico.

Nesse liame, opinamos que cabe ao profissional assistir o paciente em todas as suas decisões, analisando as causas externas que, possivelmente, tenham-no influenciado, a fim de verificar se suas deliberações merecem vingar ou serem simplesmente rejeitadas.

Por ser muito delicada essa postura do médico e exigir muita cautela, uma comissão ética institucional, representando profissionais de várias disciplinas (sociologia, ética, psicologia, direito, religião) poderá auxiliá-lo quanto às questões éticas difíceis.

Vale lembrar que o médico falará sempre depois do paciente (ou de seus familiares), mas há uma ressalva: em casos de urgência, poderá o médico praticar os atos que forem necessários para salvar o enfermo, mesmo sem seu consentimento ou de seus familiares.

O *caput* e o parágrafo 3º do artigo 146 do Código de Processo Penal, expressam essa ressalva:

Art. 146.....
 § 3º Não se compreendem na disposição deste artigo:
 I – a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;”

Em suma, o médico será o grande guia do paciente e jamais poderá decidir sobre a prática da eutanásia; seu papel será o de informante e respeitador, nunca o de responsável.

Alguns princípios médicos da Declaração de Oslo, em relação à vida, devem ser seguidos:

1) Declaração de Oslo, adotado pela 24ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial. Oslo - Noruega, 1970.
 O primeiro princípio moral imposto ao médico é respeitar a vida humana, como está exposto na cláusula de declaração de Genebra: Guardarei o respeito à vida humana, desde a concepção.

Ao médico cabe zelar pela vida humana sempre que essa estiver em situação de vulnerabilidade, seu principal escopo será assegurar a sua preservação sem ferir os preceitos fundamentais que a norteiam.

O paciente, mesmo em estado de quase-morte, deve ser tratado com dignidade; os profissionais da saúde, sabendo que o paciente é classificado como terminal, não podem deixar de dar a ele toda a atenção e cuidado que dariam a um paciente com maiores chances de vida.

2) Declaração de Sidney, adotada pela 22ª Assembléia Médica Mundial. Sidney - Austrália, agosto de 1968.
 ‘Antes da determinação da morte de uma pessoa, impõe-se éticamente processam-se todas as tentativas de ressuscitação’.
 ‘A dificuldade é saber se a morte é um processo gradual ao nível celular, com variações na sua capacidade de substituir a privação de O’.
 ‘O interesse público não fica no estado de preservação celular isolada, mas no destino do ser humano. Aqui, o conceito de morte de diferentes células e órgãos não é tão importante como a certeza de que o processo tornou-se irreversível depois de utilizadas todas as técnicas de ressuscitação’.

Através desse princípio, o profissional da saúde deve tentar de tudo, aplicar todos os seus conhecimentos para salvar a vida do paciente, nunca lhe sendo permitido desistir de tal intento.

Os fundamentos fisiológicos de um conceito rigoroso de morte devem respeitar a vida humana como valor absoluto e incondicionado que é, pois, apenas um segundo, pode ser o tempo necessário para fazer de um homem vivo um cadáver, mas também pode fazer de uma morte um homicídio. (DIAS, 1968, p. 132)

3) Declaração de Helsinque, adotado pelo 18ª Assembléia Médica Mundial Helsinque - Finlândia, 1964.

A missão do médico é salvaguardar a saúde dos povos.

Qualquer ato ou conselho que possa enfraquecer física ou moralmente a resistência do ser humano, só poderá ser admitido em seu próprio benefício.

Sendo necessária a aplicação dos experimentos de laboratório e seres humanos para o conhecimento do sofrimento da própria humanidade, não estão isentos de responsabilidade criminais ou civis.

No tratamento de uma pessoa doente, terá o médico liberdade para usar de uma nova medida terapêutica se, a seu ver, oferecer ela a esperança de salvar a vida restabelecer a saúde ou aliviar o sofrimento.

A pesquisa clínica no ser humano não pode ser realizada sem o seu consentimento.

Na aplicação científica pura da pesquisa clínica efetuada no ser humano, é dever do médico permanecer como protetor da vida e da saúde da pessoa na qual a pesquisa é realizada.

Por ser a proteção da vida humana a maior missão do médico, mesmo que seja para a evolução da medicina, à cobaia humana devem ser aplicados todos os princípios éticos e morais que o asseguram.

As pesquisas com sujeitos humanos sempre devem ser guiadas pelos princípios éticos e morais, tais como: o respeito, a beneficência e a justiça. Se não houver garantia de que o estudo não causará nenhum dano à pessoa, não deve ser o mesmo realizado.

IV- Declaração de Genebra, adotada pela Assembléia Geral da Associação Médica Mundial. Genebra - Suíça, setembro de 1948.

Manterei o mais alto respeito pela vida humana desde a sua concepção.

Praticarei minha profissão com consciência e dignidade.

Respeitarei os segredos a mim confiados.

O médico jamais deve mentir ao paciente, pois, se algum dia ele vier a descobrir a verdade nunca mais confiará em um médico, e essa confiança, por muitas vezes, pode ser de grande importância para a progressão de um tratamento.

Código Internacional de Ética Médica, adotado pela 39ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial. Londres - Inglaterra. Outubro de 1949.
Qualquer ato ou conselho que possa dirimir a resistência do ser humano só pode ser permitido em seu próprio interesse.
O médico deve ter sempre presente o cuidado de conservar a vida humana.
O médico deve a seu paciente lealdade e empregar em seu favor todos os recursos de ciências.

Devem os médicos dirigir o tratamento do moribundo, empregando o melhor que conhece das ciências médicas e utilizando-se sempre da ética e da moral.

Também constitui dever ético e moral, não só profissional, discutir com o paciente as alternativas de tratamento ou, eventualmente, a suspensão do mesmo.

Código de Ética dos Conselhos de Medicina do Brasil, Lei nº 3.268/57 em congresso de 1963.
O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

A medicina deve se fazer presente para dirimir sofrimentos, aliviar dores, salvar vidas e não exterminá-las, salvo por motivos relevantes, como nos casos em que o médico deixa de utilizar meios artificiais e adota medidas que aliviam a dor e minimizam o sofrimento do paciente (eutanásia passiva).

