

DAVID DE FARIAS

**REFLEXÕES SOBRE A EUTANÁSIA NO
DIREITO PENAL BRASILEIRO**

FLORIANÓPOLIS

2001

DAVID DE FARIAS

**REFLEXÕES SOBRE A EUTANÁSIA NO
DIREITO PENAL BRASILEIRO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, ao Curso de Pós-Graduação em Direito – Mestrado, Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Orientador: Prof. Dr. Ubaldo Cesar Balthazar

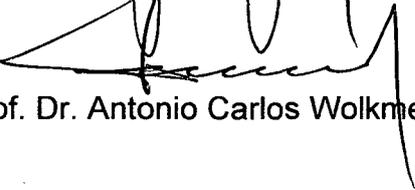
FLORIANÓPOLIS, MAIO DE 2001

DAVID DE FARIAS

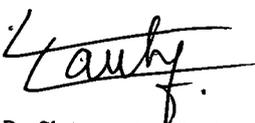
REFLEXÕES SOBRE A EUTANÁSIA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Direito – Mestrado, Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.


Prof. Dr. Ubaldino Cesar Balthazar


Prof. Dr. Antonio Carlos Wolkmer

Prof. Dr. Reinaldo Pereira e Silva


Prof. Dr. Christian Guy Caubet
Coordenador CPGD/CCJ/UFSC

Florianópolis, 15 de maio de 2001.

*Esse alguém é ela ...
Pode sorrir mas
Faltam-lhe forças para falar.
Cochila por vezes, e precisa de ajuda para
beber.
Tudo que ela pode fazer é aceitar, concordar ...*

Averil Stedford

Campo Santo

*Na minha terra
A morte é minha comadre.
A grande tarefa é morrer.
Enegrecidas de chuva e velas,
Adornava de flores sobre as quais
Sem preconceito as abelhas porfiam
A vida e a morte são um coisa só
Ressurgimos.
Por isso o campo santo é estrelado de cruces.*

Adélia Prado

*A elipse da vida possui uma simetria perfeita.
Ampla no meio, diminui suavemente em ambas
as extremidades.
Existe um mistério nessa similaridade
De chegar e partir.*

Averil Stedford

À UNIVILLE – Universidade da Região de Joinville e sua Magnífica Reitora Marileia Gastaldi Machado Lopes.

À Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências Jurídicas. Curso de Pós-Graduação em Direito – Mestrado.

Ao Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina, na pessoa de seu Ilustríssimo Presidente, Professor Eloy José Ranzi e à Coordenadora Regional de Blumenau, Professora Maria José Buss.

Ao amigo, Professor Fernando Bahiense e senhora, por considerações incontestes.

AGRADECIMENTOS

“Todas as manhãs do mundo são sem retorno”

Pascal Guignard

Ao concluir a pesquisa e olhar para trás, observo quantas pessoas conheci neste caminho me ajudando a crescer. Agradeço profundamente a todos, mas de forma muito especial aos que ora seguem:

Deus, pela companhia e força diante das dificuldades encontradas.

Professor Doutor Ubaldo Cesar Balthazar, meu orientador, pelo freqüente acompanhamento de todo o desenvolvimento da pesquisa, pelas lições de vida e pela confiança em mim depositada, transformando-me em seu cativo admirador.

Gilvane Matilde Hoenicke, leal companheira em todo o sempre.

Ana Maria C. N. Telles de Moraes, pela disponibilidade, principalmente em relação aos aspectos ligados à bibliografia necessária junto à FURB.

Reni Farias, amigo e irmão. Também aos outros Farias irmãos.

Dilma Maria Munari, pela força contida embora não declarada.

Aos Quinta-feirinos, amigos da AABB e Banco do Brasil.

Romélio Farias, por ter sido tio e pai.

Rogers Rogério Farias e Regina ... Bons ombros...

Andréa Farias Adão, pela caminhada tese monografia.

Pelos colegas de trabalho e seus suportes.

Pela FURB e seu acervo.

Samara Milene Tschoeke, pela eterna ternura e discernimento.

Maria Genoveva Lemos, ápice na orientação cuidadosa e eficaz na biblioteca da FURB.

Vera Husadel Dalsenter Zimmermann, brilhante advogada e instrutora da linguagem jurídica forense.

Kátia Schreiber, por tanto carinho e atenção ao trabalho e para comigo.

Departamento Jurídico da UNIVILLE.

Todos os mestrandos dessa nossa turma, destacando o Professor Cláudio Pereira Ramos.

Por fim, a todos os docentes que ministraram nosso curso, em particular à Professora Dra. Vera Regina Pereira de Andrade, por todo o seu conhecimento em Direito Penal e seu precioso doutrinação.

E ainda, ao Ramirinho, à Cristina, à Ramirá, ao Airton, ao Júnior, à Marcela, à Rose do CPGD/UFSC, àquela senhora do cafezinho, etc...

E minha mãe.

SUMÁRIO

RESUMO	viii
RESUMEN	ix
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – ASPECTOS GERAIS DA EUTANÁSIA	6
1.1 Conceito.....	6
1.2 Homicídio piedoso.....	10
1.3 Pacientes terminais desenganados.....	15
1.3.1 A morte certa num prazo conhecido.....	18
1.3.2 A morte certa num prazo desconhecido. “Quase”	19
1.3.3 A morte incerta porém num prazo conhecido, quando o problema seria resolvido.....	20
1.3.4 A morte incerta em um prazo desconhecido, quando o problema for resolvido.....	20
1.4 A autorização da família e ou responsável.....	21
1.5 A eutanásia ativa e passiva.....	24
CAPÍTULO 2 – NORMAS PENAIS E A EUTANÁSIA	29
2.1 Visão jurídica da eutanásia no Brasil.....	29
2.2 Conscientização pela informação verdadeira.....	33
2.3 O desânimo.....	40
2.4 O aspecto moral.....	45
2.5 O aspecto econômico.....	48
CAPÍTULO 3 – O NOVO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO. REFLEXÕES	51
3.1 O ônus da espera.....	51
3.2 O que contempla na morte assistida.....	54
3.3 A morte assistida.....	56
3.4 A vontade do paciente.....	61
3.5 A morte natural.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

RESUMO

Ao longo dos anos o homem carrega consigo o mais comum de todos os medos, o de que sua morte seja amarga, dolorosa, triste e indigna. Para muitos, desde a antigüidade, a dor é o pior de todos os demônios trilhando, angustiosamente, o longo caminho dos pacientes terminais clinicamente desenganados. O presente trabalho visa abordar a eutanásia e o direito penal brasileiro, no qual ela não encontra acolhimento. Embora justificada por motivos reais de misericórdia e pelo livre arbítrio do enfermo, a eutanásia não encontra amparo legal no Brasil. Desta forma, até que a nova proposta do Código Penal Brasileiro seja posta em prática, permitindo o desligar dos aparelhos mantenedores artificiais da vida dos indivíduos, restará para os brasileiros a dor e a indignidade na morte de seus moribundos. No Brasil, a morte é um tema polêmico, pois se encontra enraizado profundamente com âncoras na cultura ocidental devido a idéia cristã do castigo divino. Diante disso, o caminho do paciente terminal é percorrido por entre todos os dissabores possíveis, até que o nosso Direito, obsoleto e arcaico, encontre normas que protejam a dignidade e o direito de morrer. A eutanásia (boa morte, morte serena, doce, tranqüila, indolor), quando legalizada, impedirá o empobrecimento geral das famílias, seja material ou espiritual, diante dos abusos honorários da medicina e seus empreendimentos inúteis diante da evolução gradual e terminativa dos pacientes desenganados, sem nenhuma perspectiva de cura.

RESUMEN

A lo largo de los años el hombre acarrea el más común de todos los miedos, que su muerte sea amarga, dolorosa, triste e indigna. Para muchos, desde la antigüedad, el dolor es el peor de todos los demonios, rastreando angustiosamente el largo camino de los pacientes terminales y clínicamente desahuciados. El presente trabajo aborda la eutanasia y el derecho penal brasilero, donde ella no encuentra lugar. Aunque justificada por motivos reales de misericordia y por libre arbitrio dei enfermo, la eutanasia no encuentra amparo legal en Brasil. De esta manera, hasta que la nueva propuesta del Código Penal Brasileiro sea puesta en práctica, permitiendo la desconexión de los mantenedores artificiales de la vida de los individuos, restará para los brasileros el dolor y la indignidad en la muerte de sus moribundos. En Brasil, la muerte es un tema polémico, pues se encuentra arraigado profundamente con anclas en la cultura occidental debido a la idea cristiana del castigo divino. Delante de eso, el camino del paciente terminal es recorrido por entre todos sinsabores posibles, hasta que nuestro Derecho, obsoleto y arcaico, encuentre normas que protejan la dignidad y el derecho a morir. La eutanasia (muerte buena, muerte serena, dulce, tranquila, indolora) cuando legalizada, impedirá el empobrecimiento general de las familias, sea material o espiritual, frente a los abusos emolumentos de la medicina, y sus emprendimientos inútiles ante la evolución gradual y terminativa de los pacientes desahuciados sin ninguna perspectiva de cura.

INTRODUÇÃO

Albert Schweitzer¹, médico laureado com o prêmio Nobel e que exerceu sua profissão durante duas décadas nas florestas da África, escreveu: “todos temos de morrer. Mas possa poupá-los de dias de tortura, o que considero ser meu maior e sempre novo privilégio. A dor é um senhor da humanidade mais terrível que a própria morte”.

Desde a antigüidade a presença de dor e seu significado tem sido o martírio da humanidade. Platão² (427 a 347 a. C.) acreditava que a dor não surgia apenas por estimulação periférica, mas também por uma experiência emocional da alma, que residia no coração. Hipócrates³ afirmava que “*divinum est opus sedare dolorem*”, que se traduz por “divino é o trabalho de aliviar a dor”. São pensamentos proféticos e notáveis em relação aos atuais concorrentes.

A dor e suas teorias vêm sendo descritas na literatura desde que a humanidade começou a escrever e a sofrer as sensações angustiosas da dor e seus maléficos. Atualmente, estão sendo estudados os aspectos já apreendidos da dor, principalmente nos casos de pacientes terminais desenganados, impedidos legalmente de morrer.

O termo paciente é aquele que denota paciência, que recebe a ação praticada por um agente, ou ainda a pessoa doente, sob cuidados médicos. Permitir a um indivíduo morrer significa para ou impedir os tratamentos médicos destinados a prolongar-lhe a vida.

¹ SCHWEITZER apud CAILLIET, Rene. **Dor: mecanismos e tratamento**. Trad. Walkíria M. F. Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

² SARDI, Sérgio Augusto. **Diálogo e Dialética em Platão**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1995.

³ KEELE, K. D. apud CAILLIET, Rene. Op. Cit., p. vi.

A decisão de permitir que um doente terminal morra surge em geral após o fracasso de múltiplos tratamentos para curar ou controlar a doença do paciente quando o prognóstico é fraco. É justamente neste ponto que surge a eutanásia, que quer dizer morte doce, tranqüila, sem sofrimentos, visando impedir tratamentos fúteis, desnecessários, caríssimos e acima de tudo, incapazes de impedir o desenvolvimento cruel de uma enfermidade incurável num desenganado agonizante.

A dor descontrolada e o sofrimento encabeçam a lista dos pedidos de eutanásia, termo derivado do grego *eu* – bem, *tanásia* – morte, boa morte. Tal expressão significava que o médico devesse acalmar os sofrimentos e as dores não apenas quando este alívio pudesse trazer a cura, mas também servir para uma morte doce e tranqüila.

A eutanásia, propriamente dita, é a promoção do óbito. É a conduta (ação ou omissão) do médico que emprega ou emite meio suficientemente capaz de abreviar a vida do paciente terminal, do paciente desenganado.

↙ No direito brasileiro, a eutanásia caracteriza homicídio, pois é conduta típica ilícita e culpável, mesmo com o consentimento do paciente e seu comovente implorar pela morte, torna-se indiferente para a qualificação jurídica e as penalidades civil e penal. O consentimento é irrelevante, juridicamente, para descaracterizar a conduta como crime.

O consentimento do paciente à prática da eutanásia ou a motivação piedosa de quem a pratica não retiram a ilicitude do ato, muito menos exonera a culpa de quem a praticou.

O modo de como são tratados os doentes terminais tem afetado a todos, pois nessa fase o temor à dor e ao sofrimento é mais significativo que a morte em si.

A nova proposta do Código Penal Brasileiro, provavelmente, permitirá a eutanásia passiva que é o ato de desligar aparelhos que mantém indivíduos vivos de forma vegetativa, mesmo porque isto não se constitui em crime.

A sedação continuará sendo usada como o único modo de evitar a dor, embora isso retire do indivíduo a sua vontade, sua autonomia de decidir morrer, caso tenha condições financeiras de opinar e desistir da vida. Aos menos favorecidos restará a mistanásia, uma forma desastrosa e desumana de morrer.

Doentes terminais se comunicam de várias formas, belas ou estranhas, sendo necessário persistência e critério para captar e decifrar tais mensagens. De qualquer modo, as doenças terminais causam desconfortos emocionais, sociais e espirituais, onde a solução para estes desconfortos é ouvi-los e entendê-los.

A aproximação da morte necessita de um acompanhamento interdisciplinar para ser entendida. Adiante observa-se as definições e entendimento de vários doutrinadores a respeito da eutanásia para que se constitua uma nova trajetória legal de abordagem sobre o tema e se providencie uma morte assistida amparada na lei, embora, atualmente, impossível de ser concebida.

Para analisar todos estes aspectos, a dissertação trata no Capítulo 1 da eutanásia e seus aspectos gerais. A eutanásia trata-se de um vocábulo grego formado de *eu* (bem, bom) e *thanatos* (morte), que significa a boa morte, a morte sem sofrimentos, a morte doce, tranqüila, serena e bondosa.

De maneira geral, a eutanásia é vista no vocábulo científico como a morte do paciente que sofre de moléstia incurável e aflitiva através da aplicação ou da interrupção de medicamentos, embora o sentido seja ampliado quando se entende eutanásia como uma eliminação de vidas inúteis no meio social.

Desta forma, a morte continua sendo entendida como a cessação da vida física ou mental, ou seja, a cessação total e permanente de todas as funções ou ações vitais de um organismo.

No Capítulo 2 será feita uma análise dos aspectos penais referentes ao assunto, tendo como objetivo propiciar uma visão jurídica do instituto no Direito Penal brasileiro.

Ainda prevalece no Direito brasileiro a tese de que a morte não deve ser antecipada ou abreviada, mesmo que venha a diminuir o sofrimento dos pacientes terminais desenganados sob nenhuma forma possível.

No Direito brasileiro, a eutanásia caracteriza homicídio, pois é conduta típica, ilícita e culpável. É indiferente para a qualificação jurídica desta conduta e para a correspondente responsabilidade civil e penal que o paciente tenha dado o seu conhecimento ou mesmo implorado pela medida.

O Código Penal Brasileiro vigente institui o homicídio privilegiado nos termos do artigo 121, § 1º. E é neste preceito que a doutrina situa o tratamento penal dado à eutanásia quando praticada por piedade e consentida pelo paciente ao médico.

No Brasil, a saúde é ainda um balcão de negócios, com o Estado fugindo do seu compromisso constitucional, rasgando, talvez, o mais nobre dos seus artigos, o 192, que estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Finalmente no Capítulo 3, houve uma preocupação de efetuar uma reflexão sobre o novo Código Penal Brasileiro e o que se pode esperar dele.

Na nova proposta de reformulação do Código Penal Brasileiro a eutanásia ainda é classificada como crime contra a vida, homicídio privilegiado. O novo projeto faz ainda a distinção de dois tipos de abreviações da vida, na forma ativa e na forma passiva.

A forma ativa é quando uma pessoa promove a morte de um doente para cessar seu sofrimento (pena de 2 a 5 anos de prisão).

Na forma passiva “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 (...)”, diz o texto proposto.

Há que se lamentar que esta proposta de reforma do Código Penal teve início em 1984. Hoje, julho de 2001, não existe previsão de votação para o projeto.

“A tempestade da noite passada coroou uma paz duradoura esta manhã”.⁴

⁴ TAGORE. Pássaros errantes, CCXCIII.

CAPÍTULO 1

ASPECTOS GERAIS DA EUTANÁSIA

1.1 Conceito

Eutanásia é um vocábulo grego formado de *eu* (bem, bom) e *thanatos* (morte), que significa a boa morte, a morte sem sofrimentos, a morte doce, tranqüila, serena, bondosa. “Ainda cabe uma significação estética por ser freqüente o prefixo *eu*, indicando beleza, equivalente portanto a bela morte, a morte dos heróis e paladinos de famosas obras. Em sentido amplo, sem qualquer especificidade, significa ajuda para morrer”.⁵

Nesse mesmo parâmetro, entende Pelletier⁶ que “a eutanásia é a ciência que suaviza a morte, atenuando os sofrimentos que a antecedem; é um fenômeno que não tem nada de excepcional, é a morte boa, é a extinção da vida que não apresenta conclusão dolorosa; a eutanásia é o homicídio por complacência.”

Merle e Vitu acreditavam que “Eutanásia é a boa morte, a morte que liberta do sofrimento um doente incurável (...)”.⁷

De igual maneira assevera Apostel, ao definir a eutanásia, em sentido estrito, como o ato de tirar a vida uma pessoa, a seu pedido, “com a intenção de lhe evitar males maiores do que a morte”.⁸

⁵ RIPOLLIS, Antônio Quintano. Eutanásia. In: **Nueva Enciclopédia Jurídica**. Barcelona: Francisco Seix, 1959.

⁶ PELLETIER, Simone apud RODRIGUES, Paulo Daher. **Eutanásia**. Belo Horizonte: Livraria Del Rey Editora Ltda. 1993, p. 48.

⁷ MERLE, Rogers e VITU, Andre apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit. p. 48.

⁸ APOSTEL, Léo apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit., p. 51.

Observa Pinan y Malvar⁹ que “eutanásia é o ato pelo qual uma pessoa põe termo a vida da outra que sofre de enfermidade incurável, ou então aleijados padecendo dores cruéis, atendendo as solitação reiteradas, levadas puramente pelo espírito de piedade e humanidade”.

