



REFLEXÕES ACERCA DA EUTANÁSIA: ASPECTOS MÉDICOS E JURÍDICOS

MARDERO NETO, Rainére¹; BRUTTI, Tiago Anderson²

Resumo

O estudo da Eutanásia e de suas modalidades é um tema milenar que, apesar disso, adquire sempre uma atualidade surpreendente. A problemática da morte digna está longe de ser resolvida com a introdução de novas tecnologias na área dos cuidados com a saúde. Pelo contrário, tal tema tornou-se ainda mais polêmico, difícil, com questões absolutamente novas. O presente artigo, de base bibliográfica, busca apresentar instrumentos e maneiras de reumanizar todo esse processo.

Palavras-Chave: Eutanásia. Vida. Morte.

Abstract

The study of euthanasia and your modalities is an ancient theme that nevertheless always gets an surprising present. The issue of dignified death is far from being resolved with the introduction of new technologies in the area of health care. On the contrary, this issue has become even more controversial, difficult, with absolutely new questions. This article, of bibliographic database, search tools and ways of presenting humanize this whole process.

Key Words: Euthanasia. Life. Death.

Introdução

O presente artigo tem como objetivos analisar e conceituar a Eutanásia e suas modalidades; revisar a bibliografia e a legislação relativa ao assunto; e apresentar as orientações jurisprudenciais existentes.

Nos dias atuais, muitas doenças podem ser prevenidas, algumas epidemias foram erradicadas, poderosos analgésicos foram criados, tudo isso para diminuir, quando não eliminar por completo, a dor sofrida pelo paciente.

No entanto, há um grande paradoxo, porquanto, apesar do desenvolvimento científico/tecnológico vivenciado, tal fator não vem contribuindo para tornar mais benigna e, portanto, mais digna, a morte. Ao contrário, os conhecimentos biológicos e científicos podem servir para tornar ainda mais problemática a morte.

¹ Acadêmico do Curso de Direito da Universidade de Cruz Alta. Contato: raimardero@yahoo.com.br

² Orientador da pesquisa; doutor em Educação nas Ciências/Filosofia; professor no Curso de Direito da Universidade de Cruz Alta. Contato: tbrutti@unicruz.edu.br.



A eutanásia, suas modalidades, e o ordenamento jurídico brasileiro

Antes de adentrar na análise da eutanásia propriamente dita, faz-se necessário tecer considerações sobre o direito à vida. O primeiro ponto a ser analisado é a definição de vida. Silva (1997 *apud* FREIRE DE SÁ, 2002, p. 143) a define como um processo vital “que se instaura com a concepção, transforma-se, progride, mantendo sua identidade, até que muda de qualidade, deixando, então, de ser vida para ser morte”. Este direito constitui pré-requisito de todos os outros direitos, sendo que os direitos fundamentais garantidos lhe são complementares, como é o caso do direito à liberdade.

A vida, no texto constitucional do art. 5º, “caput”, não é considerada apenas no sentido biológico. Este é o posicionamento de Magalhães (2000 *apud* FREIRE DE SÁ, 2002, p. 144), transcrito a seguir:

O direito à vida vai além da simples existência física. Acreditamos que no direito à vida se expressa a síntese dos grupos de direitos que formam os Direitos Humanos. Todos os direitos existem em função deste, sendo que o exercício dos direitos individuais, o oferecimento dos direitos sociais, a política econômica e os institutos de Direito Econômico, e a própria democracia, existem no sentido de oferecimento de dignidade à vida da pessoa humana. O direito à vida que se busca através dos Direitos Humanos é a vida com dignidade, e não apenas a sobrevivência. Por esse motivo, o direito à vida se projeta de um plano individual para ganhar a dimensão maior de direito, síntese dos grupos de direitos individuais, sociais, econômicos e políticos, sendo, portanto, a própria razão de ser dos Direitos Humanos.

Diante disto, vê-se que a proteção constitucional da vida humana não se restringe à vida biológica, pois abrange a proteção à vida no seu sentido mais amplo. O respeito à vida digna pressupõe a garantia dos direitos fundamentais relacionados a ela, o que engloba não só os direitos básicos de sobrevivência da pessoa, mas, também, os direitos vinculados ao bem-estar psíquico e social.