4.2 Os Pressupostos e o Diagnóstico

Ao contrário do que pensa a maioria das pessoas, a morte não é simplesmente um momento ou um instante, mas sim um desencadeamento de etapas sucessivas; é um verdadeiro processo.

Para a lei, a morte se dá quando são cessadas todas as funções vitais do corpo; contudo, essas funções não se extinguem de uma só vez ou ao mesmo tempo.

Então, pode-se dizer que dois são os conceitos de morte: a morte cerebral e a morte circulatória.

Em suma, a morte cerebral seria a impossibilidade para a recuperação da vida como homem no pleno sentido, pré-existindo apenas o que chamamos de "vida biológica" ou "vegetativa" de um sujeito clinicamente morto. Já, a morte circulatória, seria a cessação total e permanente de todas as funções vitais do corpo humano.

Parece-nos que a invenção do critério de morte cerebral procede de certos interesses, dentre os quais o principal seria o do transplante de órgãos.

Para fins de transplante de órgãos, ocorrida a morte cerebral, deve-se proceder a um prolongamento artificial das funções vegetativas. Nesses casos, a respiração artificial pode prolongar a função cardíaca por um determinado tempo, possibilitando, nesse ínterim, a retirada de órgãos para um transplante.

Há, nesse instante, uma grave preocupação em se determinar o exato momento da morte, pois, para o transplante de coração, por exemplo, órgão que possui tempo de vida útil não superior a 2 ou 3 minutos, é indispensável saber quando se deu o exato momento da morte. Na verdade, o que tem acontecido é utilizar-se do doador em estado de coma, quando esse é considerado em "vida artificial", mesmo que persistam os sinais vitais da respiração e da circulação.

Em 1968, em Genebra, representantes da OMS e da UNESCO, chegaram às seguintes conclusões sobre o critério de morte:

- a) parada de toda a resposta ao meio ambiente;
- b) abolição completa dos reflexos e perda do tônus muscular;
- c) suspensão da respiração espontânea;
- d) queda brusca da pressão arterial;
- e) traçado eletroencefalográfico, totalmente linear, obtido com garantias técnicas definidas;
- f) esses critérios não são válidos para crianças, ou para pacientes com hipotermia, ou em intoxicação aguda de qualquer espécie.

A partir desses sintomas descritos e, conforme tudo até aqui exposto, concluímos que as opiniões religiosas, filosóficas, médicas e sociais, em sua suma, admitem a prática da eutanásia quando da ocorrência da morte encefálica.

Assim, o Papa Pio XII (*apud* CECHINE, 1999, p. 186), em "A prolongação da vida", afirmou:

É de incumbência do médico tomar todas as medidas ordinárias destinadas a restaurar a consciência e outros fenômenos vitais, e empregar medidas extraordinárias quando estas se acham ao seu alcance. Não tem, entretanto, a obrigação de continuar de forma indefinida o uso de medidas em casos irreversíveis. Chega um momento quando todo esforço da ressuscitação deve suspender-se, em não opormos mais à morte.

A teologia concorda com a morte cerebral, pois, no seu aspecto clínico está a salvação de muitas outras vidas.

Enfim, observados os critérios de diagnóstico de morte encefálica, adquirimos uma dúvida: a retirada de órgãos com o fim de transplante seria uma conduta eutanásica ou não?

O que sabemos é que, nesses casos, somente os médicos saberão ou poderão definir se tal procedimento trata-se, ou não, de eutanásia ou se seria uma atitude politicamente correta, mesmo porque as condutas praticadas pelos profissionais da área médica sempre permanecerão em suas consciências, como também no nosso desconhecimento. Muitas vidas se vão pela eutanásia, com o silêncio do médico, sem que nunca seja descoberta sua aplicação.

4.3 A Decisão da Família

Já sabemos que aplicar a eutanásia é um questionamento profundo e comprometedor, pois envolve questões filosóficas, morais, éticas, religiosas e jurídicas, então, quem deve decidir pela aplicação da eutanásia?

Assim como já apontado, o profissional tem, antes de tudo, o dever de beneficência (a busca incessante da cura) e não a maleficência (o alívio do sofrimento). Em um segundo plano, os médicos têm também o dever de informar e auxiliar o paciente e seus familiares, não lhes cabendo o poder de decisão.

Faz-se importante o quesito da informação prévia ao paciente, para que esse, portador de uma doença grave e incurável, possa, ainda nessa etapa de consciência, exercer sua autonomia, seu próprio direito de intervir em seu destino, considerando seus melhores interesses.

No entanto, raras são as oportunidades quem têm esses profissionais de debater com o paciente sobre suas verdadeiras condições, uma vez que o quadro clínico vegetativo irreversível ou outra enfermidade que elimine o estado de consciência do enfermo pode, às vezes, ocorrer repentinamente. Por isso, nos casos de pacientes incapacitados ou impossibilitados de expressar sua vontade, os familiares deverão servir-lhes de voz ativa, pois são pessoas que possuem melhores condições de interpretar seus desejos, seus valores e aspirações que se fariam valer caso pudessem expressar seus desígnios em plena consciência.

Isso posto, na impossibilidade do paciente optar pela prática da eutanásia, ou não, a decisão deverá ser tomada por aqueles que têm direitos legais e laços familiares com o paciente, respeitando sempre a vontade razoável e os interesses legítimos do mesmo.

Desse modo, justificamos essa decisão familiar, por serem os parentes as pessoas mais próximas do enfermo e que, por essa razão, o conhecem profundamente, em seu íntimo. Ademais, por existir uma relação de afeto entre o paciente e a família,

essa jamais tomara uma atitude que soubesse ser contra os desígnios do familiar doente.

Assim, não há que se falar em ordem de preferência entre parentes para tomar tal decisão; como privilegiar o cônjuge, o pai ou o filho do doente nessa tomada de decisão, porque o que deve ser auferida é a ligação entre o familiar e o paciente. De nada adiantaria escalonar o cônjuge para resolver essa questão, sendo que, por exemplo, é o irmão quem mais conviveu com o moribundo.