Morselli,¹⁰ mestre genovês da psiquiatria italiana, define a eutanásia como sendo “a morte que alguém dá a outra pessoa que sofre de uma enfermidade incurável, a seu próprio requerimento, para abreviar a agonia muito grande e dolorosa”.

Villanova y Morales¹¹ discorre sobre Bacon, Barão de Verulamio e chanceler inglês, citando que foi este quem primeiro empregou a palavra, em pleno século XVII, nas suas obras “Da dignidade e do progresso das ciências” e “Novo Órgão”, expôs suas idéias e ao mesmo tempo classificou os avanços e conhecimentos do saber humano, dedicando um capítulo ao tratamento das enfermidade incuráveis no que denominou de eutanásia. O médico, segundo Bacon, “deve dirimir os sofrimentos e as dores não só quando este alívio possa curar, mas também quando possa servir para procurar uma morte doce e tranqüila”¹².

Entretanto, foi o próprio Villanova y Morales quem admitiu de maneira mais completa o termo, dentre tantos entendimentos sobre a eutanásia, afirmando que:

É a morte doce e tranqüila, sem dores físicas nem torturas morais, que pode servir de um modo natural nas idades mais avançadas da vida, acontecer de um modo sobrenatural como graça divina, ser sugerida por uma exaltação das virtudes estoicas ou ser provada artificialmente, já por motivos eugênicos, já com fins terapêuticos para suprimir ou abreviar uma inevitável, longa e dolorosa agonia, porém sendo sempre prévio o consentimento do paciente ou prévia regulamentação legal.¹³

⁹ PINAN Y MALVAR, Eduardo apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit., p. 50.

¹⁰ MORSELLI, Enrico apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit., p. 50.

¹¹ VILLANOVA Y MORALES, Ricardo Royo. **O direito de morrer sem dor**. Trad. J. Catoira & C. Barbosa. São Paulo: Publicações Brasil, 1933, 192 p.

¹² BACON apud VILLANOVA Y MORALES, Ricardo Royo. Op. Cit.

¹³ VILLANOVA Y MORALES. Op. Cit.

De maneira geral, a eutanásia é vista no vocabulário científico como a morte do paciente que sofre de moléstia incurável e aflitiva através da aplicação ou interrupção de medicamentos, embora o sentido seja ampliado quando se entende eutanásia como uma eliminação de vidas inúteis no meio social.

Gorriti¹⁴ vê na eutanásia “a faculdade de dar morte sem sofrimentos aos pacientes com doença incurável de evolução fatal e que estejam sofrendo dores físicas intoleráveis e persistentes, incapazes de serem atenuadas por instrumentos médicos”.

Gorriti destaca também, a evolução fatal e a intolerabilidade da dor, pois pode existir uma doença crônica com dores físicas persistentes, mas que não comprometam a vida do paciente e é por esta razão que incluiu em sua definição referida a expressão “evolução fatal”. Também foi necessário o qualificativo de intoleráveis para as dores físicas porque poderia apresentar-se o caso de doentes que as suportassem com verdadeiro estoicismo.

“Em verdade, para toda a pessoa humana a verdadeira tarefa decisiva consiste na aprovação espiritual de morrer. É preciso descobrir e assimilar profundamente que a existência pessoal não vem definida pela fatalidade, e, por isso, a pessoa pode transformar a fatalidade da morte em liberdade e em culminação.”¹⁵

Jimenes de Asúa¹⁶ entende que “é a morte que alguém proporciona a uma pessoa que padece de uma enfermidade incurável ou muito penosa, e a que extinguir a agonia excessivamente cruel ou prolongada.”

¹⁴ GORRITI apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit., p. 49.

¹⁵ J. FONTECHA INYESTO apud BERISTAIN, Antônio. Prolegomenos para a reflexão penal-criminológica sobre o direito a culminar a vida com dignidade (a eutanásia). **Fascículos Ciências Penais**, v. 4, nº 4, out-dez, 1991.

¹⁶ ASÚA, Luis Jimenes de. **Liberdade de amar e direito a morrer**. Lisboa: Clássica, 1929, 336 p.

Santos¹⁷ assim se posiciona sobre a aplicação da eutanásia nos incuráveis e dolorosos: “é a terapêutica, a cura dos incuráveis e dolorosos, é a morte aplicada como remédio único às dores sofridas pelos incuráveis sem alívio”. A eutanásia não vai contra a nossa moral, “surge-nos como um bem, entre outros o amor ao semelhante, solidariedade à sua dor ou à sua alegria. Aprendemos que é bom ter-se compaixão de quem sofre. Que é bom ser caridoso. São cânones da nossa moral social que se antepõe à nossa consciência de seguidores de um regulamento social.”

Se todo ser humano tem direito à vida, conseqüentemente terá este o direito de morrer de forma digna. Segundo Rodrigues, a Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé (Vaticano, 1980) voltou sua atenção para a doutrina católica sobre a eutanásia quando o Sumo Pontífice João Paulo II, no decorrer da audiência ao Cardeal Prefeito Fraujo Seper, aprovou esta declamação e mandou publicar:

Na iminência de uma morte inevitável, apesar dos meios usados, é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes. Por isso o médico não tem motivos para se angustiar, como se não tivesse prestado assistência a uma pessoa em perigo.¹⁸

“O catolicismo que aceitou a pena de morte não deve repugnar a eutanásia. Resignação é bom para se pregar”.¹⁹ Como disse Santo Agostinho, ao comentar que não há vida na agonia: “Não há morte pior que a morte sem morte”.²⁰ É de Lambert²¹ a lembrança de que na Inglaterra e Estados Unidos já se esboçavam tendências favoráveis à eutanásia.

¹⁷ SANTOS, Ruy. **Da eutanásia nos incuráveis dolorosos**. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, 1928, 83 p. (Tese, Doutorado).

¹⁸ RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit., p. 86

¹⁹ LICURZI, Ariosto apud . RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit., p. 87

²⁰ MENEZES, Eduardo Corrêa de. **Direito de matar**. 2. ed. São Paulo: Freitas Bastos, 1977, 137 p.

²¹ LAMBERT, Liliâne. Problema da eutanásia. In: **Enciclopédia da luta contra o crime**. São Paulo: Abril Cultural.

A grande preocupação dos partidários da eutanásia, é justamente tirar da morte o sofrimento e a dor, sendo a grande crítica que fazem àqueles que rejeitam a eutanásia é que são desumanos, dispostos a sacrificar seres humanos no altar de sistemas morais autoritários que valorizam mais princípios frios e restritivos que a autonomia das pessoas e a liberdade que as dignificam.

O grande objetivo da eutanásia, boa morte, morte tranqüila, doce, sem sofrimento, é proteger a dignidade da pessoa desenganada e prestes a morrer.

Os que defendem a eutanásia, o fazem como um verdadeiro “direito de morrer” ou “direito de morrer com dignidade”, ante uma situação irremediável e penosa, e que tende a uma agonia prolongada e cruel. O problema da morte piedosa ou por compaixão ao enfermo incurável e dolorido, consciente de seu estado e de sua doença, que deseja abreviar seus sofrimentos, seria visto como um ato de humanidade e justiça, facultando ao médico a aplicação da eutanásia como um meio de cura, pois curar não é só sanar, é aliviar também. “Negar-se tal direito, seria roubar o ato mais resolutivo da liberdade. Não haveria um delito a punir-se, mas um alívio na angústia e no sofrimento torturante”.²²

1.2 Homicídio piedoso

O direito de morrer, segundo alguns, é mais adequado que direito à morte, visto que a morte é uma realidade contra a qual não se pode lutar. “O direito não se ocupa do momento da determinação da morte, pois trata-se de um assunto mais relacionado às ciências médicas”.²³

A morte é entendida como a cessação da vida física ou mental, ou seja, a cessação total e permanente de todas as funções ou ações vitais de um organismo. A morte por misericórdia, eutanásia, implica também os meios de provocá-la dando a morte imediata a todos os que padecem de uma doença incurável e preferem esse

²² FRANÇA, Genival Veloso. In: **Fascículos de Ciências Penais**. v. 4, n. 4, out./dez, 1991.

²³ SGRÉCIA, Elio. **Manual de Bioética**, v. 1, p. 567. São Paulo: Loyola, 1996.

tipo de morte a prolongar seu tormento por longos períodos de sofrimentos, antes que uma morte dolorosa se aproxime.

Beauchamp e Davidson, citados por Hottois e Parizeau,²⁴ preferem complementar tal conceito com a “utilização de meios não violentos para se alcançar a morte rápida e com menor sofrimento possível. O fator tempo também não é mencionado na definição indicando a rapidez da morte provocada ou a proximidade da morte espontânea posterior, sem intervenção humana.”

A quase totalidade dos códigos ignora oficialmente as circunstâncias que distinguem a eutanásia do homicídio ou do auxílio ao suicídio. Em vista de dúvidas gerais a respeito do assunto, a Associação Mundial de Medicina emitiu em outubro de 1987 o seguinte parecer: “A eutanásia é um ato de terminar deliberadamente com a vida de um paciente, a seu próprio pedido ou por solicitação de seus parentes próximos. É um procedimento que contraria a ética, não impedindo que o médico respeite a vontade do paciente de aceitar que o processo da morte obedeça seu curso natural na fase terminal da doença”²⁵.

Muitos se perguntam pela qualidade de vida do indivíduo; entretanto, a matéria é permeada de dificuldades. No entendimento de Vicente Amato Neto e Jacir Pasternak “o profissional precisa ter certeza de que fez realmente tudo o que era factível, estando atualizado quanto aos seus conhecimentos para adotar essa convicção. (...) Quando se delineia realmente doença terminal, esforços imensos redundam num grande nada a curto prazo, de modo que fica pouco espaço para uma dor de consciência.”²⁶

O debate sobre este assunto fica abrasado quando em vinte e duas pesquisas entre médicos realizadas em doze países, mais ou menos, um quarto dos médicos reconheceram tê-la praticado para abreviar a agonia gritante nos pacientes.

²⁴ HOTTOIS, Gilbert & PARIZEAN, Marie Hélène apud VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e Direito**. São Paulo: Ed. Jurídica Brasileira, 1999, p. 80.

²⁵ Suicídio assistido e doente terminal. **Jornal Folha de São Paulo**. São Paulo, 21 jul. 1997.

²⁶ *Ibid*

José Celso de Mello Filho, Ministro do S.T.F., declarou que “a eutanásia deve ser afastada enquanto a vida do paciente puder ser preservada”. Contudo, admite a sua prática como recurso extremo nos casos em que houver ofensa profunda grave à dignidade do paciente. “Quando desejada de modo consciente e livre pelo próprio paciente, a eutanásia poderá, eventualmente, merecer a atenção do estado para efeito de legitimar essa prática”.²⁷

Dalmo de Abreu Dallari e Ives Gandra Martins, também se manifestam sobre o tema. Para Dallari, “é preciso assegurar que não se facilite a morte de alguém sob pretexto de que era iminente e que a preservação da vida seria degradante. Isso tem que ficar comprovado. Em certos casos, a morte tem que ser verificada por alguém que não pertença ao hospital, que seja alheio ao quadro em que a situação se criou.” E para Gandra Martins “o homem não tem o direito de tirar a vida de seu semelhante, mas desligar aparelhos não é matar. Não há polêmica porque não há choque nenhum com o direito canônico e o direito natural. O direito à vida é se manter vivo com os próprios meios”.²⁸

No entender de Jean Bernard²⁹ “quando as dores forem intensas, tornando a vida intolerável, o médico tem o dever de fazer o possível para diminuí-las, quaisquer que sejam as conseqüências do tratamento apaziguador”.

Homicídio piedoso, compassivo, por misericórdia, eutanásia, todos sinônimos de boa morte, morte serena, morte tranqüila. Seus defensores trilham este caminho ao longo de muito tempo. Platão³⁰ preconizou, no dizer de Santo Agostinho, o homicídio de velhos, fracos e doentes.

Ferri³¹ distinguiu entre

²⁷ Celso de Mello defende o impeachment dos juizes. **Jornal Folha de São Paulo**. São Paulo, 19 mai 1997, Caderno 1, p. 4.

²⁸ Governo abre discussão sobre a ortotanásia. **Jornal Folha de São Paulo**. São Paulo, 05 abr. 1998.

²⁹ BERNARD, Jean apud SANVITO, Wilson Luiz; ANGERAMI, Valdemar Augusto (Org.) et al. **A Ética na Saúde**. Eutanásia. Os Limites da Assistência. São Paulo: Pioneira, 1997.

³⁰ SARDI, Sérgio Augusto. **Diálogo e Dialética em Platão**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1995.

³¹ FERRI, Enrico **Homicídio-Suicídio**. Madri: Reus, 1934.

aquele que, cedendo a rogos, mata o amigo movido por motivos altruísticos e piedosos, e o indivíduo que não tira a vida de seu semelhante, mas, por falsas notícias e sugestões más, a fim de se libertar de compromissos, ou participar de herança, o instiga ao suicídio. O primeiro não delinque; o segundo sim, é criminoso. Teorizava o preclaro penalogista que o homem pode dispor da vida, e, por conseguinte, o consentimento da vítima tem força para isentar a criminalidade do ato homicida.

Binding, citado por Asúa,³² afirmava que “inexiste argumentação jurídica, religiosa ou moral capaz de dissuadir da conveniência da eutanásia aplicada a indivíduos destituídos de valor vital”.

O biólogo francês Binet-Sanglé³³ aconselhava o exame do paciente desejoso de morrer por psicólogos, patologistas e terapeutas especialistas, pois se outorgado o direito à morte, o indivíduo seria colocado, introduzido na sala de eutanásia, anteriormente preparada, onde lhe seria aplicada anestesia local com cloruro de etila, incluindo dois centigramas de cloridrato de morfina e por fim, o paciente aspirava protoxido de azoto; em meio minuto estaria absolutamente inconsciente, permitindo-lhe chegar a morte sem sofrimentos em seu repouso eterno.

Jimenez de Asúa³⁴ asseverou que “em se tratando de loucos, o consentimento nada significa; só terá algum sentido se for dado por uma pessoa mentalmente sã. Mas nenhuma escusa absolutória poderá assentar no consentimento, que não tem força para eximir da pena; ser-lhe-á lícito invocar a circunstância da vida do doente incurável não constituir bem jurídico para si, nem para a sociedade, e matar assim não equivale atuar por móveis anti-sociais. Não se necessita de autorização especial, quando a eutanásia é aplicada nos seus justos limites, afiança Asúa, pois uma maneira a mais de matar os enfermos é “meio lícito de cura, meio benéfico para os que padecem cruelmente, meio de atenuar a dor dos moribundos.”

³² ASÚA, Luís Jimenez de. Op. cit., p. 193.

³³ BINET-SANGLÉ, H. apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit., p. 110.

³⁴ ASÚA, Jimenez Luís de apud BIZATTO, José Ildefonso. **Eutanásia e Responsabilidade Médica**. Porto Alegre: Sagra, 1990.

Grispigni³⁵ esmiuçou a questão do consentimento que, a seu aviso, não se compadece com nenhuma das instituições jurídicas conhecidas, devendo ser considerado como entidade autônoma, tese geral relacionada com todos os gêneros de informações. Pensa que, para a execução de eutanásia seria necessário requerimento do enfermo ou de seu representante à autoridade judiciária, a nomeação de três médicos para o exame do doente, perícia em que se comprove a incurabilidade da doença, acompanhada de dores físicas insuportáveis, decisão fundamentada do juiz ou do tribunal, concedendo o pedido.

O consentimento do indivíduo para fazer-se ferir ou matar não elide a responsabilidade. Mas o agente que presta colaboração ou que decide da vida de outrem, seja para o livrar de dores cruciantes, seja porque o paciente se encontre acometido de alguma moléstia incurável e já agonizante responderá pelo seu ato, mesmo que lhe tenha sido reiteradas vezes implorado a eliminação por piedade.

Nesses casos, caberá ao juiz o exame completo das condições em que ocorreu o homicídio consensual. Se o agente foi levado por egoísmo, a sua ação dolosa reclama uma pena que há de ser imposta de acordo com a sua periculosidade. Caso tenha sido impulsionado por compaixão, piedade ante o sofrimento irremediável em que a vítima súplice se encontrava, é de inteira justiça a redução da sanção penal nos termos do parágrafo 1º do artigo 121 do Código Penal brasileiro em vigor, na condição de homicídio privilegiado.

Não obstante isso, segundo Oliveira,³⁶ estará protegido contra qualquer sanção o indivíduo que seja destituído de nocividade e tenha utilizado motivos generosos.

Garofalo, citado por Moura,³⁷ diz não haver periculosidade naquele que mata por piedade, tendo em vista ser o crime uma ação que ultrapassa os mais puros sentimentos, como a solidariedade, a proibição, a piedade, sendo criminoso aquele que não os possui.

³⁵ GRISPIGNI, Felippo apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit. p. 118.

³⁶ OLIVEIRA, Olavo. **O delito de matar**. Fortaleza: Imprensa Universitária do Ceará, 1959, 268 p.

³⁷ MOURA, Eros de. **O homicídio por compaixão**. Rio de Janeiro: Brasília, 1940, 93 p.

A piedade sempre ocupou lugar nas virtudes do ser humano. Na verdade, a piedade exalta como justificativa da eutanásia, diz respeito ao homicídio piedoso, isto é, onde figura o particular como sujeito ativo da ação, a importância do móvel alcança valoração fundamental. A piedade é invocada em nome de uma ação nobre realizada por quem a ela se submete.

Jurandir Amarante afirma que existe uma grande distância entre eutanásia e homicídio piedoso, e faz a seguinte distinção:

a eutanásia, direito de morrer sem dor, uma das teses mais discutidas ultimamente no mundo científico, está estreitamente ligada a gênese do crime piedoso, com este se confundindo por vezes. Cremos, porém, que a distinção se impõe: será eutanásia, morte benéfica, suave, científica, quando proporcionada por mãos médicas no exercício da sua profissão, quando um facultativo autorizado ou por piedade a isso se resolver; crime piedoso, simples crime piedoso se partir da iniciativa de um leigo, ou ainda de um profissional da medicina, porém não no exercício desta, e, sim, atuando como parte interessada, como um piedoso qualquer.³⁸

Ele não concebe que um homem rude, sem recursos nem conhecimentos possa proporcionar uma morte serena e sem sofrimentos.