É claro que não existe uma solução padrão para a resolução desse conflito de interesses e que cada caso dependerá de um estudo minucioso e delicado, sempre levando-se em consideração critérios como a idoneidade, o psicológico, o emocional e a racionalidade de quem está decidindo.

Deve-se observar se a decisão está sendo baseada na esperança ou na culpa, se o responsável visa algum interesse próprio; se quem está decidindo possui plena compreensão da gravidade e da irreversibilidade do quadro apresentado pelo paciente, se a decisão cabe aos pais para manter o vínculo conjugal, se cabe ao cônjuge para poder casar-se novamente, se quem está decidindo possui interesses financeiros; deve-se atentar, também, para a constituição familiar, ou seja, se existem outros filhos e qual a situação dos pais; a orientação religiosa, a condição socioeconômica e educacional, dentre outros.

Quanto aos fatores psicológicos, importante salientar que sempre haverá uma decisão mais estável quando o parente já tiver ultrapassado o estágio de aceitação do seu estado de saúde. Isso significa dizer que os familiares também sofrem, também têm uma alteração em suas vidas, ficam em estado de choque, entram em depressão, ficam confusos, desiludidos, e todos esses sentimentos existem enquanto ainda perdura o estado de negação, de não-aceitação da doença. Isso tudo é altamente influenciável na tomada de uma decisão como a prática, ou não, da eutanásia.

A partir dessas considerações, vislumbramos ser imprescindível a presença de um ou mais médicos para participar do desenrolar desse processo decisório.

Há quem defenda a necessidade da presença de um Comitê de Bioética para a resolução desses casos, não com o fito de tomar decisões, mas sim de auxiliar, de

guiar as pessoas envolvidas no processo decisório e ajudá-las a revelar quais são as evidências, desejos, crenças, alternativas e metas envolvidas do paciente e da família. Sua finalidade precípua seria a de conciliador e negociador, objetivando buscar um consenso que atendesse à melhor solução possível dentro das circunstâncias de cada caso *in concreto*.

Para José Idelfonso Bizatto (2000, 87):

Nesse processo decisório devem participar ativamente o médico e uma junta médica que elaborará o laudo. Após o laudo médico, integrarão na decisão, ativamente, o paciente, o marido ou mulher, os filhos, os pais do paciente, o tutor ou curador e ou aquele cuja dependência legal estiver o paciente, o MP, um ministro religioso da religião do paciente.

Enfim, diante de todo o explanado, é concludente que depois do paciente, obrigatoriamente cabe à família decidir sobre a prática, ou não, da eutanásia, seja em decisão tomada em conjunto, ou por um parente individualmente, com ou sem a influência de um comitê médico, religioso ou jurídico, mas desde que sejam seguidas todas as observações até aqui expostas para que a decisão seja a mais justa e menos dolorosa possível.

5. CONFLITO DE INTERESSES

Na concepção de Herbert Praxedes (2005, p. 582): "...o paciente terminal é aquele que, em virtude de falência grave ou irreversível de um ou vários órgãos, não apresenta qualquer perspectiva de recuperação de quadro clínico e caminha inexoravelmente para a morte."

E ainda, continua ao dar a seguinte classificação:

[...] paciente terminal lúcido, são tratados normalmente pois podem manifestar livremente sua vontade no que se refere a seu tratamento e cuidados; incapazes de manifestar sua vontade embora não comatosos, há pacientes que não conseguem expressar sua vontade. É o caso, por exemplo, daqueles que, em virtude de insuficiência respiratória, estão com entubação traqueal e sob a ação de aparelhos de respiração assistida; e, comatosos irreversíveis, aqueles que, em virtude do dano neurológico muito grave, entram em coma e deles não têm a possibilidade de sair.

Em síntese, paciente terminal seria aquele que não mais consegue viver por si próprio, torna necessário e imperioso o início de práticas de manutenção e reanimatórias.

Então, pode-se dizer que o verdadeiro conflito de interesses só existirá quando o paciente, por qualquer motivo, não puder exprimir sua vontade, ou quando se encontrar em estado comatoso irreversível; pois nos casos em que houver lucidez e o doente, plenamente consciente, solicitar que se interrompa a expectativa de uma agonia prolongada, sua vontade deverá ser respeitada. É o caso, por exemplo, de um doente condenado à morte de forma irreversível por possuir câncer no estômago, com numerosas metástases, onde não se vislumbra qualquer esperança terapêutica. Ninguém poderá impor ao doente um ato heróico, podendo esse, inclusive, recusar-se a penosos tratamentos, os quais não lhe pareçam essenciais.

Porém, a problemática ocorre quando os pacientes encontram-se em estado de coma. A maioria das pessoas acredita que, no estágio comatoso, a pessoa fica inconsciente e a única vida existente é a vida biológica de seus órgãos e tecidos, chegando mesmo à conclusão que, nessa condição, a pessoa perde a capacidade de sentir ou manifestar-se.

Antônio Chaves (1994, p.75-76), através de pesquisas, demonstra que:

(...) as pessoas em estado de coma, embora incapacitadas de exprimir seus pensamentos, não estão, em geral, em estado de inconsciência: muitas, ao contrário registraram uma hipersensibilidade que lhes permite perceber sentimentos e situações que nem sequer chegam a ser traduzidos em palavras. E isto as leva à posição paradoxal de aspirarem o fim dos seus tormentos e, ao mesmo passo, recusam-se a morrer: umas, por incrível que pareça, por ódio, outras, em contraste, por amor.

Foi o caso de Loretta, vítima de uma trombose que em 1983 lhe paralisou todo o corpo. Colocada aos cuidados da enfermeira Ann, não tardou a perceber, sem embargo de todos os cuidados tomados, que seu marido se apaixonara por esta, alimentando desde então profundo rancor em seu coração. Depois de oito meses, Don Coluci, o esposo, resolveu falar abertamente do sentimento de culpa que sentia, e Ann, por sua vez, prometeu cuidar das crianças e que, se um dia Loretta se recuperasse, todos juntos encontrariam uma solução para o problema. Decorrida uma semana recebeu a visita do marido acompanhado da noiva e filhos. Loretta ainda estava em estado de coma, mas o ódio havia cedido lugar ao relaxamento e à aceitação. Juntos todos cantaram “Yesterday”, uma das suas canções favoritas. Pela primeira vez depois que adoeceu, Loretta abriu os olhos, esboçou um sorriso e, antes que a canção chegasse ao fim, fechou-os novamente...e morreu.

Ariana era uma menina de San Diego, de 12 anos, igualmente em estado de coma há oito meses, pois nunca se recuperou de uma cirurgia no coração que os médicos tentaram. Mesmo depois de desligada a aparelhagem de suporte, para que pudesse morrer em paz, continuava viva, com o corpo reduzido ao peso de 15 quilos. Conscientizada de que a criança tinha um enorme senso de proteção para com as pessoas que ama, principalmente os pais, confirmada pela frase “quem vai cuidar dos meus pais depois que eu morrer”, enquanto banhava a filha, a mãe sussurrou-lhe aos ouvidos: “Não se preocupe conosco. Eu e seu pai vamos cuidar um do outro, depois que você morrer. Você tem nosso consentimento para partir, agora mesmo se quiser”. Uma lágrima correu pelo rosto de Ariana, que expirou nesse mesmo momento.

Diante dessas pesquisas, estudiosos houveram por bem classificar a vida humana levando-se em consideração a personalidade e a consciência, sem as quais a vida não teria a sua plenitude; daí as denominações de “vida vegetativa”, “vida biológica”, dentre outras.

Por isso, é que a visão médica deve ser a mais próxima possível do diagnóstico correto, pois, nesses casos, é preciso diagnosticar sem margens de erro, evitando-se que o ato piedoso se torne inescrupuloso ou um artifício homicida.

5.1 Divergência entre Genitores

O recepcionista Jeson de Oliveira, 35 anos, vai pedir autorização à Justiça para realizar eutanásia em seu filho Jhéck, 4 anos. O menino, que está internado em um hospital de Franca (SP) há quatro meses, é vítima de uma síndrome metabólica degenerativa que aos poucos está paralisando os movimentos de seu corpo. Segundo os médicos, não há chances de cura. A mãe do garoto, 22, é contra o desligamento dos aparelhos que mantêm o filho vivo. Ele é alimentado por meio de uma sonda ligada diretamente a seu estômago e respira com ajuda de aparelhos. Jheck ainda registra atividades cerebrais, mas não pode mais enxergar, não fala e não tem mais os movimentos do pescoço, braços e pernas. Os médicos que cuidam do menino, internado no Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital Unimed, em Franca, disseram que a doença não tem cura e que a progressão natural é a morte. Entretanto, eles não têm previsão de quando isso possa acontecer. Jeson justifica a decisão que seu filho não merece viver sofrendo. 'É um garoto lindo, muito amado, mas que não tem direito de acompanhar o nascer do sol...Não pode brincar, nunca vai saber o que é jogar futebol na rua ou brigar com os colegas de escola', lamentou. (Disponível em <<http://noticias.terra.com.br/brasil/interna/0,,O1648322-E1306,00.html>>. Acesso em 14/Ago/2006).

Trata-se de mais um caso em que o enfermo encontrava-se impossibilitado de manifestar a sua vontade, como também de manter-se vivo, independente de auxílio artificial de manutenção. Seu diagnóstico era de uma doença degenerativa e fatal.

Registra-se que Jhéck ainda possuía atividades cerebrais, no entanto, não executava quaisquer movimentos e também não podia mais enxergar nem falar.

Frente a esse quadro trágico, seus genitores criaram um verdadeiro conflito, onde o foco era a vida do pequeno Jhéck.

Forçoso relembrar que a prática da eutanásia, apesar de não ser legislada, é considerada por nossa jurisprudência, homicídio privilegiado. Contudo, nas maiores

instâncias da justiça brasileira nunca foi registrado um caso de eutanásia. Levantamento efetuado nas jurisprudências do STF e do STJ constatou que jamais essas duas cortes debruçaram-se sobre o tema.

O caso em questão é um problema sério porque envolve os genitores, que são representantes legais do enfermo e ambos possuem os mesmos direitos e deveres; nenhum é menos, ou mais, responsável do que o outro.

Há quem defenda dar à mãe maior credibilidade pois, por ter sido ela a geradora da criança, possui maiores traços de afinidade e sentimento de proteção. No entanto, essa distinção não ultrapassa o campo da subjetividade.

Aqui, não há que se falar em quem possui maior ligação afetiva, quem conhece melhor sua personalidade, já que o filho é do casal e a convivência é a mesma para os dois.

Ocorre que o enfermo possui apenas quatro anos e, mesmo que tivesse capacidade para consentir na prática da eutanásia, o consentimento não seria válido, pois é menor incapaz.

Diante de tudo o que vimos, a eutanásia ou a ortotanásia, visam, não o assassinato de um doente, mas, sim, a oportunidade do mesmo de se ver livre do sofrimento.

Para os grupos pró-eutanásia, a vida sem dignidade não é vida e a prática desses métodos não significam matar e sim não adiar a morte, não forçar os pacientes a viverem sem dignidade e sem esperança de uma cura que pudesse, ao menos, abrandar seus sofrimentos.

Assim, como exposto, nunca se poderá legislar sobre à quem pertenceria a decisão sobre a eutanásia, pois cada caso teria suas particularidades próprias e todos eles deveriam ser estudados separadamente.

Deve-se ressaltar que há uma certa dificuldade, por parte dos familiares, em exercer a autonomia, pois, nessas situações, a autonomia é potencializada pelos sentimentos de impotência, de desilusão, de frustração, de raiva, o que naturalmente se

espera que aconteça com pais de crianças gravemente enfermas ou qualquer outro familiar ligado por laços sangüíneos ou afetivos.

Mas, antes de tudo, deve-se considerar o enfermo, vez que a eutanásia visa o benefício do doente e não de quem o tem sob a sua responsabilidade.

Para a solução desse caso, achamos necessário que, antes de averiguar os verdadeiros motivos, os sentimentos e o estado psicológico de cada um dos pais deve-se pesquisar o real estado da criança e verificar se o tratamento a ela aplicado não está sendo-lhe inútil e penoso.

Assim como a Constituição garante à pessoa o direito à uma vida digna, o Estatuto da Criança e do Adolescente o faz de forma específica em seu artigo 15:

Art. 15 A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.