1.3 Pacientes terminais desenganados

“Considera-se paciente terminal aquele que, na evolução de sua doença, é incurável ou sem condição de prolongar sua sobrevivência, apesar da disponibilidade de recursos, estando pois num processo de morte inevitável”.³⁹

O paciente terminal é definido como sendo aquele cuja condição irreversível, independentemente de ser tratado ou não, e que apresenta uma alta probabilidade de morrer num período relativamente curto de tempo (p. ex.: três a seis meses).⁴⁰

³⁸ AMARANTE, Jurandir apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit., p. 52.

³⁹ FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 6. ed.. São Paulo: Fundação BYK, 1994.

⁴⁰ American College of Physicians Ethics Manual Part 2: the physical and society, ressearch, life-sustaining treatment, other issues, 1989. **Bioética**. Brasília, vol. 7, n. 1, 1996.

“Houve um tempo que o poder perante a morte era muito pequeno, e por isso, os homens dedicavam-se a ouvir a sua voz tornando-se sábios na arte de viver. Hoje, o poder aumentou e a morte foi definida como uma inimiga a ser derrotada, ignorando-se as lições mais lúcidas que ela haveria de ensinar.”⁴¹

“Perto do fim da vida, uma pretensa cura significa simplesmente a troca de uma maneira de morrer por outra.”⁴²

O tratamento de doentes terminais desenganados, em verdade, acaba afetando a todos. Um crônico processo patológico, seja de um cancro ou mesmo uma síncope cardíaca, conduz o indivíduo a uma fase terminal por dias, semanas ou meses, onde o receio ao sofrimento é mais preocupante do que a morte em si.

A quase totalidade das pessoas desejariam morrer em casa, porém pacientes terminais encontram suas passagens enquanto internados em hospitais. A simples alimentação em pessoas nesses estágios avançados das doenças, em geral, aumenta a exaustão provocada pela dor e aumenta o incômodo dos tubos.

Os fluidos ministrados artificialmente acumulam-se no tracto respiratório superior, provocando o aumento de secreções, e, no tracto respiratório inferior, produzindo tosse e falta de ar. Tais fluidos também podem se acumular no abdômen e nas pernas, provocando uma sensação ainda mais incômoda.

No trabalho com pacientes terminais, o paciente deseja falar sobre a causa da sua preocupação para que melhor entenda os antecedentes da situação em foco. Antes do paciente saber qual é a informação e de experimentar o impacto, o médico se vê em um dilema sobre o que deve ser informado.

⁴¹ ALVES R. A. apud PESSINI, Léo; ANGERAMI, Valdemar Augusto (Org.) et al. **A Ética na Saúde. Distanásia. Até quando investir sem agredir?** São Paulo: Pioneira, 1997., p. 93.

⁴² HELLEGERS, A. E. apud PESSINI, Léo. Op. Cit., p. 92.

A revelação do diagnóstico nos primeiros estágios de qualquer doença grave parece pouco justificável, quando o paciente não pergunte, embora o correto fosse revelar. Quando uma doença maligna volta depois do tratamento cujo objetivo era a cura, o paciente poderá censurar o médico por não ter-lhe contado a verdade desde o início; porém seu silêncio o manteve poupado de crucificantes ansiedades.

Quando o paciente não se importa, se não aproveita as boas oportunidades para fazer perguntas, ele não deve ser confrontado com a gravidade de seu estado. Ele não pergunta sobre o prognóstico por não lhe ocorrer a possibilidade de ter uma doença grave e fatal. Acontece com paciente jovens, ajustados, diante de uma doença que progride rapidamente.

Quase sempre ocorrem mudanças no estado de consciência à medida em que a doença evolui. A pessoa realista faz muitas perguntas, captando as respostas, as quais raramente aceita de imediato. Os diagnósticos e prognósticos tornam inúteis os esforços que uma pessoa desenganada despende, pois o resultado é sempre triste; entretanto no agravamento da doença, os pacientes passam a ver a morte numa perspectiva diferente, nova e ocorrem períodos em que eles se sentem melhores acreditando numa recuperação, apesar de tudo.

Na revelação do prognóstico, o paciente é informado que possui uma doença terminal e quase sempre pergunta qual o seu tempo de vida. Devido a essa incerteza, o médico recai sob certa pressão até apresentar um diagnóstico definitivo, onde quase sempre são impedidos pela família desta revelação real de terminal situação.

De outra forma, na expectativa da morte, quase todas as pessoas acham que vão viver até a velhice. Os jovens, esperam se tornar adultos e até casarem. Os jovens adultos, progressão no trabalho, parindo e criando filhos, depois netos, vivendo dos proventos da aposentadoria. As pessoas, conscientes ou não, jamais meditam sobre a morte, são casos raros os que pensam na morte e a aguardam prazerosamente.

A maioria das pessoas quando confrontadas com uma doença que, provavelmente resultará em morte, reagem chocadas e raivosamente, vendo em si a iminência de serem interrompidas antes do tempo, fraudadas no que consideram como seus direitos. Segundo Mansell Pattison⁴³ isto chama-se “crise do conhecimento da morte”. Esta é a fase do auge da ansiedade, quando admite-se a ameaça de morte com a incerteza de sua inevitabilidade.

Alguns morrem nessa fase vítimas de acidentes graves, coração, derrames cerebrais, etc. Outros melhoram no início e em questão de dias entram no intervalo do entre a vida e a morte, fase que sucede à crise da percepção da morte e antecede a fase terminal que poderá durar meses ou anos. O paciente acha-se numa das “quatro trajetórias da morte”, segundo Glaser e Straus⁴⁴, dependendo da doença que ele tenha.

As quatro trajetórias da morte são:

1. Morte certa num prazo conhecido;
2. Morte certa num prazo desconhecido;
3. Morte incerta porém num prazo conhecido, quando o problema seria resolvido;
4. Morte incerta e um prazo desconhecido, quando o problema seria resolvido.

1.3.1 A morte certa num prazo conhecido

Uma pessoa que sofre um ferimento grave, ou um violento ataque cardíaco, intui que se encontra prestes a morrer. Antes de perder a consciência, pergunta se está morrendo ou declara seu amor a alguém; para aquele que lhe faz companhia; porém nesse fatídico momento não há dor e pouca evidência de sofrimento emocional.

⁴³ PATTISON, E. M. apud STEDEFORD, Averil **Encarando a morte: uma abordagem do relacionamento com o paciente terminal**. Trad. Sílvia Ribeiro. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986, p. 49.

⁴⁴ GLASER, B. G.; STRAUS, A. L. apud STEDEFORD, Averil. Op. Cit., p. 50.

Existe sim, em pacientes quase mortos resultantes de uma parada cardíaca, uma sensação de afastamento, o tempo parando ou a história de sua vida manifestando-se instantaneamente diante deles. Moody⁴⁵, em sua obra “A vida depois da vida”, relata experiências fora do corpo, onde tranqüilamente eram observados os esforços da equipe de ressuscitação sobre o acidentado tentando revivê-lo, ou ainda a figura de uma luz com uma pessoa bondosa acompanhando seu trajeto.

Quando o intervalo entre o conhecimento da morte eminente e a morte propriamente dita é mais longo, o paciente apresenta de uma forma muito aguda, uma variedade bastante conhecida de respostas à crise, como o aumento da ansiedade, a percepção do problema insolúvel e até o pânico.

Dessa forma o paciente vem a óbito esforçando-se contra condições adversas e o medo, ou aceitando a situação de forma resignada. Tudo isso ocorre num lapso de tempo muito pequeno.

1.3.2 A morte certa num prazo desconhecido. “Quase”

Nessa segunda trajetória da morte, Glaser e Straus anexaram o “quase”, ficando a morte “quase” certa num prazo desconhecido, porque dificilmente se poderá afirmar a morte de um paciente em uma dada condição com certeza. Até mesmo os melhores clínicos se equivocam nos diagnósticos. Vez por outra agem erradamente, cede a doença ineroxavelmente progressiva e o câncer generalizado desaparece por milagre abrindo o espaço da esperança, incompatível com a realidade.

Aqueles que são bem sucedidos na luta contra a incerteza de uma doença muito prolongada, preparam-se para o pior e simultaneamente esperam o melhor, que significa uma mudança enquanto a doença progride até numa possível cura.

⁴⁵ MOODY, R. A. apud STEDEFORD, Averil. Op. Cit., p. 50.

Se o futuro a longo prazo é incerto, programar algo alcançável a curto prazo deixa o paciente sensivelmente animado. À medida que a doença progride os objetivos se modificam e os intervalos encurtam, o paciente passa a viver um dia de cada vez, sabendo que morrerá em breve, esperando uma morte tranqüila até o encontro de seus anseios com parentes anteriormente falecidos.

1.3.3 A morte incerta porém num prazo conhecido, quando o problema seria resolvido

As crianças com anomalias congênitas que podem ser corrigidas através de uma cirurgia entram nessa categoria. O pai de uma criança com este diagnóstico sabe que sem uma cirurgia ela morrerá mais cedo ou mais tarde. Ele não ignora os riscos da cirurgia, porém se a criança suportar a crise e sobreviver, as chances de melhora e cura serão consideráveis.

Os pacientes renais crônicos, aos quais se oferece um transplante, os cardíacos e a necessitados de válvulas, se encontram numa atitude mental semelhante. Por fim acabam aceitando a cirurgia independente da ansiedade pré-operatória, cientes de que algo decisivo está acontecendo.

1.3.4 A morte incerta em um prazo desconhecido, quando o problema for resolvido

O traço característico mais importante dessa trajetória é a incerteza, onde a esclerose múltipla é um bom exemplo. Poderia acontecer um episódio isolado, não expansivo por muitos anos. Continuamente, poderia prosseguir atenuado com o paciente esperando outra exacerbação sem saber quando.

Mas fora do comum, ela progride resolutante e as esperanças de remoções são pequenas e parciais. Sobre essa situação amedrontadora e imprevisível, o paciente examina seus hábitos cuidadosamente, tentando encontrar fatores precipitadores a serem evitados no futuro. Médicos e paciente têm um trabalho contínuo e conjunto.

De maneira geral, em quase todos os tipos de mortes, a ansiedade e o medo que o paciente tem em relação à perda dos controles sobre si mesmo é gritante, juntamente com o final das suas liberdades normais e a impossibilidade literal de escolhas. Obviamente quando ainda existe tempo.

1.4 A autorização da família e ou responsável

Saberá a família, bem como o responsável, que a eutanásia não atenta nem ofende a integridade e a saúde do indivíduo. A eutanásia não se aplica em indivíduos sadios, jovens ou velhos, apenas em enfermos incuráveis, inválidos, atormentados por sofrimentos atrozes, onde não lhes reste outro desejo senão o alívio da morte.

Vieira⁴⁶ escreveu que “a vida é um bem que morre; (...) enquanto a morte mata, ou apressa o fim do que necessariamente há de morrer (...)”. A eutanásia visa por fim à angústia, o estado lamentável e desesperador dos doentes terminais irrecuperáveis, conciliando tais propósitos com os meios legais, a fim de alcançar uma disciplina legal.

A consciência da aproximação da morte é um conhecimento especial e às vezes um controle sobre o processo de morrer. Revela o que é morrer e o que é necessário para morrer em paz; ela se desenvolve naqueles que estão morrendo lentamente. Nas horas, dias ou semanas finais de vida, pacientes terminais procedem gestos sem sentidos, divagando, delirando, já fora da sua normalidade.

A família e os amigos tentam confortar o paciente tratando-o como criança, objetivando um consolo final, embora não mais sentido. As solicitações das pessoas que estão morrendo são, quase, indecifráveis, freqüentemente vislumbrando um bom lugar num outro mundo. A bem da verdade, em qualquer doença terminal, a velocidade e intensidade da progressão, o grau de deterioração física e a gravidade

⁴⁶ VIEIRA, Tereza Rodrigues,. **Bioética e Direito**. São Paulo: Ed. Jurídica Brasileira, 1999.

dos sintomas, quase sempre caminharão para um pedido de eutanásia, e, ou com a autorização consciente da família ou do responsável, em troca da liberdade que traz a morte muito longe da dor.

Lidar com pessoas que estão morrendo é trabalho pesadíssimo, tanto física quanto mentalmente, ficando fácil reconhecer as possibilidades do completo esgotamento emocional, por um trabalho que nada representará no retorno da qualidade de vida dos pacientes que estão sofrendo esse processo.

De acordo com alguns estudiosos, consentimento e piedade são elementos que tornam lícitas ou atenuam a conduta do agente; para outros, não retiram o carácter delituoso da questão. É do direito romano a máxima *Volenti et consentienti non fit injuria* (não se faz injúria a quem quer e a quem consente). Desde há muito, os antigos já observavam a relevância jurídica do consentimento e da piedade.

Entendem alguns que este princípio possuía aplicabilidade ilimitada, pois, referia-se tanto à injúria quanto a qualquer ação interposta contra a pessoa. Outros negavam-lhe o carácter absoluto restringindo-o à igualdade da injúria, valendo apenas nas ações praticadas contra a pessoa. Neste prisma, os direitos inatos ultrapassam a esfera da pessoa. O ser humano, em constantes transformações, não permite o absolutismo da inatividade dos direitos.

Ferri,⁴⁷ em defesa do direito do indivíduo sobre sua própria vida, entende que “só mesmo a necessidade social justifica o carácter provisório da distinção entre direitos inatos e adquiridos”. A relatividade se faz presente quando as normas penais permitem a legítima defesa e a pena de morte.

Contrariando a afirmação de que o homem tem um fim supremo a atingir, ensina que o fato foge à abrangência do direito cujos deveres são externos e coativos, distante e diferentes da alçada moral ou religiosa. O homem vive em

⁴⁷ FERRI, Enrico apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit. p. 116.

sociedade e por ela é protegido, devendo respeito aos direitos sociais do mesmo modo que a sociedade deve respeito aos direitos individuais.

A sociedade utiliza o indivíduo para seus vários objetivos, e nesse compasso, cerca-se das garantias para a realização de seus fins. Desrespeitada a individualidade o indivíduo fica subordinado às regras coletivas, perdendo o direito a manifestar-se em igualdade.

Franco⁴⁸ entende que o que fica evidenciado é o interesse que a sociedade e a família possuem sobre o indivíduo.

Mezger⁴⁹, em linhas gerais, prende-se ao fato da proteção que se dê ao bem jurídico pelo direito positivo: será eficaz o consentimento quando ocorrer a predominância de interesse privado, ao passo que nenhum valor terá o assentimento do indivíduo nas causas que envolvam terceiros ou possuam caráter público. O objeto da proteção do bem tutelado e o objeto da ação tornarão eficaz o consentimento se consubstanciados em uma mesma titularidade.

O objeto da ação nesse caso seria o corpo do que morre, seria toda a sociedade. O primeiro diz respeito ao objeto a que a ação física se dirige, o segundo diz respeito ao consentimento do titular daquele objeto, daquele corpo.

Carnelutti⁵⁰ utiliza-se do termo interessado e não ofendido pelo fato de que, se não há violação do direito, conseqüentemente não haverá razão para que o Estado tenha interesse na causa. O sujeito passivo não terá nenhuma ofensa contra si.

Segundo Ferri,⁵¹ não será responsabilizado juridicamente aquele que põe fim à vida de outro, após consentimento deste e movido por motivos de ordem

⁴⁸ FRANCO A. O direito de Matar. **Fascículos Ciências Penais**, vol IV, nº 4, out-dez, 1991.

⁴⁹ MEZGER apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit., p. 117.

⁵⁰ CARNELUTTI apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit., p. 117.

⁵¹ FERRI, Enrico apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit. p. 120.

legítima. A Legislação Penal não atribui validade jurídica ao consentimento, mas tão somente ao móvel.

O direito sobre a própria vida é inerente a todo ser humano, provém da essência do homem, do seu nascimento. Entretanto, as dores descontroladas, os sofrimentos insanos, e sobretudo, os tratamentos fúteis que circundam os indivíduos desenganados e terminais, os conduzem aos pedidos de eutanásia piedosa e consentida por si, familiares ou responsáveis em detrimento da dor e das angústias gritantes nas fases finais.

1.5 A eutanásia ativa e passiva

A palavra eutanásia, na sociedade moderna, significa matar um indivíduo, doente terminal, como forma de acabar com sua dor e sofrimento. Raríssimos são os médicos que dominam as técnicas de tratar os sintomas físicos, psicológicos e emocionais das doenças terminais.

No Brasil, Estados Unidos, como em quase todos os países do mundo, a eutanásia é considerada crime. Exceto na Holanda, onde em 10 de abril de 2001, o Senado daquele país aprovou uma lei que permite a eutanásia, tornando a Holanda o primeiro país a oficialmente consentir que médicos abreviem a vida de doentes terminais.⁵²

A eutanásia passiva freqüentemente é confundida com uma permissão para que o paciente terminal morra, naturalmente, da doença. Permitir a um indivíduo morrer significa parar ou impedir os tratamentos médicos destinados a prolongar-lhe a vida. Desligar todo aparato mecânico prolongador da vida de um paciente terminal, isento de qualquer esperança de recuperação, é um ato ético e adequado, conhecido como eutanásia passiva.

⁵² Holanda legaliza a eutanásia. **Jornal A Notícia**, Joinville, 11 abr. 2001.

A fraca expressão de permitir morrer, substituta de eutanásia passiva, acaba implicando em uma forte semelhança com a eutanásia ativa. Embora seja simples a diferença: na eutanásia passiva a pessoa morre naturalmente do processo patológico ao passo que eutanásia ativa o paciente morre pela superdosagem de medicamentos.

Essa decisão de permitir que um paciente terminal morra, surge nos fracassos de múltiplos tratamentos em nome da cura ou do controle sobre a doença do paciente quando o prognóstico é fraco. Os próprios pacientes e membros da sua família começam a perceber e a considerar que a continuação de tais sofrimentos e angústias diante de tratamentos inúteis, longos e irrecuperáveis devem parar através do remédio eutanásico.

Na eutanásia passiva, o paciente morre; na ativa é morto. A esse respeito, acentua R. M. Gula⁵³

a distinção entre provocar a morte e deixar morrer está no coração da discussão sobre eutanásia. Se proibirmos terminar intencionalmente a vida humana inocente, não importa em que estágio ou qualidade de desenvolvimento esteja, então, baseados em quê nos damos permissão para interromper um tratamento, em desligar o aparelho respirador de uma pessoa em coma permanente, mas viva? A distinção entre ação e omissão está em jogo e classifica a eutanásia como ativa ou passiva, positiva ou negativa.