Apoiado nesse dispositivo, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, órgão administrativo do Ministério da Justiça, publicou a seguinte resolução:

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
Resolução 41/95

1. Direito à proteção, à vida e à saúde com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.
2. Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.
3. Direito de não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade.
4. Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.
5. Direito de não ser separada de sua mãe ao nascer.
6. Direito de receber aleitamento materno sem restrições.
7. Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.

8. Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário.
9. Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar durante sua permanência hospitalar.
10. Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida.
11. Direito a receber apoio espiritual/religioso, conforme a prática de sua família.
12. Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.
13. Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária.
14. Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.
15. Direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral.
16. Direito à preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.
17. Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação de massa, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética.
18. Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como direito de tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na instituição pelo prazo estipulado em lei.
19. Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente.
20. Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis. (grifo nosso).” (Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução n° 41 de Outubro de 1995 DOU 17/19/95).

Conforme essa resolução fica clarividente que as crianças também possuem o direito de morrer com dignidade quando suas vidas sejam penosamente mantidas através de meios artificiais, pois assim, a ortotanásia (mais aplicável ao caso), não estaria apressando a morte, mas tão somente permitindo que um processo natural se manifestasse.

Para os contrários à eutanásia, enquanto existir vida, seja ela biológica, artificial, vegetativa, existirá esperança. Outros, ainda, vão mais além ao acreditarem que se Deus permitiu que a medicina avançasse ao ponto de manter pessoas vivas, mesmo

quando isso lhe seja possível, caberá a essas pessoas usufruir dos métodos de tratamento que lhes servem, não só por direito, mas também como dever, pois, de outra forma estariam desafiando os desígnios divinos.

O judiciário, querendo solucionar esse conflito de interesse de forma mais justa possível, deverá, primeiramente, colocar-se frente ao poder legislativo e mostrar-se independente dele, e, num segundo momento, percorrer todos os caminhos até aqui demonstrados, a começar pelo diagnóstico, passando pela análise de termos como dignidade, qualidade de vida, beneficência, não-maleficência, ética, etc. Ainda deve analisar quem, e em que condições, estão as pessoas que zelam pelos interesses do paciente; como também, deve ouvir opiniões médicas e de outros especialistas e verificar se ainda existem intervenções terapêuticas úteis e aplicáveis ao caso e, por fim, deve fazer uma análise geral, unindo todas as questões e verificar onde o princípio da dignidade da pessoa humana teria sua melhor efetividade.

4.2 Divergência entre os Genitores e o Cônjuge

Theresa Marie (Terri) Schindler-Schiavo, de 41 anos, que supostamente estava em processo de separação conjugal com seu marido, Michael Schiavo, teve uma parada cardíaca, em 1990, talvez devido a perda significativa de potássio associada a Bulimia, que é um distúrbio alimentar. Ela permaneceu, pelo menos, cinco minutos sem fluxo sanguíneo cerebral. Desde então, devido a grande lesão cerebral, ficou em estado vegetativo, de acordo com as diferentes equipes médicas que a tem tratado.

(...) o esposo, Michael Schiavo, desejava que a sonda de alimentação fosse retirada, enquanto que os pais da paciente, Mary e Bob Schindler, assim como seus irmãos, lutaram para que a alimentação e hidratação fossem mantidas".(Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/terri.htm>: Caso Terri Schiavo, Acesso em 04/mar/2006).

O caso Terri Schiavo causou grande repercussão mundial, devido à discordância entre seus familiares na condução do caso.

Apesar desse caso ter sido colocado à sociedade como uma situação de eutanásia, preferimos tratá-lo como sendo ortotanásia, ou seja, a suspensão de uma medida terapêutica considerada não desejada pelo paciente e incapaz de alterar o prognóstico de seu quadro.

Assim como o já exposto no caso anterior, a problemática está no “desejo da paciente” que se encontra em estado comatoso, deixando a seus familiares a decisão entre manter ou terminar o uso da alimentação e hidratação por sonda, surgindo, assim, o conflito de interesses na condução da eutanásia.

Ocorre que a divergência paira entre diferentes grupos de parentesco: de um lado, os pais da paciente, que possuem ligação sanguínea com a mesma e que certamente teriam maior capacidade para visualizar seus desígnios, já que foram seus educadores e acompanharam a formação de sua personalidade; e, de outro lado, está seu marido, que, pela lei norte-americana, passa a ser o guardião legal da paciente.

Cláudia Colluci (2005, p. 05), em artigo escrito no jornal “Folha de São Paulo”, opina no seguinte sentido:

[...] o núcleo familiar raiz tem maiores possibilidades de lidar com a verdade dos fatos, conhecendo os desejos e valores das pessoas, com menores chances de interferência de interesses de outros, econômicas, por exemplo, que não honram a dignidade da pessoa envolvida. (...) as pessoas confiam mais no vínculo vertical (entre pai e filho), nos laços de consangüinidade, do que no elo horizontal (entre marido e mulher, por exemplo).

A autora acredita que o amor e o respeito são maiores na relação entre pais e filhos do que na relação entre cônjuges, afastando, assim, qualquer possibilidade da prática da eutanásia eliminadora, aquela que é praticada com o intuito de se livrar do enfermo, tratando este como se fosse um peso morto para a sociedade e para seus familiares.

Francisco Tibério Felizmino de Araújo (Disponível em <<http://www.universia.com.br/htm/materia-ggei.html>>. Acesso em 15/ago/06), especialista em filosofia clínica, diz que, diante da impossibilidade do próprio paciente fornecer os dados para a eutanásia, o procedimento correto seria fazer todo o

levantamento, por aproximação, da história da vida da pessoa, utilizando-se, para tanto, basicamente da coleta de informações das pessoas mais próximas e das informações da equipe médica. Pode-se chegar à estrutura de pensamento da pessoa, descobrir seu modo de agir e, então, montar os procedimentos clínicos adequados à singularidade existencial, onde, acima de tudo, está o respeito ao mundo do outro.

Desse modo, se fosse levada em consideração a historicidade do paciente, poder-se-ia concluir, por exemplo, que o mesmo, se estivesse lúcido, preferiria uma situação de doença incurável à morte. Assim, estar-se-ia preservando sua autonomia e seu modo de ser.

Para João Carlos Holland de Barcellos (2006, p. 04), como solução para esse conflito de interesses, deveriam ser analisadas todas as pessoas envolvidas, como parentes, amigos íntimos, médicos e verificar qual decisão causaria menos sofrimento para os envolvidos.

Se fôssemos partir dessa ótica, provavelmente opinaríamos por dar legitimidade à decisão dos pais, uma vez que estavam dispostos a cuidar da paciente; quanto ao marido, o que o motivava a requerer a eutanásia era o desejo de legalizar uma relação estável com outra mulher, conforme foi informado pela imprensa.

Não foi esse o entendimento do Congresso Nacional dos EUA, que aprovou uma lei em caráter emergencial, tendo sido, após, sancionada pelo presidente, que permitiu a suspensão dos tratamentos extraordinários à paciente moribunda.

Muitas críticas surgiram em relação à essa lei: primeiro, por ter sido rompida uma tradição de independência entre os poderes; depois por ter o Congresso participado de um caso em que a decisão restringia-se ao âmbito familiar, já que se tratava de questão que visava o melhor interesse da paciente.

Abdon Murad, presidente do Conselho Regional de Medicina do Maranhão e membro da academia Maranhense de Medicina (Disponível em <http://www.amb.org.br/inst.artigos.template.php3?pagina=ar_26>. Acesso em 07/ag0/06), pronuncia-se a favor da decisão dos pais, ao dizer que: “a morte de alguém não costuma atingir apenas a quem morre, mas também, aos que permanecem vivos e que, pelos mortos, tinham amor.”

Destarte, a palavra final, seja do médico, seja do juiz, ou de qualquer outro mediador, deverá ser baseada na intenção dos solicitantes, ou seja, necessário far-se-á distinguir entre a verdadeira compaixão e o egoísmo, o interesse ou outro qualquer motivo torpe.

CONCLUSÃO

A Eutanásia, também conhecida por alguns como “morte piedosa”, como bem significa seu próprio nome, é, ainda hoje, um tema muito polêmico no Brasil e no mundo, já que envolve assuntos de diversas naturezas como o jurídico, o filosófico, o religioso e o médico.

O motivo de tanto reflexo sobre esse assunto, está consubstanciado no fato de que tal método, apesar de ser considerado generoso sob a ótica de alguns, ainda é considerado crime por quase todos os países; contudo, sua prática é bastante freqüente, nas suas mais diversas modalidades, como a eutanásia passiva, eutanásia ativa e a eutanásia eliminadora.

Há muitas tentativas no sentido de legalizar a Eutanásia, no entanto, pouca força têm os projetos de lei acerca dessa descriminalização, pois, admitir a prática desse método, para muitas pessoas, é o mesmo que admitir a eliminação de vidas humanas, simplesmente por se encontrarem em estado de enfermidade grave ou gravíssima. A sociedade não está preparada para isso e nem poderia estar. Todavia, há grande aceitação em relação à prática da ortotanásia; que ocorre quando o paciente se recusa aos tratamentos e opta por aceitar a morte, uma vez que não se pode obrigar ninguém a ser submetido a intervenções médicas, na maioria das vezes, inúteis, caras e dolorosas.

Ocorre que, não se pode olvidar a opinião daqueles que defendem a posição da “morte digna”, que a Eutanásia tem a finalidade de atenuar a angústia de muitos doentes que se encontram afetados por doenças aterrorizantes e irreversíveis, que não se trata de ato assassino e sim de compaixão e piedade. É com o apoio nessa segunda corrente que o legislador brasileiro pretende a legalização da eutanásia. Atualmente, a comissão de reforma do Código Penal pátrio enfrenta essa questão, trazendo alternativas merecedoras de serem apreciadas.

Muitos autores, na tentativa de justificar a prática da eutanásia, apoiam-se na própria Constituição Federal e defendem que, com a conjunção de seu artigo 1º, inciso III com o artigo 5º chegar-se-á ao direito à vida digna. Assim, a indignidade, a dor e o sofrimento podem sobrepor-se ao valor da vida; é aí que entra a eutanásia, que, em certas circunstâncias e em condições estritas, concede ao paciente o direito de se livrar de uma situação insuportável e agonizante.

Um problema que pode surgir é quando o paciente encontra-se em estado comatoso, ou por qualquer outro motivo não pode exprimir sua vontade, pois nesse caso, quem teria legitimidade para decidir sobre a prática de uma eutanásia? E se dois familiares decidirem e essas decisões forem conflitantes, a quem caberá maior crédito?

Diante dessas indagações, cogita-se que, na impossibilidade do enfermo decidir, a decisão recairá, via de regra, sobre seus representantes legais, mas deve-se, antes de tudo, levar em consideração o paciente e a solução que melhor puder atender aos interesses legítimos deste.

Entre a corrente pró eutanásia, há uma tendência no sentido de que, em casos como esses, o mais sensato seria requisitar a orientação de médicos ou de outros profissionais especializados no assunto; ainda discute-se a viabilidade de se utilizar uma comissão ética, representando profissionais de diversas disciplinas como médicos, sociólogos, psicólogos, juristas, dentre outros.

Em suma, todo sofrimento inútil, indesejado e inevitável viola a dignidade humana, e a eutanásia pode ser uma forma legítima de abreviar o sofrimento em hipóteses extremas, mas, é necessário adotar certas cautelas, como a confirmação de que o diagnóstico do paciente é irreversível e que a interrupção de sua vida estaria atendendo aos seus interesses.

A morte digna de quem não possui mais condições de viver é um assunto que deve ser tratado com muita delicadeza; optar pela morte ou por ajudar alguém a morrer, poderá ser a melhor saída quando, ao paciente, manter a vida se torna uma obrigação muito amarga e traumatizante. Mas é preciso cautela para evitar ou restringir abusos, e se lembrar de que tudo tem limite, do mesmo modo que no prolongamento artificial de uma vida deve haver uma fronteira.

BIBLIOGRAFIA

ÂNGELO, Milton. **Direitos humanos**. São Paulo: LED, 1998.