O posicionamento frente a esta questão afeta profundamente o posicionamento frente a eutanásia. Para uns, a distinção designa uma diferença descritiva de ações para abreviar a vida. Para outros, a distinção tem um significado moral que desaparece quando há irreversão da doença. Outra alternativa seria que a distinção sempre tem um carácter moral.

James Racheis,⁵⁴ combatendo a diferença moral entre tirar a vida e deixar morrer, questiona a preferência em deixar a pessoa morrer, baseando-se no

⁵³ GULA, R. M. "What are they saying about euthanasia? **Fascículos de Ciências Penais**, v. 4, n. 4, out/dez, 1991.

⁵⁴ RACHELS, James. In: **Fascículos Ciências Penais**, vol. 4, n. 4, out/dez 1991.

sofrimento desnecessário que seria causado em prolongar a vida. Também não aceita a argumentação de que ao deixar o paciente morrer ninguém faz realmente nada e o paciente morre de causas “naturais”. Insiste ele em que, mesmo ao deixar alguém morrer, o médico está fazendo algo, o médico deixa o paciente morrer. Isto também deve ser considerado, juntamente com o não administrar uma terapia, na descrição total do que está acontecendo no atendimento ao moribundo. Ele reforça esta posição ao atacar o medo de ser a “causa” da morte de alguém. Pensamos ser um mal causar a morte de alguém porque pensamos que a morte é um mal. Uma vez decidido que a morte não é, para o paciente, o mal maior que a própria existência continuada, então, conseqüentemente, causar a morte seria uma coisa boa.

D. Callahan⁵⁵ diz que, no centro da distinção entre tirar a vida e deixar morrer, está a diferença entre casualidade física e culpabilidade moral. “A solução não é apagar a distinção entre tirar a vida e deixar morrer, mas afirmar sua validade e importância.”

O que deve ser feito permanece como sendo uma espécie de julgamento prudente, sujeito às circunstâncias específicas que podem mudar ou que podem ser interpretadas diferentemente por pessoas de boa vontade. Essa distinção deve ser sábia, pois já não existem mais benefícios para o paciente.

Joseph Fletcher,⁵⁶ padre episcopaliano e professor de ética biomédica na Faculdade de Medicina da Virgínia, levanta argumentos em relação a eutanásia baseando-se nas exigências do amor em relação às necessidades dos pacientes terminais. Defende a sua posição em três flancos:

a) Diz que o maior obstáculo para um fim da vida misericordioso é a falácia vitalista que pensa que a morte deve ser natural, significando isto algo humanamente

⁵⁵ CALLAHAN, Daniel apud PESSINI, Léo. Op. Cit.

⁵⁶ FLETCHER, Joseph. In: **Fascículos Ciências Penais**, vol. 4, n. 4, out/dez 1991.

incontrolável e não planejável. O controle inteligente da natureza física, tal como controlar o nascimento e a morte, é um direito dos seres espirituais e uma questão de dignidade humana. Na perspectiva religiosa, a falácia vitalista deixa a vida nas mãos de Deus, devendo este decidir quando a vida cessará. Se Deus é o administrador e construtor da natureza, a vontade de Deus se revela no que a natureza faz.

“A humanidade é entendida primeiramente de modo racional, não fisiológico. É a função pessoal que conta, não a biológica. Ele defende que o ser humano tem muito mais valor que estar vivo.”⁵⁷

b) Da igualdade moral entre deliberadamente deixar o paciente terminal morrer e causar-lhe a morte, a intenção é a mesma, bem como a consequência. “É ingênuo e superficial supor que, não fazendo nada positivamente para apressar a morte, não somos cúmplices na sua morte. Não fazer algo é fazer algo, é uma decisão para agir tanto quanto decidir em fazer qualquer outra coisa”.⁵⁸

A distinção entre ação e omissão é simplesmente descritiva, fornecendo uma distinção prática para entender as ações humanas, mas não significa uma diferença moral na atividade humana. Fletcher entendia e distinguia a eutanásia ativa e passiva, podendo acontecer com uma droga que alivie a dor, embora apresse a morte, desligando os sistemas sustentadores da vida, e não reanimando; pois é moralmente mais difícil explicar deixar alguém morrer uma morte lenta e desumana do que justificar ajudá-la a livrar-se de tamanho sofrimento.

c) No seu último flanco, Fletcher argumenta com o situacionismo que está na forma de como se relacionar meios e fins com o objetivo de alcançar as exigências do amor. O coração da ética do amor é alcançar resultados aqui e agora. Se as consequências são boas, as ações que as causam são boas. Embora entenda que o fim justifica os meios, ele não defende que o fim justifique qualquer meio. O fim deve ser um proporcional aos meios. O bem maior ou fim é a felicidade humana, o bem

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid.

estar pessoal. Entende que em certas tragédias, suicídio ou morte piedosa podem ser exatamente o necessário para validar a felicidade e o bem estar das pessoas.

Complementa Curran⁵⁹ sustentando que o valor da vida transcende às conquistas, posses ou capacidades que a sociedade contemporânea freqüentemente propõe como essenciais para o valor da vida humana.

Observados os aspectos gerais da eutanásia, o próximo capítulo tem como objetivo propiciar uma visão jurídica desse instituto no Direito Penal brasileiro.

⁵⁹ CURRAN, Charles C. In: **Fascículos Ciências Penais**, vol. 4, n. 4, out/dez 1991.

CAPÍTULO 2

NORMAS PENAIS E A EUTANÁSIA

2.1 Visão jurídica da eutanásia no Brasil

✕ Ainda prevalece no Direito brasileiro a tese de que a morte não deve ser antecipada, ou abreviada, mesmo que venha a diminuir o sofrimento dos pacientes terminais desenganados, sob nenhuma forma possível. Com o significado da eutanásia evoluindo sempre ao longo dos anos, exigindo nomenclaturas específicas para coisas diferentes, a eutanásia passou a significar apenas a morte causada por conduta do médico sobre a situação do paciente incurável e em terrível sofrimento.

A eutanásia, propriamente dita, é a promoção do óbito. É a conduta (ação ou omissão) do médico que emprega (ou omite) meio eficiente para produzir a morte em paciente incurável em estado de gravíssimo sofrimento, diferente do curso natural, abreviando-lhe a vida.

Distingue-se, em função do tipo de atitude tomada, duas modalidades de eutanásia: a eutanásia ativa que seria provocar a morte rápida, através de uma ação deliberada, como, por exemplo, uma injeção intravenosa de potássio; e a passiva, que seria deixar morrer através de suspensão de uma medida vital, que levaria o paciente ao óbito em um espaço de tempo variável. Ambas as medidas, filosoficamente, têm o mesmo significado.⁶⁰

⁶⁰ PIVA J. P., CARVALHO, P. R.A. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. **Bioética**. Brasília, 1993.

No Direito brasileiro, a eutanásia caracteriza homicídio, pois é conduta típica, ilícita e culpável. É indiferente para a qualificação jurídica desta conduta e para a correspondente responsabilidade civil e penal que o paciente tenha dado seu consentimento, ou mesmo implorado pela medida. O consentimento é irrelevante para descaracterizar a conduta como crime.⁶¹

Para que o comportamento humano seja crime previsto no Código Penal Brasileiro, é necessário que haja a ocorrência concomitante de três fatores: tipicidade, ilicitude e culpabilidade. Nesse sentido, observa brilhantemente Toledo,⁶² proferindo a seguinte lição: “Do que foi dito conclui-se que a base fundamental de todo fato-crime é um comportamento humano (ação ou omissão). Mas para que esse comportamento humano possa aperfeiçoar-se como um verdadeiro crime será necessário submetê-lo a uma tríplice ordem de valoração; tipicidade, ilicitude e culpabilidade.”

Se pode-se afirmar de uma ação humana (a ação em sentido amplo, compreende a omissão, sendo, pois, empregado o termo como sinônimo de comportamento, ou de conduta) que é típica, ilícita e culpável, estará fato-crime caracterizado, ao qual se liga, como consequência, a pena criminal e/ou medidas de segurança. Tipicidade é a subjunção, a justaposição, a adequação de uma conduta da vida real a um tipo legal de crime. Toledo assim define ilicitude:

A relação de antagonismo que se estabelece entre uma conduta humana voluntária e o ordenamento jurídico, de sorte a causar lesão ou expor a vida a perigo de lesão um bem jurídico tutelado (...) deve-se entender o princípio da culpabilidade como a exigência de um juízo de reprovação jurídica que se apoia sobre a crença – fundada na experiência da vida cotidiana – de que ao homem é dada a possibilidade, em certas circunstância, agir de outro modo.

⁶¹ FRAGOSO, H.C.; NORONHA M. e FARIA, B. apud MENEZES, Evandro Corrêa de. **Direito de matar** (eutanásia). 2. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1977

⁶² TOLEDO, F. A. **Princípios básicos de Direito Penal**. 4 ed., ampl. e atual. São Paulo, Saraiva, 1991, p. 84-88.

Y A não utilização dessa faculdade, quando da prática do ilícito penal, autoriza aquela reprovação. A noção de culpabilidade está, pois, estreitamente vinculada à de evitabilidade da conduta ilícita, pois só se pode emitir um juízo de reprovação ao agente que não tenha evitado o fato incriminado quando lhe era possível fazê-lo. A doutrina finalista, além disso, transferiu o dolo e a culpa em sentido estrito da culpabilidade para o interior do injusto, considerando-os elementos característicos e inseparáveis de comportamento ilícito.

X O consentimento na eutanásia não torna lícita a conduta do médico porque não a desclassifica como homicídio, visto que a lei não prevê tal procedimento como causa de exclusão da tipicidade da conduta. A conduta só será lícita quando não significar uma antecipação da morte natural em pacientes terminais desenganados.

Y O Código Criminal Brasileiro de 1830 tipificava o auxílio ao suicídio e nada discorria sobre eutanásia. No artigo 196: “ajudar alguém a suicidar-se ou fornecer-lhe meios para esse fim, com conhecimento de causa: pena de prisão de dois a seis anos.”

Y O Código de 1890, no seu artigo 299, reduziu a pena máxima para quatro anos. Retirar a vida do paciente terminal, mesmo com o seu consentimento, a punição era seguida segundo as regras determinadas para o homicídio simples.⁶³

Y O Código Penal Brasileiro vigente institui o homicídio privilegiado nos seguintes termos:

Art. 121 – Matar alguém

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

⁶³ SANTOS, Ruy. Op. Cit.

✕ É neste preceito que a doutrina situa o tratamento penal dado à eutanásia, quando praticada por piedade e consentida pelo paciente ao médico. Esse consentimento é irrelevante, pois não exclui a ilicitude da conduta. O motivo de relevante valor social ou moral pode vir a ser considerado como causa especial de redução da pena, mas a conduta permanece típica, caracterizando homicídio.

✕ A exposição de motivos do Código Penal de 1940, afirmava que: “Por motivo de relevante valor social ou moral, o projeto entende significar o motivo que, em si mesmo, é aprovado pela moral prática como, por exemplo, a compaixão ante irremediável sofrimento da vítima” (caso do homicídio eutanásico).

✕ Em relação ao motivo de relevante valor social ou moral no homicídio privilegiado, Bruno⁶⁴ firma posição sobre o que deve ou não ser considerado lícito, “a supressão de vidas inúteis dos doentes mentais, não é eutanásia e deve ser reprovada”. Aceita como fato não punível que o médico intervenha para proporcionar uma morte tranqüila, sem que diminua o tempo de vida.

✕ Entretanto, Bruno afirma que “somente um pedido do paciente ou de seus familiares justificaria o prolongamento artificial de uma vida que se finda, isto é, nenhum motivo teria o médico para não se abster do tratamento. O ato em si é louvável, ficando a ressalva apenas para o consentimento do paciente, com o qual não comungamos”.

Fragoso⁶⁵ comenta o homicídio privilegiado sem comentar sobre a eutanásia, brevemente usando como exemplo o privilégio moral.

Noronha⁶⁶ não aceita a eutanásia de forma nenhuma, afirmando que a vida tem função social.

✕ ⁶⁴ BRUNO, Aníbal. **Crimes contra a pessoa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 1975, 434 p.

✕ ⁶⁵ FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de direito penal: parte especial**. 4. ed. São Paulo: J. Buschatsky, 1977, p. 53-9.

✕ ⁶⁶ NORONHA, E Magalhães. **Direito penal**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1967, v. 2, p. 24-8.

✦ Mirabete⁶⁷ faz referência ao homicídio privilegiado sem opinar. Levanta a hipótese de que estudos estão sendo utilizados com o objetivo de não considerar como homicídio a interrupção de meios artificiais.

✓ No Brasil é escassa a doutrina sobre eutanásia e o direito legiferado não trata a eutanásia como ato impune. Faria⁶⁸ entende que a eutanásia não deve ser tolerada pelo nosso ordenamento jurídico, pois a ninguém é dado o direito de matar por compaixão, mesmo se houvesse o consentimento do paciente.

✦ O sistema jurídico brasileiro é orientado por princípios fundamentais que expressam valores acolhidos pela sociedade. A presença desses valores é evidente na população, principalmente quando se trata dos bens jurídicos de maior relevância com a vida.

✓ A eutanásia sempre foi considerada conduta ilícita no direito brasileiro. É crime, tal o grau de rejeição à sua prática, em coerência com os valores fundamentais que estruturam o ordenamento jurídico do país, notadamente o respeito à vida humana. Por isso, o consentimento do paciente à prática da eutanásia ou a motivação piedosa de quem a pratica não retiram a ilicitude do ato, tampouco exoneram de culpa quem a praticou.⁶⁹

2.2. Conscientização pela informação verdadeira

O direito deve proteger a vida íntima das pessoas contra as intromissões alheias, não desejadas pela pessoa que o ostenta. Segundo Justice Brandeis⁷⁰ “o direito a deixar alguém tranqüilo é o direito mais estimado pelos homens civilizados”. O íntimo é pessoal, é secreto e reservado.

⁶⁷ MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de direito penal**. 3. ed.. São Paulo: Atlas, 1986, v. 2, p. 46-9.

⁶⁸ FARIA, Antonio Bento de. **Código Penal Brasileiro comentado**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1959, p. 27-33.

⁶⁹ DODGE, Raquel E F. Procuradora Regional da República 1ª Região. **Bioética**, vol. 7, n. 1, 1999, p. 113-120.

⁷⁰ BRANDEIS, Justice apud LAPUERTA, Maria. In: **Bioética**, vol. 7, n. 1, 1999.

✕ No Brasil, o Hospital das Clínicas de São Paulo possui um termo de responsabilidade⁷¹, em carácter experimental, dizendo o seguinte:

O Termo atual assegura ao paciente o direito de ser informado, em linguagem acessível, acerca de seu estado de saúde, diagnóstico, bem como dos métodos terapêuticos empregados e a possível evolução do seu estado clínico.

O paciente terá acesso ao prontuário. Apenas com sua anuência prévia poderão ser executados os procedimentos de diagnóstico ou tratamento. Poderá, inclusive, mudar de idéia e revogar a permissão para certos procedimentos. Recusando o Termo, tem que deixar o hospital; assinando o Termo, nomeia um representante parente ou não para tomar suas decisões enquanto impossibilitado.

✕ O avanço da medicina atual, no tocante a possibilidade de salvar vidas, cria, inevitavelmente, maiores dificuldades para um conceito mais ajustado de fim da existência. O cenário da morte e a situação do paciente que vai morrer são condições que ensejam maiores conflitos, considerando-se os princípios da preservação da vida e do respeito à dignidade humana.

Neste contexto, a morte sob os rigores da moderna tecnologia médica, vai mudando sua face, enfraquecida e desumanizada ao longo do tempo. É cada vez maior a cobrança para morte digna, e as famílias já admitem tomar as decisões sobre seus enfermos terminais incuráveis, diante do quadro assustador de sofrimentos e torturas físicas e emocionais não atenuados pelos meios terapêuticos disponíveis.

É nesse momento que o médico precisa ser influenciado nos passos dos pacientes terminais e a agir para uma nova ética, voltando-se aos princípios nobres com a preocupação em atender as dificuldades oriundas do final da vida humana, decidindo com humildade, para tentar vencer um final já constituído.

⁷¹ Esse termo de compromisso foi elaborado pela Comissão de Bioética do Hospital das Clínicas, sob a coordenação de seu presidente, Gabriel Oselka. Em novembro de 1998, o paciente desse hospital adquiriu oficialmente o direito de reclamar dos médicos explicações claras e em linguagem acessível sobre sua doença e as terapias possíveis, além do direito de recusar o tratamento.

Afirmações como incurável, proximidade da morte, perspectivas de cura, prolongamento da vida etc, em determinados momentos são afirmações pouco confiáveis, daí a necessidade de uma certa delicadeza quando o caso é concreto.

A definição de paciente terminal no atual momento é complexa e arriscada, pois um paciente enfermo grave, em estado de evolução total, em determinados instantes pode voltar às suas atividades.

Segundo Holland⁷², “é terminal aquele paciente que apresenta duas características fundamentais: a da incurabilidade e a do fracasso terapêutico dos recursos médicos.” Não se pode esquecer que o sofrimento e os rituais que precedem a morte estão ligados à costumes e tradições culturais relativos a esse momento. O ideal é a harmonização do discurso moral com a conduta técnica, pois não são conciliáveis.

Dessa maneira, o que conta não é a morte, se justa e digna. O problema a ser enfrentado é a qualidade da vida em torno dela. Atualmente, tanto entre familiares quanto entre médicos, há uma crescente tendência de se dizer sempre a verdade, pois a mentira priva o indivíduo do seu direito mais elementar: o de saber sua própria verdade, algo vital para cada um.

Pessini⁷³ afirma que “num passado não muito distante, acreditava-se que quanto menos o doente soubesse da sua condição, maiores chances teria de recuperação. Hoje, estamos frente a uma tendência de abertura e honestidade com os pacientes a respeito de sua condição.”

O paciente dito terminal, quase sempre sabe ou desconfia da sua real situação, embora não possa precisar o estado do seu mal. Os seus próprios sinais e sintomas o denunciam, por isso a não informação traz agonia, nunca alívio.