ARAÚJO, Francisco Tibério Felizmino. **Eutanásia**: pelo direito de morrer. Disponível em <http://www.universia.com.br/html/materia/materia_ggci.html>. Acesso em 13/ago/2006.

ARAÚJO, Luiz Alberto David; NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva, 1999.

BARCELLOS, João Carlos Holland de. Disponível em <<http://www.genismo.com/metatexto30.htm>>. Acesso em 22/04/2006.

BIODIREITO. Ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. 374 p. ISBN 85-203-2070-8.

BIZATTO, José Idefonso. **Eutanásia e responsabilidade médica**. São Paulo: Direito, 2000.

BOEMER, Magali Roseira. **A morte e o morrer**. São Paulo: Cortez., 1986.

BORDALLO, Gilson. **Eutanásia**. Disponível em <<http://www.irc-espirtismo.org.br>>. Acesso em 07/mar/2006.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Disponibilidade dos direitos de personalidade e autonomia privada**. São Paulo: Saraiva, 2005.

BURGIERMAN, Denis Russo. **O direito de morrer.** *In:* Revista Super Interessante. São Paulo, ano 15, p.17, março 2001.

CADTAÑEDA, Adolfo J. **Como defender a vida diante dos argumentos a favor da eutanásia e o suicídio assistido.** Disponível em <<http://www.acidigital.com/eutanasia/argumentos.htm>>. Acesso em 13/mar/2006.

CHAVES, Antônio: **Direito à vida e ao próprio corpo.** Interssexualidade, transexualidade, transplante. 2ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1994.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Resolução CFM Nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção 1, p. 1574-7

COLLUCI, Cláudia. **Para 51%, opção por eutanásia cabe aos pais.** Disponível em <http://www.crmmg.org.br/Noticias/Saude/news_item.2005-04-19.8418>. Acesso em 16/ago/2006.

CORDEIRO, Ana Carla de Souza. **Eutanásia** - o anteprojeto do código penal e a ampliação do rol / causa de diminuição de pena ou da exclusão da ilicitude. Presidente Prudente, 2002. 64 p. Monografia (Graduação) - Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, 2002.

COSTA, Ricardo Jorge. **Eutanásia:** homicídio qualificado ou suicídio assistido? O tabu da morte tranqüila. Junho, 2005. Disponível em <<http://www.apagina.pt/arquivo/Artigo.asp?ID=3950>>. Acesso em 21/abr/2006.

D'URSO, Luiz Flávio. **A eutanásia no direito brasileiro.** Disponível em <http://www.jpjornal.com.br/news.php?news_id=14607>. Acesso em 25/abr/2006.

DE SOUZA, Aline Delenias. **Variáveis conceituais da eutanásia no Brasil e em outras legislações.** In: Jus Navegandi. Disponível em <<http://www.jusnavegandi.com.br>>. Acesso em 24/abr/2006.

DECLARATION ON EUTHANASIA. Prepared by the Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. May 5, 1980. Disponível em <<http://www.cin.org/vatcong/euthanas.html>>. Acesso em 21/abr/2006.

DORNELLAS, Luiz Otavio Soares. **Eutanásia:** Uma Polêmica de Difícil Solução. Disponível em <http://www.tecway.com.br/techway/revista_idoso/comportamento/comportamento_otavio3.htm>. Acesso em 13/ago/2006.

EUTANÁSIA: brasileiros nos EUA ajudarão mãe de menino doente em SP. Disponível em <<http://www.unes.br/noticias/imprimir.asp?cod=3017>>. Acesso em 17/ago/2006.

FERREIRA JUNIOR, Celso Rodrigues. **O caso de Vicent Humbert:** a abordagem positivista e a necessidade da ponderação. Disponível em <<http://jus.uol.com.br/doutrina/texto>>. Acesso em 12/abr/2006.

FOLHA ESPÍRITA. **Eutanásia é crime.** Disponível em <<http://www.folhaespirita.com.br>>. Acesso em 24/abr/06.

FORATO, Diana Maciel. **Eutanásia:** o direito de matar e morrer com dignidade. Presidente Prudente, 2003. 59 f. Monografia (Graduação) - Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, 2003.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho Fortes. **Aspectos ético-jurídicos da responsabilidade do médico em prática liberal.** In: Revista de Saúde Pública, dezembro de 1990. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-ng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30/abr/2006.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Eutanásia:** direito de matar ou direito de morrer. Disponível em <<http://www.malthus.com.br/artigos.asp?id=37>>. Acesso em 30/abr/06.

_____. **Medicina Legal.** 4ª ed.; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

GARSCHAGEM, Donaldson M. **Livro do ano 2003:** eventos de 2002. São Paulo: Balsa Planeta, 2003.

GIMBERNAT ORDEIG, Enrique. **Vida e morte no direito penal:** estudos sobre eutanásia, pena de morte e aborto. 1ª. ed.; Barueri/SP: Manole, 2004.

GOLDIM, José Roberto. Caso Terri Schiavo. **Retirada de tratamento.** Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bietica/terri.htm>>. Acesso em 04/03/2006>. Acesso em 10/abr/2006

_____. **Responsabilidade do médico diante da eutanásia.** Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/ver/g.html>> Acesso em 14/mar/2006.

_____. **Tipos de Eutanásia.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/gppg/eutantip.htm>>. Acesso em 21/mar/2006.

GOMES, Luís Flávio Gomes. **Eutanásia:** Dono da vida, o ser humano é também dono da sua própria morte?. Disponível em: <<http://www.juristas.com.br/revista/imprimir.jsp?idObjeto=146>>. Acesso em 29/abr/2006.

GRECO, Rogério. **Curso de direito penal.** Rio de Janeiro: Impetus, 2002.

GUERRA FILHO, Fernando. Eutanásia: **Direito à “boa” morte e despenalização da piedade médico-homicida consentida**. Novembro de 2005. Disponível em <http://www.juristas.com.br/espaco_aberto/espaco_aberto.jsp?pag=4&>. Acesso em 10/ago/2006.

INELLAS, Gabriel César Zaccaria de. **Da exclusão de ilicitude**. São Paulo: Saraiva, 2001.