⁷² HOLLAND apud FRANÇA, Genival Veloso. Paciente terminal: direito à verdade. **Fascículo Conselho Federal de Medicina**, ano XV, n. 117/11 mai-jun 2000.

⁷³ PESSINI, L. (org) **Bioética e pastoral da saúde**. Aparecida (SP): Ed Santuário, 1989.

A verdade da informação ao paciente sobre o seu estado determinará um posicionamento quanto aos seus interesses materiais, afetivos e outros. A consciência de si, pelo direito da verdade, possibilitará um prognóstico esclarecedor suficiente para dar rumo ao seu destino por si ou com seu representante.

Coibir a verdade a um paciente terminal desenganado é transportá-lo à condição de objeto, pois isso significa subtrair-lhe a manifestação mais resolutive da liberdade, em determinadas situações. Isso constitui-se num golpe aos seus direitos fundamentais.

Nesse sentido, documentos como a Carta dos Direitos dos Pacientes, o Projeto de Libertação dos Doentes Mentais e a Declaração dos Direitos da Pessoa Mentalmente Deficiente, defendidos pelo Comitê Médico dos Direitos Humanos, pelo Serviço Legal de Assistência dos Pacientes e pela Assembléia Geral das Nações Unidas, respectivamente, defendem a informação minuciosa dos problemas do paciente enfermo, detalhes completos para facilitar tomadas de posição e informações circunstanciadas à família dos casos mais dramáticos, quando os pacientes não souberem ou não puderem falar sobre si. Isso se refere também aos pacientes terminais desenganados.

O direito de saber a verdade tem sido exigido de forma insistente por enfermos e familiares, diante das meias verdades contadas pelos médicos. A mentira, mesmo que por piedade, é uma fraude, além de não encerrar nenhum critério moral ou científico. Entre médicos e parentes, porém, pode existir um acordo por conspiração do silêncio.

O artigo 59 do Código de Ética Médica recomenda que se a informação a ser dada possa trazer um dano maior ao paciente, ela deve ser dita aos familiares ou responsáveis legais. A verdade pode ser dita com sinceridade e compaixão, amparada de muita caridade, numa seqüência gradual de narrativas.

O fato de informar com cautela, confiança e respeito, tanto para o médico quanto para o paciente é um ato libertador. Assim, é muito justo que toda conduta pertinente a um paciente terminal seja discutida com sua família e, quando possível, com o próprio paciente, porém desde que sua capacidade de autonomia esteja vinculada ao estágio da doença e suas condições psico-emocionais.

Mesmo uma criança terminal tem direito à verdade. A dúvida é como receberá essas informações. Porém, é indispensável respeitá-la como pessoa. Para Hewelett⁷⁴, o consentimento só é moralmente aceitável quando está fundamentado em quatro elementos: informação, competência, entendimento e voluntariedade.

A informação é a base das decisões autônomas do paciente, necessária para que ele possa consentir ou recusar as medidas ou procedimentos de saúde que lhe foram propostos. Paciente informado pode não significar paciente esclarecido caso não compreenda o sentido das informações fornecidas, principalmente quando não forem adaptadas às suas circunstâncias culturais e psicológicas.

Desnecessário que os médicos procedam informações aos seus pacientes utilizando-se do linguajar técnico científico. Bastam informações simples, aproximativas, inteligíveis, leais e respeitosas, fornecidas dentro de padrões intelectuais e culturais dos pacientes, pois um baixo potencial informativo prolonga a desinformação.

O paciente tem o direito moral de ser esclarecido sobre a natureza e os objetivos dos procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos; ser informado da sua inviabilidade, duração, benefícios, desconfortos, inconveniências, possíveis riscos físicos, psíquicos, econômicos e sociais que possa ter.

⁷⁴ HEWLWET, S. apud MUNOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antônio Carvalho et al. **Introdução à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

O médico deve esclarecer as controvérsias sobre as possíveis alternativas terapêuticas existentes. A pessoa deve ser informada da eficácia presumida das medidas propostas, probabilidades de alteração das condições de dor, sofrimento e condições patológicas, enfim, sobre tudo aquilo em que possa fundamentar-se antes de qualquer decisão.

A informação fornecida deverá conter os riscos previsíveis em função das práticas habituais. Segundo Beauchamp e Cullough,⁷⁵ os profissionais de saúde comumente se utilizam de três padrões de informações:

1º O padrão da “prática profissional”

Nesse padrão a revelação das informações é determinada pelas regras habituais e práticas tradicionais de cada profissão. É o profissional que estabelece o balanço entre as vantagens e os inconvenientes da informação, assim como os tópicos a serem discutidos e a magnitude de informação a ser revelada em cada um deles.

Esse padrão negligencia o princípio ético da autonomia do paciente, pois o profissional utiliza parâmetros já estabelecidos por sua categoria, inadaptando ou individualizando informações de reais interesses dos pacientes.

2º O padrão da “pessoa razoável”

Esse padrão se fundamenta sobre as informações que uma hipotética pessoa razoável, mediana, necessitaria saber sobre determinadas condições de saúde e propostas terapêuticas preventivas a lhe ser apresentada. Não requer que o profissional revele informações que julgue fora dos limites traçados pela figura hipotética de uma pessoa razoável. Nesse padrão, o profissional da saúde decide o

⁷⁵ BEAUCHAMP, T. L.; MC CULLOUGH, L. B. apud MUNOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antônio Carvalho et al. Op. Cit.

que deve ou não ser informado, tendendo a negligenciar também o princípio ético da autonomia.

Normalmente, a utilização de formulários padronizados sobre os procedimentos realizados em uma determinada patologia segue por este padrão de pessoa razoável. Embora as anotações inerentes sejam insuficientes para garantir adequada informação, consistindo-se, muitas vezes, em mero rito legal administrativo, por isso não deve ser exclusivo da pessoa assistida.

3º Padrão “orientado ao paciente” ou “padrão subjetivo”

Neste padrão, o profissional procura uma abordagem informativa apropriada a cada pessoa, personalizada, passando as informações a contemplarem as expectativas, os interesses e valores de cada paciente observados em sua individualidade. Aqui, o médico é levado a descobrir baseado no seu conhecimento e prática bem como nos fatores emocionais, sociais e culturais do paciente, o que realmente cada um gostaria de conhecer e o quanto gostaria de participar das decisões.

Complementa Fortes⁷⁶ que do ponto de vista ético a informação a ser transmitida ao paciente é mais ampla do que exigem as normas legais e as decisões dos tribunais – que tendem a acatar a validade dos dois primeiros padrões de informações anteriormente epigrafados.

Muitas vezes, se os pacientes não compreenderem as informações, a causa está na inadequação da informação e não na pretensa capacidade de compreensão.

A pessoa autônoma também tem o direito de não ser informada. Ser informado é um direito, nunca uma obrigação ao paciente. O princípio da autonomia orienta que se aceite a vontade do paciente, devendo ser consultados preliminarmente parentes ou amigos do mesmo.

⁷⁶ FORTES, Pac. **A responsabilidade médica nos tribunais**. Tese. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1994.

Para validar este direito, o paciente deve compreender claramente que é dever do médico informá-lo sobre os procedimentos propostos, que tem o direito moral e legal de decidir sobre seu próprio tratamento e que não iniciarão quaisquer procedimentos sem a sua autorização, exceto em eminente perigo de vida.

A compreensão jurídica prevalente e as normas de ética profissional dos médicos e dos profissionais de enfermagem, dispõem que no caso de iminente perigo de vida, o valor da vida humana pode se sobrepor ao requerimento do consentimento e do esclarecimento do paciente⁷⁷, não podendo o “iminente perigo” ser transformado em sonegação de informações pelos princípios éticos da beneficência e da não-maleficência. Do outro lado, vale salientar que a inação pode consubstanciar situação de omissão de socorro, nos termos do art. 135 do Código Penal Brasileiro.

2.3 O desânimo

Nos pacientes terminais desenganados a dor preenche seu mundo de um modo que ele em nada se concentra e com nada se distrai. Dorme mal e acorda abatido, envergonhado de como a dor limita sua vida sem poder aliviá-la, visto que traz consigo uma enfermidade progressiva, quase impossível de ser tratada.

Ao tomar conhecimento da fase terminal de sua doença, em princípio, brota a incredibilidade espontânea, em seguida a negação e o isolamento constituindo-se num desalento incontido, o primeiro estágio.

“O homem se entrincheira contra si mesmo”⁷⁸.

Há quem diga: “Não podemos olhar para o sol o tempo todo, não podemos enganar a morte o tempo todo.” Estes pacientes podem considerar a possibilidade da morte durante um certo tempo, mas precisam deixar de lado tal pensamento

⁷⁷ CEM – Conselho de Ética Médica, arts. 46 e 56.

⁷⁸ TAGORE, Pássaros Errantes, LXXIX.

para lutarem pela vida. A negação funciona como uma proteção diante de notícias inesperadas e literalmente chocantes, mesmo que esta negação seja, de fato, temporária.

Depois do impacto inicial, a maioria dos pacientes não se utiliza dessa negação por muito tempo. Pode demonstrar a incapacidade de continuar enganando o fato realisticamente. Aos poucos eles se desprenderão buscando mecanismos de defesa menos radicais.

Quando não é mais possível manter o primeiro estágio da negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. Nesse instante brota a pergunta: “Por que eu?”

“Interpretamos o mundo erradamente e dizemos que ele nos engana”⁷⁹.

Muitos pacientes, depois das reações iniciais de choque e incredibilidade, reagem com raiva ao entendimento de que eles, em breve, podem morrer. Isso contribui para que o paciente possa se expressar e chegar a um acordo com a natural “injustiça” que está lhe acontecendo. A raiva é um processo muito cansativo e destrutivo e tal paciente viveria muito melhor se pudesse abandoná-la.

É difícil lutar contra a raiva livre e flutuante e algumas pessoas não podem aceitar, facilmente, sua natureza irracional. Pensam que é irrelevante sentir raiva de algo, se nada podem fazer por ela e não existe uma pessoa concreta para acusar. Eles tentam reprimir sentimentos infantis, irracionais ou não cristãos, porém a raiva não pode ser resolvida assim tão facilmente, pois se a repressão é bem sucedida, o paciente fica deprimido, como se a raiva se virasse contra ele e o tivesse abatido.

A raiva pode ser, também, deslocada. Ela é expressada, contudo, o alvo é inadequado. O paciente tem raiva até do próprio médico e ninguém parece capaz de impedir o que está acontecendo. A raiva prolongada e destrutiva representa apenas uma das respostas à doença terminal que causa sofrimento desnecessário aos pacientes terminais e seus familiares.

⁷⁹ TAGORE, Op. Cit., LXXV.

A raiva se propaga em todas as direções e projeta-se no ambiente, muitas vezes sem razões plausíveis. A esta altura, o paciente sempre se queixa, para onde quer que se vire. Age dessa forma, talvez, como uma última forma de demonstrar que está vivo e que ainda não morreu.

Um paciente que é respeitado e compreendido, a quem são dispensados tempo e atenção, logo estará calmo, diminuindo as suas exigências irascíveis. A tolerância é de extrema importância, pois se faz necessário ouvir os pacientes e até, às vezes, suportar algumas raivas irracionais pela contribuição que isso representa nas horas finais dos pacientes.

Notadamente, o ser humano só poderá fazer isto quando tiver enfrentado o medo da morte, desejo de destruição, e, estiver compenetrado de suas próprias defesas, que interferem nos cuidados com o paciente.

“Se Deus decidiu levar-me deste mundo e não atendeu a meus apelos cheios de ira, talvez seja mais condescendente se eu apelar com calma.”

Passados a negação e isolamento, a raiva destrutiva e uma trajetória de enfermidade crescente, o paciente entra na fase da barganha. É um terceiro estágio e menos conhecido, muito útil ao paciente, embora por tempo muito curto.

“O machado do lenhador pediu à árvore que lhe desse um cabo. A árvore lho atendeu.”⁸⁰

Uma criança vai ao seu pai e lhe diz: “Papai, se eu ficar boazinha a semana toda e lavar a louça todos os dias, você me deixaria ir na casa da minha amiguinha amanhã à noite?” A criança postula por uma chance remota do pai aceitar a barganha de ela conseguir o antes negado. O paciente terminal utiliza-se do mesmo expediente para, quem sabe, alcançar de Deus algum privilégio diante de seu bom comportamento.

⁸⁰ TAGORE, Op. Cit., LXXI.

Quase sempre almeja um prolongamento da vida, ou, quem sabe, alguns dias sem dor ou males físicos. A barganha, na realidade, é uma tentativa de adiamento, tem de incluir um prêmio oferecido por um comportamento merecedor, estabelecendo também uma meta auto imposta, embora quase nenhum paciente terminal possa cumprir com suas promessas de barganhas oferecidas.

A maioria das barganhas são feitas com Deus, ditas nas entrelinhas dos confessionários em sigilo, podendo tais promessas estarem associadas, psicologicamente, à culpas escondidas. Interdisciplinarmente, médicos e capelães poderiam tentar descobrir o sentido de tais culpas ou se existem desejos hostis mais profundos e inconscientes que aceleram tais culpas.

Um bom tratamento específico seria aplicado até que o paciente se sentisse aliviado de temores irracionais ou do desejo de punição causado por culpa excessiva, que as novas barganhas e as promessas não cumpridas haviam imposto, quando a meta escolhida já tenha sido superada.

Conscientizado de sua fase terminal, já não podendo mais negar ou esconder sua doença, o paciente sucumbe ainda mais diante da depressão assustadora que se instala no indivíduo, levando-o a trocar todos os sentimentos de raivas e revoltas por um sentimento de enorme perda. A depressão na fase terminal da doença é de difícil tratamento e pouco provável de melhora, em alguns casos nem responde.

Tristeza e depressão caminham juntas numa doença terminal, sendo difícil deferi-las, pois requerem tratamentos diligentes. O sono perturbado, constipação, perda de apetite, peso e libido, podem ser efeitos diretos da doença, como também a fraqueza, o cansaço e a suscetibilidade emocional com tendência a choros em acentuada freqüência.

A depressão engloba todos os medos, é um quarto estágio na trajetória do desanimo terminal.

Um paciente terminal que tiver sido ajudado a transpassar as fases do isolamento, raiva, depressão e culpas recônditas, atingirá um estágio de aceitação, onde contemplará seu fim próximo com um certo grau de tranqüila expectativa.

Estará cansado e bastante fraco, cochilando com freqüência em intervalos curtos, diferente do sono na fase da depressão. Não é um sono de fuga, nem um instante de descanso para aliviar a dor, um incômodo ou um prurido. É uma necessidade gradual mas em sentido inverso.

Não é um desânimo resignado e sem esperança, um senso de “o que adianta?” ou “não agüento mais lutar”, embora se ouçam também estas frases.

Não se confunde aceitação com um estágio de felicidade. É quase uma fuga de sentimentos, como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do repouso derradeiro antes da longa viagem.

Pede silêncio e quase nenhuma visita, é só uma questão de tempo até fechar os olhos para sempre com a certeza de que não fora abandonado.

Já posso partir! Que meus irmãos se despeçam de mim!
Saudações a todos vocês; começo minha partida.
Devolvo aqui as chaves da porta e abro mão dos meus direitos na casa.
Palavra de bondade é o que peço a vocês, por último.
Estivemos juntos por tanto tempo mas recebi mais do que pude dar.
Eis que o dia clareou e a lâmpada que iluminava o meu canto escuro se apagou.
A ordem chegou e estou pronto para a minha viagem.⁸¹

Há alguns pacientes que lutam até o fim, que se debatem e se agarram à esperança, tornando impossível atingir a este estágio de aceitação. Chega o dia em que dizem: “Não posso resistir mais”. Quando deixam de lutar, a luta acaba. Quanto mais se debatem para driblar a morte inevitável, quanto mais tentam negá-la, mais difícil será alcançar o estágio final de aceitação com paz e dignidade.⁸²

⁸¹ TAGORE, Rabindranath. **Gitanjali. Oferenda Lírica**. Trad. Gasparino Damata. Brasília: Thesaurus, 1978.

⁸² KUBLER-ROSS; Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Trad. Paulo Menezes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

2.4 O aspecto moral

Do aspecto moral na eutanásia, segundo Ingenieros⁸³ “há tantas morais, quantas sociedades humanas”, isto é, em cada moral encontramos requisitos de ordem política, social e religiosa, mais precisamente como um conjunto de princípios coletivos. A evolução social determina a moral a ser seguida pelo indivíduo, cada qual obedecendo aos seus costumes pois a moral de hoje já não será a de amanhã.

Com primorosa objetividade, Santos⁸⁴ a esse respeito assim dissertou: “surge-nos então como um bem, entre outros o amor ao semelhante, solidariedade à sua dor ou à sua alegria. Aprendemos que é bom ter-se compaixão de quem sofre. Que é bom ser caridoso. São cânones da nossa moral social que se antepõem à nossa consciência de seguidores de um regulamento social”.

Quando Santos afirmou que a eutanásia não vai contra a moral, o seu raciocínio se estendeu, tendo em vista que o incurável só traria dor à sociedade, e esta não teria direito algum de exigir-lhe qualquer tipo de contribuição.

As regras de convívio social justificam-se pelos princípios e finalidades morais que as inspiram. Observam também que a sociedade se apresenta desinformada e consumista figurando a morte como temida e evitada como se fato repugnante fosse. A única certeza da existência do indivíduo é a sua morte.

A igreja, legítima defensora dos princípios da moral cristã, através do papa João Paulo II, apelou para que médicos e parentes assegurem a seus doentes incuráveis o direito de morrer com dignidade.⁸⁵ Nas palavras do papa, “se, por um lado, a vida é um dom de Deus, pelo outro, a morte é inelutável; é necessário, portanto, que, sem antecipar de algum modo a hora da morte, se saiba aceitá-la com plena responsabilidade e com toda dignidade.” (Vaticano, 1980)

⁸³ INGENIEROS apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit., p. 83.

⁸⁴ SANTOS, Ruy. Op. Cit.

⁸⁵ REVISTA Veja, 30 out. 1985.

Isto significa que prolongar a vida de um doente terminal é igualmente ir contra à dignidade que o papa reclama ao doente. O papa fez uma concessão cujo alcance não é lingüístico. O pronunciamento evidenciou avanço na doutrina católica em relação aos pacientes terminais. Para esses casos, a interrupção do tratamento médico recebe anuência da igreja.

Segundo Santos, “se Cristo não exigiu, quando pregava sua religião, o apoio e o sacrifício de ninguém, lançando apenas o convite para quem quisesse segui-lo e louvando quem tal fizesse, sem condenar os outros, certamente perdoará a eutanásia. Sua religião foi a do perdão.”⁸⁶

Licurzi⁸⁷ não entende como pôde a igreja ter admitido a pena de morte e ainda mais atribuí-la à Vontade Divina. Em verdade, nota-se na visão católica dos representantes da igreja que os ensinamentos de Cristo não oferecem oposição à eutanásia, que não seria encurtamento de vida, mas teria como função o alívio da dor, mas condenam veemente a eutanásia ativa, onde o “não matarás”, 5º mandamento da lei de Moisés, é bandeira dos opositores cristãos contra a eutanásia.

A tradição católica mantém a diferença moral entre tirar a vida e deixar morrer, baseando-se na intenção. Utiliza o princípio do duplo efeito que matiza a intenção de direta e indireta. Este princípio define condições que devem ser levadas em conta ao se avaliar moralmente uma ação que comporta ao mesmo tempo efeitos bons e maus.

Veatch⁸⁸ afirma que “em situações em que o dever moral específico é providenciar tratamentos, omissões são moralmente tão erradas como ativamente matar”. D. C. Maguire⁸⁹, teólogo moralista na Marquette University em Wisconsin – EUA, afirma que “a questão da eutanásia só pode ser resolvida adequadamente

⁸⁶ SANTOS, Ruy. Op. Cit.

⁸⁷ LICURZI, Ariosto apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit., p. 87.

⁸⁸ VEATCH, Robert M. **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

⁸⁹ MAGUIRE, D. C. apud STEDEFORD, Averil. Op. Cit., p. 69

dentro do amplo contexto de uma teoria ética completa". Ao ser indagado se "seria moral e deveria ser legal uma ação direta para terminar a vida em certas circunstâncias", Maguire respondeu que sim, fundamentado em sua fé e filosofia.

Maguire defende que se não for possível intervir na natureza, toda a medicina seria imoral. Ele pensa que a sabedoria sobre a vida e a morte não está sendo valorizada devidamente. Completa dizendo que "o ser humano é visto como participante na divina providência com a prerrogativa e responsabilidade de descobrir e escolher o bem, mesmo quando o bem em questão seja a própria morte." Apoiar-se em valores comuns não leva necessariamente à mesma perspectiva moral, brotando a necessidade de diálogos.

Gafo⁹⁰ propõe discutir a questão em torno dos termos "deixar morrer em paz" e "eutanásia". Deixar morrer em paz englobaria aquelas situações em que se toma a decisão de não continuar mantendo a vida, suprimindo determinadas terapias ou não as aplicando a um enfermo em que não existem possibilidades de sobrevivência, seja porque ele próprio expressou sua vontade explicitamente ou porque se pode presumir.

Por fim, aos que não creditam à incurabilidade uma certa valoração, por acharem que até o instante final o caso possa ser objeto de pesquisas através da progressão da doença e assim contribuir para possíveis descobertas, posições se invertem, ou seja, não é o ser humano que se coloca à disposição da medicina, mas esta que se oferece a ele.

Numa perspectiva religiosa, de qualquer forma, um tal serviço aos homens é também um serviço prestado a Cristo, que disse: "o que fizestes a um destes meus irmãos mais pequeninos, a mim o fizestes."⁹¹ Tudo dependerá do conjunto das faculdades morais dos indivíduos em questão.

⁹⁰ GAFO. Eutanasia y el derecho a morir con dignidad. Madrid: Ed. Paulinas, 1984, p. 127.

⁹¹ BÍBLIA SAGRADA. Evangelho Segundo São Mateus. Versículo 25, 40.

2.5 O aspecto econômico

Os encargos financeiros, principalmente nos estágios da depressão, vêm juntar-se aos tratamentos hospitalares prolongados. No princípio, pequenas extravagâncias, mais tarde necessidades que já não podem ser suprimidas.

O custo elevado das hospitalizações tem levado muitos pacientes terminais, e não só terminais, à pobreza absoluta. Quase todos são obrigados a vender suas únicas posses, a deixar de manter a casa que construíram para a velhice, a não confortar os filhos nas escolas, e até a perda do próprio emprego.

A vida física é considerada o bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria. A medicina promove implicitamente esse culto idólatra à vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte. A medicina e a sociedade brasileira estão num dilema ético carente de respostas plausíveis, devendo humanizar a vida no seu ocaso, devolvendo-lhe a dignidade perdida.

Centenas ou talvez milhares de doentes estão hoje jogados a um sofrimento sem perspectiva em hospitais, sobretudo nas suas terapias intensivas e emergenciais. Não raramente, acham-se submetidos a uma parafernália tecnológica que não só consegue minorar-lhes a dor e o sofrer, como ainda os prolonga e os acrescenta, inutilmente.

Há pouquíssimo tempo se nascia “graças a Deus” e se morria por “vontade de Deus”. Hoje, com todo o aparato tecnológico à disposição do homem, começa a acontecer interferências profundas, tanto no início como no fim da vida. A medicina muito revolucionou e a possibilidade de combater a doença e retardar a morte são uma realidade hoje, mas existe uma desigualdade social brutal no beneficiar-se desse progresso, notadamente nos países pobres.

Além disso, “onde existem esses serviços, as classes economicamente mais fracas não estão na mesma situação em relação à assistência médica em caso de morte como estão as classes ricas, são problemas novos e das classes favorecidas”.⁹²

“Hoje a medicina se apodera do agonizante, o retira física e psicologicamente do meio dos parentes de maneira mais ou menos radical, e chega mesmo a tirá-lo de si mesmo”.⁹³

Médicos e hospitais travam a luta contra a morte. Isso é justo e necessário. Chega, porém, o momento em que a luta termina. Então já não deve haver nenhuma simulação de terapia de espécie alguma. A razão não está somente no fato que seria injusto impor gastos enormes a título de ‘terapia’ quando ela é inteiramente inútil. O motivo principal é o respeito pela pessoa do moribundo. (...) A solicitude amorosa pelo moribundo é uma das expressões supremas do nosso respeito pela pessoa e de nossas relações sinceras com ela.⁹⁴

A receita do Estado mínimo faz parte do ideário neo liberal, que propõe um modelo elitista de democracia frente ao participativo. Limita drasticamente o papel do Estado, ora preocupado em obras e ordem pública.

O Estado não intervém de maneira eficaz, pecando em ignorar a necessidade gritante de liberdade e equidade. A medicina responde às leis do mercado, longe da democracia participativa que entende a saúde um bem fundamental que, eticamente, deveria ser de todos, não só da maioria. Segundo Jeremy Bentham⁹⁵ “o maior bem para o maior número, para o mais eqüanime um adequado nível de assistência à saúde para todos”.

⁹² POHIER, J. M. Morte, natureza e contingência – reflexões antropológicas sobre a possibilidade de retardar clinicamente a morte. In: Concilium 94, 1974, p. 482.

⁹³ Ibid, p. 483.

⁹⁴ HARING, B. **Medicina e manipulação**. São Paulo: Edições Paulinas, p. 123.

⁹⁵ BENTHAM, J. apud SIQUEIRA, José Eduardo de et al. **Introdução à Bioética**. O princípio da justiça. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de 70, lançou a campanha Saúde para Todos no Ano 2000, contando com o empenho de vários governos afim de reduzir as diferenças nos indicadores de saúde das populações pobres e ricas em pelo menos 25%.

Hoje, chegando o ano 2000, observa-se que o índice a ser atingido tomou um sentido oposto acentuando drasticamente a diferença dos indicadores de saúde do Primeiro para o Terceiro Mundo, transformando o sentido da campanha “Saúde para Todos” em “Saúde para Poucos”.

No Brasil, a saúde ainda é um balcão de negócios. O Estado foge do compromisso constitucional rasgando, talvez, o seu mais nobre dos artigos, o 192, que estabelece “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

José Aristodemos Pinotti⁹⁶ assim se pronuncia: “a realidade é que nestes últimos cinco anos, terceirizou-se caoticamente a saúde e, hoje, o setor privado contratado, que absorve cerca de 50% dos recursos da área, é mal remunerado, mal controlado, fraudado com freqüência e atende sem eficiência ou eficácia”.

É triste a realidade da saúde brasileira, notadamente ineficiente, iníqua e injusta. Está muito longe de qualquer princípio de justiça que transforme a saúde em uma prática eficiente, dinâmica, equânime e justa.

Até que isto aconteça, o preço da eutanásia, boa morte, morte tranqüila, indolor, bela, piedosa, será impagável pelos pacientes menos favorecidos, os pobres de Deus. Somente os ricos e poderosos galgarão tal benefício, a morte com dignidade.

Finalmente, no Capítulo 3, existiu uma preocupação de efetuar uma reflexão sobre o novo Código Penal Brasileiro e o que dele se pode esperar a respeito da eutanásia.

⁹⁶ PINOTTI, José Aristodemos. Prioridade x Escassez em saúde: visão política. *Bioética*, p. 53-66, 1997.

CAPÍTULO 3

O NOVO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO. REFLEXÕES

3.1 O ônus da espera

χ Na nova proposta de reformulação do Código Penal Brasileiro, a eutanásia ainda é classificada como crime contra a vida, homicídio privilegiado. O novo projeto faz ainda a distinção de dois tipos de abreviações da vida na forma ativa e na forma passiva. A “eutanásia ativa é quando uma pessoa promove a morte de um doente, para cessar seu sofrimento”⁹⁷. Nesse caso, a pena pode ser de 2 a 5 anos de prisão, menor do que a atual que é de 6 a 20 anos, atenuada de 1/6 a 1/3.

γ Já a eutanásia passiva é aquela em que um familiar ou conhecido do doente terminal que sobrevive por meio de aparelhos, deixa de manter a sua vida artificial. “Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável (...)”, diz o texto proposto.

∨ Há que se lamentar que esta proposta de reforma do Código Penal teve início em 1984, há aproximados 15 anos. Naquele ano reformou-se a parte geral do Código, ou seja, os conceitos de crimes e os estabelecimentos das penas mais genéricas. Em seguida, veio o estudo da parte especial do Código, definindo cada um dos crimes. Em 1997 foi estabelecida a Comissão Redatora do Código. Em março de 1998 essa comissão concluiu uma proposta que ficou exposta na internet por 6 meses recebendo sugestões da população.

⁹⁷ CARNICHIARO, Luiz Vicente. Ministro do Supremo Tribunal de Justiça.

Foram recebidas mais de 500 sugestões, 79% referindo-se ao tema aborto. Até outubro de 1998 as sugestões foram concentradas em assédio sexual, eutanásia, sedução e improbidade administrativa.

Em novembro de 1998 foi nomeada a Comissão Revisora do anteprojeto de Lei do Código Penal, formada por dez especialistas de vários Estados brasileiros. Entre os membros, o Ministro do Supremo Tribunal de Justiça, Luiz Vicente Cernicchia, Presidente da Comissão de Revisão do Código Penal.

Esta proposta foi encaminhada para o então ministro da justiça, Renan Calheiros. Após estudada irá para o presidente da república Fernando Henrique Cardoso e em seguida será encaminhada ao Congresso para votação. Segundo o procurador da justiça, Sérgio de Oliveira Médici, “não há previsão de votação do projeto”⁹⁸.

A eutanásia só se justifica quando é realizada por misericórdia ao enfermo e em respeito ao seu livre-arbítrio. No Brasil, é ínfimo o entendimento cultural sobre a morte digna, a questão é delicada para que este tema seja discutido nestes termos.

Entretanto, até que a proposta do novo Código Penal seja aprovada, os pacientes terminais estarão nos braços da distansia (encarnilamento terapêutico, morte intranquã, angustiante, dolorosa, impiedosa), aguardando um socorro divino.

Enfrentarão, também, os tratamentos fúteis cujos potenciais benéficos para o paciente serão nulos, ou tão pequenos ou improváveis que não superam os seus potenciais maléficos.

A dúvida entre o útil e o fútil gera dois sentimentos, o de medo e o da frustração. A frustração leva ao abandono do paciente; o medo de apresentar fraqueza leva à medidas agressivas que tornam mais cruel a agonia.⁹⁹

Culturalmente falando, os médicos ainda consideram a morte como algo estranho à vida e que deve ser evitada a todo custo, cuja ocorrência sempre

⁹⁸ FOLHA de São Paulo. São Paulo, p. 1, col. 1-6, 30 jan., 1999.

⁹⁹ JONSEN, A. R. apud MOTA, Joaquin Antonio César. Quando um tratamento torna-se fútil? *Bioética*, vol 7, nº 1, 1999.

significará um fracasso médico. Além disso, muitos médicos estão despreparados para reconhecerem um tratamento fútil.

✧ Nesses termos “a visão que eles têm do paciente desenganado é como uma nova oportunidade terapêutica ou um desafio clínico. Quase nunca vêem o paciente terminal como uma pessoa plena de direitos”¹⁰⁰. A tendência atual de considerar que o dinheiro resolve tudo, que não há limites para o desejo, bastante ter para acontecer, estimula todos a não parar.

✧ Nessa perspectiva torna-se muito mais difícil justificar o não fazer, a omissão, do que o fazer, a ação, pois o treinamento dos profissionais da saúde sempre privilegiou o operar. Usará toda tecnologia disponível, benéfica ou não. Parecerá que tentou fazer alguma coisa. Se não deu certo, serviu apenas para prolongar a agonia e o sofrimento do paciente, o que conta é o objetivo de fazer o bem.

✧ Não fará nenhuma tentativa de mudar o curso do processo no caso de pacientes terminais, pois, fatalmente, teria que assumir seu fracasso. A ação médica sempre produz um efeito no paciente, a questão é se benéfico ou maléfico.

✧ A expansão tecnológica necessita oscilar para os benefícios comparados aos malefícios que ela pode causar, pois “ao invés de gerar uma medicina saudável, harmoniosa, causam uma ‘obesidade tecnológica’ pelo seu uso mal dirigido”¹⁰¹.

✧ Aos de baixa renda, o destino reservado para os jogados em quartos escuros e apertados das favelas, debaixo das pontes, esquecidos em hospitais ou em asilos, será a mistanásia (morte miserável fora e antes do seu tempo). A mistanásia por omissão é a mais espalhada pelos chamados países de Terceiro Mundo. É a omissão de socorro estrutural que atinge milhões de doentes durante a sua vida inteira, não apenas nas fases avançadas e terminais.

¹⁰⁰ TROUG, R. D.; BRETT, A. S.; FRADER apud MOTA, Joaquin Antonio César. Op. Cit.

¹⁰¹ FOUREZ, G. **A construção das ciências**: introdução à filosofia e à ética das ciências. São Paulo: UNESP, 1995.

Y Mistanásia em doentes e deficientes que jamais chegarão a ser pacientes, morrem antes da hora, padecendo dos mais terríveis sofrimentos, em princípio evitáveis, diante da precariedade da saúde pública.

3.2 O que contempla na morte assistida

A morte assistida contempla o direito de deixar de viver. Jack Kevorquian¹⁰² em sua cruzada a favor da eutanásia contribuiu para que esse tema tabu saísse das catacumbas e saltasse à luz pública e fosse discutido em todo mundo. Sua “cruzada”, como ele assim determinou, serviu para que muita gente abrisse os olhos e observasse uma grande injustiça: a de que doentes incuráveis, submetidos a padecimentos sejam obrigados a continuar sofrendo por uma legalidade que proclama uma universal “obrigação de viver”.

Trata-se, certamente, de um abuso intolerável contra a soberania individual e uma intromissão do Estado que conflita com um direito humano básico. Decidir se alguém quer ou não viver (o problema primordial da filosofia, escreveu Camus em o Mito de Sísifo). É algo absolutamente pessoal, uma escolha em que a liberdade do indivíduo deveria poder ser exercida sem coerções e ser rigorosamente respeitada. Um ato cujas conseqüências, de resto, só competem a quem o comete. “A proibição legal de matar-se, não impediu um só suicida de disparar um tiro de revólver contra si mesmo, tomar estricnina ou lançar-se no vácuo quando chegou a conclusão de que não valia a pena continuar vivendo”¹⁰³.

Nenhum suicida frustrado foi para a prisão por transgredir a lei que obriga os seres humanos a viver. Só aqueles que não estão em condições físicas de poder levar a cabo sua vontade de morrer – pacientes terminais reduzidos a graus extremos de invalidez, ou seja, a quem a norma legal acarreta mais tormentos físicos – se vêem impedidos de morrer pelas próprias mãos.

¹⁰² KEVORQUIAN, Jack apud LLOSA, Mario Vargas. Uma morte tão doce. **Jornal O Estado de São Paulo**. Caderno A, col. 3-6, p. 2, 25 abr. 1999.

¹⁰³ Ibid.

Se a morte assistida fosse permitida em princípio, cada Estado, presumivelmente, adotaria normas para assegurar que a decisão de um paciente sobre a morte fosse consciente, competente e livre.

A questão é a hipótese de que tais regulamentos não pudessem ser adequadamente aplicados. Pacientes vulneráveis, pobres morrendo em hospitais lotados, recursos limitados ou exauridos, poderiam ser induzidos ou pressionados a optarem pela morte.¹⁰⁴

O homem deve gozar da faculdade de dispor da sua vida, e por sua livre e espontânea vontade, desistir de viver. Mesmo a sociedade não tem forças para condenar esse passo, porque o indivíduo não pode se transformar em escravo de si mesmo. E não é raro caber a ela a culpa dos sofrimentos e desesperos da situação do infeliz que é levado aos extremos do suicídio.

Moralmente, pode ser um ato reprovável quando o indivíduo abandona sua família em situação embaraçosa, matando-se. Porém, não se pode negar a faculdade do suicídio como um direito humano.

Nesse entendimento, conclui-se que podendo o homem em geral, isto é, em qualquer caso, dispor da própria existência, por que negar que, por espírito de piedade, levado pelos melhores sentimentos de humanitarismo, possa o Direito admitir seja lícito proporcionar a morte como um bem, a morte boa, indolor, àqueles que sofrem irremediavelmente, tendo um fim próximo, certo, inevitável, quando a pedem com convicção ou, excepcionalmente, aos acidentados graves e moribundos?