JAKOBS, Günther. **Suicídio, eutanásia e direito penal**. 1^a. ed.; Barueri/SP: Manole, 2003.

JANINE, Renato. **A eutanásia é válida?** Março de 2004. Disponível em <http://noticias.aol.com.br/colunistas/renato_janine/2004/0017.adp>. Acesso em 10/ago/2006.

LIMA NETO, Luiz Inácio de. **A legalização da eutanásia no Brasil**. *In*: Jus Navegandi, a. 7, n. 81, setembro, 2003. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2417>>. Acesso em 30/abr/2006.

MARCÃO, Renato Flávio. **Eutanásia e ortotanásia no anteprojeto do código penal brasileiro**. Escritório Online, março de 2005. Disponível em <http://www.escriptorionline.com/webnews/noticia.php?id_noticia=5720&>. Acesso em 05/mar/2006.

MARQUES, Oswaldo Henrique Duek. **A pena capital e o direito à vida**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2000.

MENEZES, Evandro Corrêa de. **Direito de matar**. 2^a. ed. São Paulo: Biblioteca Jurídica Freitas Bastos, 1977.

MURAD, Abdon. **Eutanásia beneficia terceiro**. Abril de 2004. Disponível em <http://www.amb.org.br/inst_artigos_template.php3?pagina=art_26>. Acesso em 16/abr/2006.

NERY, Daniel Christianini. **Matar ou morrer?** Aborto e eutanásia. Disponível em <http://www.revistaautor.com.br/index.php?option=com_conten&task=view&id=388&Itemid=44>. Acesso em 14/ago/2006.

NEUKAMP, F. Zum. **Problem der. euthanase**. Der Gerichtsaal, 1937.

NOTÍCIAS SAÚDE. **Médicos revelam que eutanásia é prática habitual em UTIs do país**. 2005. Disponível em <http://www.crmmg.org.br/Noticias/Saúde/news_item.2005-02-21.8576236114/view>. Acesso em 22/abr/2006.

NOTÍCIAS TERRA. **Pais divergem sobre eutanásia em filho de 4 anos**. Agosto de 2005. Disponível em <<http://noticias.terra.com.br/brasil/interna/0001648322-EI306,00.htm>>. Acesso em 24/abr/2006.

OLIVEIRA, Débora Danila de. **Ortotanásia como causa supralegal de exclusão de ilicitude**. Presidente Prudente, 2002. 51 f. Monografia (Graduação) - Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, 2002.

OLIVEIRA, Lílian Carla de. **Eutanásia e o direito à vida**. Última Instância, setembro de 2005. Disponível em <http://ultimainstancia.uol.com.br/imprime_noticia.php?idNoticia=19041>. Acesso em 29/abr/2006.

OLIVEIRA, Lílian Carla de; JAPAULO, Maria Paula. **Morrer ou matar**. Eutanásia e direito à vida: limites e possibilidades. *In*: Consultor Jurídico; setembro de 2005. Disponível em <http://conjur.estadao.com.br/static/text/38164?display_mode=print>. Acesso em 20/ago/2006.

PAGANELLI, Wilson. **A eutanásia**. *In*: Jus Navegandi, Teresina, a. 2, n.21, nov. 1997. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1861>>. Acesso em 15/mar/2006.

PLUTARCO. **Vidas paralelas**. (Introdução e notas de Paulo Matos Peixota. Introdução direta do grego por Gilson César Cardoso) 2º vol.; 1ª ed.; São Paulo: Editora Paumape S.A., 1991.

PORTAL MÉDICO. **Eutanásia**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/Partellleutanasia.htm>. Acesso em 25/abr/2006.

PRAXEDES, Hebert (coord.); MARTINS, Ives Gandra da Silva. **Direito fundamental à vida**. Centro de Extensão Universitário. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

REVISTA ÉPOCA. **Desejo derradeiro**. São Paulo, ano 3, n.133, p. 82/83, dez. 2000.

ROBERTI, Maura. **Eutanásia e direito penal**. Disponível em: <<http://www.ibap.org/direitopenal/mr%C3%A9utanasia.htm>>. Acesso em: 30/abr/2006.

ROCHA, Cármen Lúcia Antunes. **O direito à vida digna**. Belo Horizonte: Fórum, 2004.

SÁ, Maria Fátima Freire de. **Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite dos. **Transplante de órgãos e eutanásia: liberdade e responsabilidade: abordagem filosófica, religiosa e penal, limites éticos e jurídicos da experimentação humana, responsabilidade penal**. São Paulo: Saraiva, 1992.

_____. **Transplante de órgãos e Eutanásia**. São Paulo: Saraiva, 1998.

SEREGHETTI, Carolina de Oliveira; MOREIRA, Paula Pontalti Marcondes. **Eutanásia e ortotanásia na responsabilidade penal brasileira**. Presidente Prudente, 2001. 57 p. Monografia (Graduação) - Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, 2001.

SERRÃO, Daniel. **Eutanásia**: moralmente condenável, juridicamente inaceitável. Abril de 2003. < www.universia.com.br/html/materia/materia_ggcj.html - 34k >. Acesso em 15/fev/2006.

SGRECCIA, Dom. Elio. **Eutanásia**: aspectos éticos ao paciente moribundo, 2006. Disponível em <<http://www.acidigital.com/eutanasia/assistencia.htm>>. Acesso em 30/abr/2006.

SILVA, Sônia Maria Teixeira da Silva. **Eutanásia**. Disponível em <<http://br.christianpost.com/dbase/society/1175/section/1.htm>>. Acesso em 21/mai/2006.

SZIAJN, Rachel. **Autônomo privada e direito de morrer**: eutanásia e suicídio assistido. Cultural Paulista. São Paulo: USP, 2002.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **É possível ao médico reconhecer quando está prolongando a vida ou a morte?** Disponível em <<http://www.ethosvitae.com.br/si/site/060007?idioma=portugues>>. Acesso em 08/ago/2006.

WIKIPÉDIA. Enciclopédia livre. **Eutanásia**. Janeiro, 2006. Disponível em <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Eutan%C3%A1sia>>. Acesso em 21/abr/2006.

WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Physicians, patients, society**: human rights and professional responsibilities of physicians. Amsterdam: WPA, 1996.