A morte assistida contemplará o indivíduo terminal desviando-o das torturas incomparáveis e diabólicas que a dor, esse mal terrível, possa proporcionar, implacavelmente, à frágil carne humana, ampliando-se de maneira atroz no espírito, mormente quando se sabe que ela é irreparável.

O homem, para os seus, será sempre intangível e venerável. A bondade que se traduz na idéia de um bem e que pode firmar-se no sentido de piedade, é, sem

¹⁰⁴ DWORKIN, Ronald. Filósofo e jurista, é professor de jurisprudência na Universidade de Oxford e professor de Direito em Nova York. Legalização do suicídio assistido. **O Estado de São Paulo**. São Paulo, Caderno A, Col. 3-6, p. 2, 01 mar 1997

dúvida, um indiscutível dogma de moral. Ela constitui, dessa maneira, um dos fundamentos na aspiração da morte assistida.

A dor humana deve ser suportada, corajosamente, enquanto restar esperança e valer à pena ser combatida. Porém, quando a morte se avizinha vitoriosa, incurável, terminativa, de nada adiantará conter os sofrimentos gritantes e desesperados, normais nessa fase.

Somente a mão sábia e piedosa da medicina poderá atuar na assistência dessa passagem, proporcionando e preservando um último remédio que fulminaria a dor e sua última cura, a morte suave e feliz.

“Matemos, em legítima defesa, corajosamente, a dor incurável que nos feriu, e mergulhemos, afinal, nesse mar insondável e desconhecido que é a morte, do qual ninguém jamais acaso regressou”¹⁰⁵.

3.3 A morte assistida

Desde o início, a espécie humana busca uma resposta para o mistério da morte, porém, nos dias atuais, pairam sobre os seres humanos possibilidades concretas de auto-extinção. Para os que procuram entender a morte, ela é uma força altamente criativa. Os grandes valores da vida podem originar-se da reflexão sobre a morte.

No dizer de Elizabeth Kubler-Ross¹⁰⁶ “a chave para o problema da morte abre a porta da vida”. Mesmo a morte como parte integral da vida, é difícil morrer e o será sempre porque isto significa renunciar à vida deste mundo. A morte é indiscriminadamente democrática. Todos devem morrer, bons ou mais, ricos ou pobres, famosos ou anônimos desconhecidos.

¹⁰⁵ MENEZES, Evandro Correa de. Op. Cit., p. 132.

¹⁰⁶ KUBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

De acordo com a legislação brasileira, suicídio não é crime. Juridicamente “é suicida somente quem busca direta ou voluntariamente a morte”¹⁰⁷. Suicídio é a supressão voluntária e direta da vida.

Em regra geral, não se pune o suicídio. Não se explicaria uma punição ao cadáver. Caso se lançasse mão de certas penas, o confisco ou a punição recairiam sobre pessoas inocentes, já fragilizadas e infelizes pela perda do suicida.

A pena falha como prevenção geral a quem não teme aplicar em si mesmo a última das penas; não muito compreensível é que uma pessoa seja, ao mesmo tempo, sujeito passivo e ativo de um mesmo crime. De igual maneira, punir-se um suicídio frustrado seria alimentar o desgosto para a vida, impelindo-o a uma nova tentativa.

Quanto à morte assistida, o auxílio ao suicídio, a ajuda ou instigação, são práticas delituosas.

Diz o Código Penal em seu artigo 122:

Induzimento, instigação ou auxílio a suicídio

Art. 122 – induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Penã: reclusão de 2 (dois) anos a 6 (seis) anos, se o suicídio se consumar; ou reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos se a tentativa de suicídio resultar lesão corporal de natureza grave.

Parágrafo Único – a pena é duplicada.

Aumento da pena:

I – se o crime é praticado por motivo egoístico.

II – se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.

¹⁰⁷ ALTAVILLA, Enrico apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op., Cit.

No que pertine à matéria, o artigo 66 do Código de Ética Médica do Brasil veda ao médico a utilização, em qualquer caso, de meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Razões inúmeras existem para a incriminação do induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio. Tais procedimentos violam a vida humana. Segundo Maggiore¹⁰⁸ “a consciência ético-jurídica não admite que um terceiro se levante como juiz de Direito de outrem à vida e se torne cúmplice ou auxiliador de sua morte”.

Segundo Marques¹⁰⁹, “justifica-se a punição da coadjuvação, induzimento ou ato de instigar no suicídio, porque se trata de colaboração a ato ilícito que atinge a um bem jurídico em que se consubstancia o mais alto dos valores humanos”.

Induzir e instigar constituem modalidades de participação moral no suicídio, posto representem condutas que se realizam na esfera psicológica e intelectual da vítima, por obra da persuasão e sugestão, através de meios suasórios pelos quais almeja o sujeito ativo – aproveitando-se de um estado de vulnerabilidade, enfraquecimento psíquico ou fragilidade do sujeito passivo – fazer com que a vítima visada, vencendo o instinto de auto preservação, assimile o propósito de eliminar a própria vida.

Na ação de induzir, o agente incute no espírito e ânimo do sujeito passivo idéia que antes não tivera ou concebera. Segundo Hungria¹¹⁰ “o induzimento pressupõe a iniciativa na formação da vontade de outrem”.

Pela instigação, aproveita-se o agente da resolução já concebida pela vítima, dando-lhe então, novo alento e impulso, estímulo e ânimo. Segundo Anibal Bruno¹¹¹ “aqui o desígnio de matar-se pré-existe: a instigação lhe dá o necessário impulso para transformá-lo em ação”, o que leva a cabo a instigação.

¹⁰⁸ MAGGIORE, Giuseppe apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit., p.120.

¹⁰⁹ MARQUES, José Frederico. **Tratado de Direito Penal**. Parte especial. Saraiva: 1961.

¹¹⁰ HUNGRIA, Nelson. **Comentário ao Código Penal**. Vol. 33. Forense, 1942.

¹¹¹ BRUNO, Anibal. Op. Cit., p. 122-3.

Já na prestação do auxílio, atua o sujeito ativo fisicamente, porém secundária e acessoriamente, através de meios materiais, para que o suicídio se consuma.

Desta sorte, presta auxílio em suicídio quem cede ao desertor da vida a corda para que se enforque, o veneno, revólver ou faca, quem instrui no uso do instrumento, as partes mais vitais a serem atingidas, ou ainda, como alcançar uma morte mais rápida ou indolor.

É necessário, porém, para a configuração jurídica de participação em suicídio mediante auxílio, que o agente atue como mero coadjuvante na morte alheia, atuando subsidiariamente em sua execução, nos seus atos meramente preparatórios. Caso intervenha direta e imediatamente na execução, adquirirá tonalização típica o crime de homicídio, e não auxílio ao suicídio. “A cooperação de outrem no momento da consumação transforma o fato em homicídio, sob a responsabilidade daquele que intervém”¹¹². “É imprescindível que o induzimento, a instigação e o auxílio, visem uma pessoa pré determinada”¹¹³.

Morte assistida, suicídio assistido, são sinônimos delitivos, entretanto, caso legalizados fossem, os paciente terminais clinicamente desenganados estariam bem mais protegidos se o suicídio fosse legalizado com salvaguardas apropriadas. Maioria deles poderia beneficiar-se de alívios que já estão disponível ilegalmente para pessoas mais afortunadas, bem relacionadas com médicos desejosos de aceitar riscos a auxiliá-las na morte.

Esse sistema de mão dupla - escolha da morte e fim da dor, fora da lei, para os bem relacionados é recusa pétrea para todos os demais, é um dos maiores escândalos da prática médica contemporânea.¹¹⁴

¹¹² Ibid.

¹¹³ SILVEIRA, Euclides Custódio da. **Crimes contra a pessoa**. 2 ed. Ed. Revista dos Tribunais, 1973, p. 25-6.

¹¹⁴ DWORKIN, Ronald. Op. Cit.

O sentimento de muitas pessoas da classe média de que, se necessário, seus próprios médicos “saberão o que fazer”, ajuda a explicar porque não há maior pressão política por um sistema mais justo e aberto em que a lei garanta a todos o que cidadãos influentes hoje esperam para si mesmos.

O benefício mais importante da legalização do suicídio assistido para paciente pobres seria, no entanto, a melhoria dos cuidados dedicados a eles enquanto vivos. A grande maioria dos pacientes não recebe o alívio que poderia ter. 25% dos pacientes terminais morrem com dores, isso é um dado assustador e, no que diz respeito a provisão governamental, constata-se obsoleta. Pacientes que poderiam ser beneficiados caso um melhor controle da dor fosse oferecido, morrem de maneiras horríveis já que ele não é disponível.

Além disso, em muitos hospitais, pacientes cuja dor é incontrolável ou incontrolada são “sedados terminalmente”, recebem drogas intravenosas que induzem a um coma farmacológico durante o qual o paciente não recebe nem água e nem nutrição e morre mais cedo do que morreria de outro modo.

A sedação terminal é largamente utilizada e tida como legal, ainda que apresse a morte. Não é sujeita, entretanto, à regulamentação, nem de perto é tão rigorosa quanto aquela que um estado forçado a permitir o suicídio assistido instituiria.

Nesse caso, a regulamentação presumivelmente incluiria uma ordem para que os hospitais, antes de aceitarem qualquer pedido para assistência ao suicídio, demonstrassem que todos os cuidados médicos haviam sido oferecidos, inclusive o tratamento da dor segundo as técnicas disponíveis.

3.4 A vontade do paciente

A autonomia é um termo derivado do grego *auto* (próprio) e *nomos* (lei, regra, norma) e significa autogoverno, autodeterminação da pessoa tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade física-psíquica, suas relações sociais. Refere-se à capacidade de o ser humano decidir o que é “bom” ou o que é seu “bem estar”. A pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, é livre de coações internas ou externas que são apresentadas.

A liberdade de decidir, de optar, exige alternativas, visto que num caminho único não existe o exercício da autonomia. Não há liberdade de pensamento, nem opções quando se tem apenas uma alternativa de escolha, ou ainda, quando não existe liberdade de agir conforme a alternativa ou opção desejada. A ação empreendida não pode ser julgada autônoma.¹¹⁵

A conquista do respeito à autonomia é bastante recente, vem deslocando aos poucos os princípios da beneficência e da não-maleficência como prevalentes nas ações de assistência à saúde. No Brasil, a partir de 80, códigos de ética profissional vêm tentando estabelecer a relação dos profissionais com seus pacientes, na qual o princípio da autonomia tende a ser ampliado.

Cresce, no Brasil, a discussão e a elaboração de normas deontológicas sobre as questões que envolvem as relações da assistência à saúde, contendo os direitos fundamentais que devem reger a vida do ser humano. Esta compreensão se encontra no artigo 46 do Código de Ética Médica, que veda ao médico “efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu representante legal, salvo em iminente perigo de vida”.

Já os artigos 56 e 59 reforçam o direito de o paciente decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas e terapêuticas, e o seu direito à informação sobre o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento.

¹¹⁵ PESSINI, L. BARCHI FONTAINE, P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 1997.

Os profissionais são ainda interditados de limitar o direito dos pacientes decidirem livremente sobre sua pessoa ou sobre seu bem-estar (artigo 48), princípio que é reforçado pelos artigos 123 e 124, relacionados à pesquisa.

Respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista e que é ele quem deve deliberar e tomar decisões segundo seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando divergentes daqueles dominantes na sociedade ou daqueles aceitos pelos profissionais de saúde.

A autonomia expressa-se como princípio de liberdade moral, podendo ser assim formulado: “todo ser humano é agente moral autônomo e como tal deve ser respeitado por todos os que mantêm posições morais distintas (...) nenhuma moral pode impor-se aos seres humanos contra os ditames da sua consciência”.¹¹⁶

A autonomia completa é um ideal. Apesar de todos os condicionantes, o ser humano pode se mover dentro de uma margem própria de decisão e ação.

Segundo Chauí¹¹⁷, a deliberação, no campo da ética, se faz dentro do possível. Se, por vezes, não podemos escolher o que nos acontece, podemos escolher o que fazer diante da situação que nos foi apresentada.

Immanuel Kant aceita a autonomia como manifestação da vontade. John Stuart Mill, ético utilitarista, preferia considerá-la como ação e pensamento.

O ser humano não nasce autônomo, torna-se autônomo, e para isso contribuem variáveis estruturais biológicas, psíquicas e sócio-culturais. Porém, existem pessoas que, de forma transitória ou permanente, têm sua autonomia reduzida, como as crianças, doentes mentais, drogados, etc.

¹¹⁶ GRACIA, D. apud MUNOZ, Daniel Romero. Op. Cit.

¹¹⁷ CHAUI, M. **Convite à filosofia**. 5 ed. São Paulo: Ática, 1995.

Nessas situações de autonomia reduzida cabe a terceiros, familiares ou mesmo aos profissionais da saúde decidirem pela pessoa não autônoma. Segundo Culver¹¹⁸ “todos os pacientes devem ser julgados capazes até prova de sua incompetência, de que sua autonomia está reduzida”.

No âmbito legal, presume-se que um adulto é competente até que o poder judiciário o considere incompetente e restrinja seus direitos civis, mas no campo da ética, raramente se julga uma pessoa incompetente com respeito a todas as esferas de sua vida. “Mesmo os indivíduos considerados incapazes para certas decisões ou campo de atuações, são competentes para decidirem em outras situações.”¹¹⁹

A autonomia não deve ser convertida em direito absoluto, seus limites devem ser dados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos outros e da coletividade.

Enfim, cada um com um significado moral específico: o paciente atua guiado pelo princípio da autonomia, o médico pelo da beneficência e a sociedade pelo da justiça.¹²⁰

Para o paciente, a autonomia, não sendo um direito moral absoluto, poderá vir a confrontar-se com a autonomia do profissional de saúde que, por razões de consciência, poderá se opor aos desejos do paciente de realizar certos procedimentos por motivos igualmente éticos.

Consequentemente, a autonomia corresponde nesse sentido ao princípio de liberdade, a beneficência ao de fraternidade e a justiça ao de igualdade.

¹¹⁸ CULVER, C. M. Competência do paciente. In: SEGRE, M.; COHEN, C. (org.) **Bioética**. São Paulo: EDUSP, 1995, p. 63-73

¹¹⁹ HARRIS, J. apud MUNOZ, Daniel Romero. Op. Cit.

¹²⁰ Ibid.

A Constituição Federal Brasileira assegura o direito à autonomia a todos os cidadãos ao incluir a determinação disposta no art. 5º, II, que diz “ninguém será obrigado a fazer ou a deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei.” O Código Penal Brasileiro complementa em seu artigo 146 a exigência e o respeito a esse direito: “aquele que constranger outrem a fazer o que a lei não manda ou deixar de fazer o que a lei manda”, inclui-se em prática delituosa.

A legislação penal no país, coloca, porém, uma exceção à autonomia, quando se tratar de caso de iminente perigo de vida ou para evitar o suicídio, o constrangimento da vítima deixa de ser crime.

3.5 A morte natural

No contexto medieval, a morte era cercada de sacralidade. A vontade de Deus, a boa ou má sorte governavam os destinos humanos. A magia e a oração poderiam mudar o fluxo das coisas.

A partir do século XVI, muda-se essa visão, separando-se do corpo a alma, dos assuntos naturais os considerados humanos. O homem começa a ser considerado espécie biológica e a ser visto como parte da natureza.

A ciência que insere o homem na natureza dá a ele, ao mesmo tempo, a capacidade de manipulá-la, de alterar o fluxo natural das coisas, de acordo com sua vontade. Submeter o mundo à sua vontade é coisa de Deus, não do homem. É preciso exorcizar a morte transformando-a urgentemente em algo natural, pois a natureza, os homens agora sabem controlar.

“O conceito de morte ‘natural’ aparece como colocação de um problema: um sonho louco de transformar a natureza do homem, dotando-a da ‘natureza’ dos deuses e, principalmente, da imortalidade no aqui. Este profeta está ligado ao programa de domínio da natureza e de modo especial à história da medicina”.¹²¹

¹²¹ RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983, p. 229-230.

Bacon é o primeiro a falar do dever da medicina de prolongar a vida como um novo dever dos médicos, preservando a saúde e curando as doenças. Tal como se referiu à eutanásia como uma área especial da habilidade médica, aliviar o sofrimento é central nos cuidados terminais e, conseqüentemente, o médico pode apressar a morte.¹²²

O conceito de morte natural do início da Idade Moderna pressupõe a capacidade do homem intervir sobre as leis da natureza. Segundo Rodrigues, esse conceito

é coerente com o espírito das classes que então emergem: ela é um protesto contra a brevidade da vida, porque, se a morte não provém mais do arbítrio das forças do além, mas de causas a que os homens estão submetidos enquanto parte da natureza, ela deriva, então de causas que os homens podem, se não abolir, pelo menos controlar. Assim a morte natural se transforma rapidamente numa aspiração e logo um direito das classes dominantes que iniciam a cultivar o ideal da morte 'natural', isto é, acompanhada medicamente, sem sofrimento e que acontece em idade avançada.¹²³

A medicalização da morte é recente. O terapeuta tinha duas obrigações básicas: ajudar seu doente a ser curar e ajudar seu cliente a morrer, percebendo os sinais da morte, tornando-a mais suave, auxiliando o moribundo a suportá-la.

Curando ou ajudando a morrer, o trabalho do médico não assumia jamais o caráter de luta contra a natureza. O médico, inspirado na separação corpo/alma, desenvolve um novo conceito de doença e formas novas de tratá-la.

O doente se transforma em um "caso" e o hospital se transforma num depósito de casos, onde os pobres expõem seus males a qualquer médico disposto a tratá-los. A morte antiga deixa de existir.

Atualmente, sob o enfoque jurídico a morte se apresenta de várias formas:

¹²² RODRIGUES, J. C. Op. Cit..

¹²³ RODRIGUES, J. C. Op. Cit., p. 156.

- natural ou real: quando motivada por doença indebelável, aguda ou grave, que lesa um ou mais órgãos vitais, comprovada mediante atestado de óbito;
- morte súbita: quando natural, embora ocorrendo imprevista e repentinamente, determinada por um processo mórbido insidioso ou latente e não por agente externo;
- morte encefálica: equivale a ausência total e irreversível de todas as funções cerebrais, incluindo as do tronco cerebral. O paciente está em coma irreversível, apnéia e sem nenhum dos reflexos do tronco cerebral e dos nervos cranianos;
- morte violenta: resultante de um acontecimento impetuoso, acidente, crime, suicídio, combate. Objeto de laudo: ~~cadavérico~~.

Do ponto de vista médico, a morte representa uma ruptura do equilíbrio biológico e físico-químico, indispensável à manutenção da vida. Isto quer dizer que o corpo inerte sofre ações de natureza física, química e microbiana que determinam os fenômenos cadavéricos ou abióticos.

Sob o ângulo epistemológico, ou seja, do estudo crítico dos princípios, hipóteses e conseqüências, em torno do conceito de morte, questionam-se múltiplos aspectos, de natureza biológica, política, jurídica e outros.

Na morte termina a existência da pessoa natural (art. 10 do Código Civil Brasileiro), que deixa de ser sujeito de direitos e deveres. Sua imprevisibilidade e inevitabilidade é o que aterroriza a maioria das pessoas.

Assim diz Roberto Freire: “não pedi e não escolhi de quem, por que, onde e quando nascer. Da mesma forma não posso decidir quando, como, onde, de que e por que morrer. Essas coisas me produzem a sensação de um imenso e fatal desamparo, uma insegurança existencial permanente.”¹²⁴

Entretanto, Antonio Beristain lembra que o amar e o morrer tem uma raiz comum. Já se escreveu, com razão, que

¹²⁴ FREIRE, R. **Sem tesão não há solução**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

as mais belas histórias de amor acabam com a morte, e isso não é algo sem tom nem som. Certo, o amor é e subsiste como a superação da morte, porém não porque a elimine, senão porque o amor mesmo é morte. Só na morte é possível a entrega total do amor, porque só na morte podemos cair inteiramente à sua mercê. Daí como os amantes se lançam tão simples e castamente à morte; não se precipitam a um sítio estranho, senão ao recinto íntimo do amor.¹²⁵

Para Shopenhauer, a imagem da morte representa a liberação de todas as paixões, sofrimentos e aflições. Porém, nem sempre a morte inspira seus sentimentos e imagens tão elevados e sublimes.

Nesse contexto, é bastante significativa a expressão “defunto americano” em relação ao Estados Unidos da América, onde se observa a prática de maquiagem e preparar, com requinte, os mortos, que apresentam assim a face rosada e até parecem estar simplesmente dormindo, não se nota neles a palidez da morte. Em síntese, é uma simulação típica da era da mistificação, engodo e mentira em que vivemos, de que não escapam nem os mortos, como lembrança alhures.¹²⁶

Do ponto de vista jusfilosófico, a problemática da morte tem sido objeto de vários enfoques, inclusive no tocante a sua efetiva constatação, sob a ótica médica para vários efeitos (civis e criminais), especialmente no caso de transplantes de órgãos de cadáveres.

O fato é que a idéia de morte – desfecho natural, dialético, do processo da vida, do movimento da matéria – esteve sempre envolvida no místico, sobretudo depois que o homem passou a sepultar os cadáveres em lugar de deixá-los expostos ao tempo, criando assim o culto dos antepassados, a crença na vida eterna e na alma.¹²⁷

O problema da morte, antigo como a própria humanidade, que a muitos inebria e a outros interessa e preocupa, constitui-se, para a quase totalidade dos homens, uma angustiosa e aterradora interrogação. Existe um medo coletivo da

¹²⁵ BERISTAIN, Antônio. Hacia el abolicionismo de la sancion capital en Espana. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília, n. 98, p. 169, 1988.

¹²⁶ Os tribunais de contas e o modelo econômico elitista. **Atualidades Forense**, n. 19, p. 6, 1979.

¹²⁷ HAINCHELIN, Charles apud RODRIGUES, Paulo Daher. Op. Cit.

morte, pois este está associado a sofrimentos terríveis, freqüentemente antecedendo aos últimos momentos da vida. É esse medo da dor que prepondera sobre a angústia do desconhecido e da idéia da separação dos prazeres terrenos.

Há um abismo entre o desejo formal de morrer e o real instinto da morte. Filosoficamente o homem tem medo da morte, e este temor é necessário e saudável para a defesa de sua existência, constituindo, ademais, uma das maiores garantias da ordem social.

A eutanásia é um tema antigo, cujos aspectos conflitantes nela contidos impedem uma solução pacífica e definitiva dessa questão. Enquanto padecerem no mundo pessoas portadoras de moléstias incuráveis, com certeza estará também a eutanásia como uma hipótese a ser utilizada na busca de uma morte serena, tranqüila, boa e sem sofrimentos.

A verdade há de se firmar na idéia superior e humana de impedir, por altruísmo e piedade, que o moribundo sofra inutilmente nos seus últimos instantes da vida. E claro, que o sofrimento diante da dor traduzirá uma angústia cega, anormal, esse “paradoxismo angustioso”, descrito por Garcia Pintos¹²⁸, adquirindo “sua maior agudeza na fase melancólica ou depressiva da ciclotomia, em que são mais tenazes os horrores morais da dúvida, a incerteza, a fascinação e o terror que é capaz de chegar até a dor física”.

A morte não é um mero evento técnico-científico, é um evento cultural, moral e religioso. As diferentes visões culturais, morais e religiosas da morte nos dão uma compreensão e apontam para comportamentos, compromissos e ações mais apropriadas. Reside neste pluralismo o coração das controvérsias em torno da morte e do processo de morrer.

¹²⁸ PINTOS, Garcia. **O respeito à vida**. Montevideo: Monteverde & Cia., 1935.

Diferentes comunidades morais têm diferentes critérios de morte, diferentes visões do que constitui uma boa vida, e estes referenciais influenciam na forma como a morte é compreendida e vivida.

A eutanásia, propriamente dita, é a promoção do óbito. No Direito Penal Brasileiro a eutanásia caracteriza homicídio, trata-se de uma conduta típica, ilícita e culpável. O consentimento do paciente é irrelevante para descaracterizar a conduta como crime.

O sistema jurídico brasileiro se orienta por princípios fundamentais acolhidos pela sociedade, onde o bem jurídico de maior relevância é a vida. É o mais evidente na população em geral. Levando a uma rejeição ainda maior pela eutanásia, notadamente, pelo respeito à vida humana.

Apesar dessa situação em que vive a população brasileira, a proposta do novo Código Penal diz que não será crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestado por dois médicos a (sua) morte como eminente e inevitável.

Trata-se de uma tímida legalização de uma forma de eutanásia, onde até o papa João Paulo II já considera aceitável.

Para acontecer no Brasil o direito de morrer com dignidade, existe a necessidade de mais tempo para que, talvez, um amadurecimento cultural sobre a questão da morte digna possa estar avolumada o suficiente para discutir o tema nesses termos.

Até lá, é importante garantir que, pelo menos, a proposta do novo Código Penal para este assunto seja aprovada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto na presente dissertação, conclui-se que:

- 1) Se todo ser humano tem direito à vida, conseqüentemente terá este o direito de morrer de forma digna. O grande objetivo da eutanásia é desviar o desenganado das dores horríveis que se instalam nos indivíduos prestes a morrer.
- 2) Que a eutanásia não atenta nem ofende a integridade e a saúde dos indivíduos sadios, visto que ela é aplicada em enfermos incuráveis, atormentados por sofrimentos atrozes, onde não lhes reste outro desejo senão o alívio da morte.
- 3) Que o Sistema Jurídico Brasileiro é orientado por princípios fundamentais que expressam valores acolhidos pela sociedade, evidentes e abundantes na população, principalmente quando se trata dos bens jurídicos de maior relevância como a vida.
- 4) Que a morte é indiscriminadamente democrática e que todos devem morrer, bons ou maus, ricos ou pobres, famosos ou anônimos, sendo que aos menos favorecidos restará a distanásia, morte agonizante em dores insanas, e a mistanásia, distribuída em todo canto.
- 5) Que para se obter o direito de morrer com dignidade no Brasil, faz-se necessário um amadurecimento cultural sobre a questão, suficiente para discutir-se o tema, quase sempre polemicamente abordado.

Até lá, é importante garantir que, pelo menos, a proposta do novo Código Penal para este assunto seja aprovada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN College of Physicians Ethics Manual Part 2: the physical and society, ressearch, life-sustaining treatment, other issues. Ann Intern Med, 1989. **Bioética**. Brasília, vol. 7, n. 1, 1996.

ASÚA, Luis Jimenes de. **Liberdade de amar e direito a morrer**. Lisboa: Clássica, 1929, 336 p.

ATUALIDADES Forenses. Os tribunais de contas e o modelo econômico elitista. n. 19, p. 6, 1979.

BERISTAIN, Antônio. Hacia el abolicionismo de la sancion capital en Espana. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília, n. 98, p. 169, 1988.

_____. Prolegomenos para a reflexão penal-criminológica sobre o direito a culminar a vida com dignidade (a eutanásia). **Fascículos Ciências Penais**, v. 4, nº 4, outubro, 1991.

BÍBLIA SAGRADA. Evangelho Segundo São Mateus. Versículo 25, 40.

BIZATTO, José Ildelfonso. **Eutanásia e Responsabilidade Médica**. Porto Alegre: Sagra, 1990.

BRANDEIS, Justice apud LAPUERTA, Maria V. In: **Bioética**, vol. 7, n. 1, 1999

BRUNO, Aníbal. **Crimes contra a pessoa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 1975, p. 122-3.

CAILLIET, Rene. **Dor: mecanismos e tratamento**. Trad. Walkíria M. F. Settineri. Porto Alegres: Artes Médicas Sul, 1999.

CALLANAN, Maggie, KELEY, Patrícia. **Gestos finais: compreendendo a consciência, necessidades e mensagens dos doentes terminais**. Trad. Mirna Pinsky. São Paulo: Nobel, 1994.

CEM – Conselho de Ética Médica, arts. 46 e 56.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 5. ed. São Paulo: Ática, 1995.

- CICCO, J. **Euthanasia**. Ensaio de crítica médico-social. Rio de Janeiro: Irmão Ponguetti, 1937.
- CULVER, C. M. Competência do paciente. In: SEGRE, M.; COHEN, C. (org.) **Bioética**. São Paulo: EDUSP, 1995, p. 63-73
- CUNDIFF, David. **A eutanásia não é a resposta**. Trad. Jorge Pinheiro. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.
- CURRAN, Charles C. In: **Fascículos Ciências Penais**, vol. 4, n. 4, out/dez 1991.
- DODGE, Raquel E F. Procuradora Regional da República 1ª Região. **Bioética**, vol. 7, n. 1, 1999, p. 113-120.
- DWORKIN, Ronald. Legalização do suicídio assistido. **O Estado de São Paulo**. São Paulo, Caderno A, Col. 3-6, p. 2, 01 mar 1997.
- FARIA, Antonio Bento de. **Código Penal Brasileiro comentado**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1959, v 4, p. 27-33.
- FARIAS, Ramiro **Cartas saudosas**. Curitiba: Ed. DF, 1992.
- FLETCHER, Joseph. In: **Fascículos Ciências Penais**, vol. 4, n. 4, out/dez 1991.
- FOLHA de São Paulo. p. 1, col. 1-6, 30 jan. 1999.
- FORTES, Pac. **A responsabilidade médica nos tribunais**. Tese. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1994.
- FOUREZ, G. **A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências**. São Paulo: UNESP, 1995.
- FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de direito penal: parte especial**. 4. ed. São Paulo: J. Buschatsky, 1977, p. 53-9.
- FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 6. ed.. São Paulo: Fundação BYK, 1994.
- _____. Paciente terminal: direito à verdade. **Fascículo do Conselho Federal de Medicina**, ano XV, n. 117/111, mai/jun 2000.
- FRANCO A. O direito de Matar. **Fascículos Ciências Penais**, vol IV, nº 4, out-dez, 1991.
- FERRI, Enrico **Homicídio-Suicídio**. Madri: Reus, 1934.
- FREIRE, R. **Sem tesão não há solução**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- GAFO. **Eutanasia e el derecho a morir con dignidad**. Madrid: Ed. Paulinas, 1984, p. 127.

- GALVÃO, Arnaldo. Eutanásia passiva pode deixar de ser crime. **Jornal O Estado de São Paulo**. São Paulo, Caderno A, p. 13, 28 fev. 1999.
- GLASER, B. G.; STRAUS, A. L. In: **Fascículos de Ciências Penais**. v. 4, n. 4, out./dez, 1991.
- GULA, R. M. What are they saying about euthanasia? **Fascículos de Ciências Penais**, v. 4, n. 4, out/dez, 1991.
- HARING, B. **Medicina e manipulação**. São Paulo: Edições Paulinas, p. 123.
- HUNGRIA, Nelson. **Comentário ao Código Penal**. Vol. 33. Forense: 1942.
- JORNAL A Notícia. **Holanda legaliza a eutanásia**. Joinville, 11 abr. 2001
- JORNAL Folha de São Paulo. **Governo abre discussão sobre a ortotanásia**. São Paulo, 05 abr, 1998.
- _____. **Celso de Mello defende o impeachment dos juízes**. São Paulo, Caderno 1, p. 4. 19 mai 1997.
- _____. **Suicídio assistido e doente terminal**. São Paulo, 21 jul 1997.
- KUBLER-ROSS; Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Trad. Paulo Menezes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- LAMBERT, Liliane. Problema da eutanásia. In: **Enciclopédia da luta contra o crime**. São Paulo: Abril Cultural.
- LLOSA, Mario Vargas. Uma morte tão doce. **Jornal O Estado de São Paulo**. Caderno A, col. 3-6, p. 2, 25 abr. 1999.
- LOZANO, André. Projeto amplia hipóteses de aborto legal. **Jornal Folha de São Paulo**. São Paulo, p. 1, col. 1-6, 30 jan. 1999.
- MARQUES, José Frederico. **Tratado de Direito Penal**. Parte especial. Saraiva: 1961.
- MENEZES, Evandro Correa de. **Direito de matar (eutanásia)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1977, p. 132.
- MILTON, J. **Fascículos de Ciências Penais**, vol 4. n. 4. 1991.
- MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de direito penal**. 3. ed.. São Paulo: Atlas, 1986, v. 2, p. 46-9.
- MOTA, Joaquin Antonio César. Quando um tratamento torna-se fútil? **Bioética**, vol 7, nº 1, 1999.
- MOURA, Eros de. **O homicídio por compaixão**. Rio de Janeiro: Brasília, 1940.

- MUNOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antônio Carvalho et al. **Introdução à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- NORONHA, E Magalhães. **Direito penal**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1967, v. 2, p. 24-8.
- OLIVEIRA, Olavo. **O delito de matar**. Fortaleza: Imprensa Universitária do Ceará, 1959, 268 p.
- PESSINI, L. (org) **Bioética e pastoral da saúde**. Aparecida (SP): Ed Santuário, 1989.
- _____; ANGERAMI, Valdemar Augusto (Org.) et al. **A Ética na Saúde**. Distanásia. Até quando investir sem agredir? São Paulo: Pioneira, 1997, p. 93.
- _____; BARCHI FONTAINE, P. **Problemas atuais de bioética**, e 4. ed. São Paulo: Loyola, 1997.
- PINOTTI, José Aristodemos. Prioridade x Escassez em saúde: visão política. **Bioética**, p. 53-66, 1997.
- PINTOS, Garcia. **O respeito à vida**. Montevideo: Monteverde & Cia., 1935.
- PIVA J P, CARVALHO, P. RA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. **Bioética**. Brasília, 1993.
- POHIER. J. M. Morte, natureza e contingência – reflexões antropológicas sobre a possibilidade de retardar clinicamente a morte. In: **Concilium** 94, 1974, p. 482.
- PRADO, Adélia. **O coração disparado**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- RACHELS, James. In: **Fascículos Ciências Penais**, vol. 4, n. 4, out/dez 1991.
- REALE, Giovanni. **Para uma nova interpretação de Platão**. Trad. Marcelo Perine. São Paulo: Edições Loyola, 1991.
- REVISTA Veja, 30 out. 1985.
- RIPOLLIS, Antônio Quintano. Eutanásia. In: **Nueva Enciclopédia Jurídica**. Barcelona: Francisco Seix, 1959.
- RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983, p. 229-230.
- RODRIGUES, PAULO DAHER. **Eutanásia**. Belo Horizonte: Livraria Del Rey Editora Ltda. 1993.
- SANTOS, Ruy. **Da eutanásia nos incuráveis dolorosos**. Salvador, Tese doutorado, Faculdade de Medicina da Bahia, 1928.

SANVITO, Wilson Luiz; ANGERAMI, Valdemar Augusto (Org.) et al. **A Ética na Saúde**. Eutanásia. Os Limites da Assistência. São Paulo: Pioneira, 1997.

SARDI, Sérgio Augusto. **Diálogo e Dialética em Platão**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1995.

SGRECIA, Elio. **Manual de Bioética**, v. 1, p. 567. São Paulo: Loyola, 1996.

SILVEIRA, Euclides Custódio da. **Crimes contra a pessoa**. 2. ed. Ed. Revista dos Tribunais, 1973, p. 25-6.

SIQUEIRA, José Eduardo de et al. **Introdução à Bioética**. O princípio da justiça. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

STEDFORD, Averil. **Encarando a morte**: uma abordagem do relacionamento com o paciente terminal. Tradução de Sílvia Ribeiro. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986, 168 p.

TAGORE, Rabindranath. **Gitanjali. Oferenda Lírica**. Trad. Gasparino Damata. Brasília: Thesaurus, 1978.

_____. **Pássaros Errantes**, LXXIX

THE MULTI-SOCIETY Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state, part 1 and 2. N Engl J Med, 1994. **Bioética**. Brasília, vol. 7, n. 1, 1996.

TOLEDO, F. A. **Princípios básicos de Direito Penal**. 4. ed., ampl. e atual. São Paulo, Saraiva, 1991, p. 84-88.

VEATCH, Robert M. **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e Direito**. São Paulo: Ed. Jurídica Brasileira, 1999.

VILLANOVA Y MORALES, Ricardo Royo. **O direito de morrer sem dor**: o problema da eutanásia. Trad. J. Catoira e C. Barbosa. São Paulo: Publicações Brasil, 1993, 192 p.