Tal característica de indisponibilidade do direito à vida, assim como dos demais direitos da personalidade, interpretada “ao pé da letra”, poderá implicar prolongamento desarrazoado de uma vida, já irrefragavelmente condenada, ainda que em total oposição à vontade do paciente. Esta postura, resultante do culto idólatra à vida, poderá, de acordo com Freire de Sá (2002, p. 145), “desrespeitar o princípio da igualdade, também reconhecido constitucionalmente”, da forma que a vida passaria a ser direito para uns e dever para outros:

Direito para os que, em virtude da saúde do corpo, possuem condições necessárias para usufruírem de uma vida digna. E obrigação para os enfermos terminais que, prostrados na cama, têm a vida, muitas vezes, prolongada inutilmente além do seu período normal (FREIRE DE SÁ, 2002, p. 145).



A distanásia, cujo prefixo “dys”, em grego, significa “ato defeituoso”, é também conhecida como obstinação terapêutica, podendo ser considerada uma prática excessiva e abusiva decorrente diretamente das possibilidades oferecidas pela tecnologia, tendo como objetivo se fixar na quantidade de vida remanescente e investir todos os recursos possíveis para prolongá-la ao máximo. Lopes conceitua a distanásia da seguinte forma:

Caracteriza-se pela adoção de medidas terapêuticas excessivas e que não direcionam para a cura, mas para o sofrimento do paciente. Trata-se de o médico adotar medidas fúteis e desproporcionais que configuram tratamento desumano e degradante, por permitir o prolongamento da vida exclusivamente em termos quantitativos e não qualitativos. Cuida-se de procedimento que ofende a dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado Democrático de Direito brasileiro (LOPES; LIMA; SANTORO, 2011, p. 64).

Para Pessini (2004, p. 218), “a distanásia é a conduta que se dedica a prolongar ao máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte como o grande e último inimigo”.

Tal conduta, além de ser moralmente repudiada, inclusive pela maioria das religiões, e bater de frente com o princípio da dignidade da pessoa humana, depara-se com a vedação prevista no artigo 5º, inciso III, da Constituição Federal, que prevê que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”. Da redação deste inciso vê-se que a prática da distanásia pode ser compreendida como uma conduta ilegal.

A eutanásia, atualmente, pode vir a ser equiparada a um homicídio privilegiado, previsto no art. 121, § 1º, do Código Penal, ou ao crime de auxílio ao suicídio, previsto no art. 122 do mesmo diploma legal.

O termo eutanásia significa a boa-morte ou morte-doce. Deriva do grego “eu” (boa) e de “thanatos” (morte), provocada por parentes, amigos e médicos do paciente, entendida como o “ato de ceifar-se a vida de outra pessoa acometida por uma doença incurável, que lhe causa insuportáveis dores e sofrimentos, por piedade e em seu interesse” (LOPES; LIMA; SANTORO, 2011, p. 59). O que motiva o autor da eutanásia é a compaixão para com o próximo, a pedido deste ou de seu responsável, isto é, busca-se fazer um “bem” àquele doente, fator diferenciador de um homicídio simples (matar alguém). Outro conceito aceitável de eutanásia é o apresentado por Lepargneur (1999 *apud* VIEIRA, 2012, p. 103), segundo o qual ela consiste no “emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam ou em razão de outro motivo de ordem ética”.



A eutanásia pode ser classificada como ativa ou passiva:

Como na eutanásia há uma ação ou omissão que dá início ao evento morte, e sem a qual o doente continuará vivendo, ainda que com dor ou sofrimento, será classificada como ativa quando seu autor der início ao evento morte por uma ação e será passiva se a morte ocorrer por uma omissão, em regra, consubstanciada na supressão ou interrupção dos cuidados médicos que oferecem o suporte indispensável à manutenção da vida (LOPES; LIMA; SANTORO, 2011, p. 60).

A eutanásia ativa ainda pode ser dividida em direta ou indireta. Na eutanásia ativa direta, procura-se o encurtamento da vida do paciente por meio de condutas positivas, ajudando-o a morrer. Paz (1999 *apud* SANTOS, 2002, p. 289) acentua, a esse respeito, que “a ação visa ao encurtamento da vida mediante atos positivos, diante de um largo processo doloroso considerado insuportável e de prognóstico infausto, ou seja, que se encontra em fase terminal”. Já na eutanásia ativa indireta, não se busca a morte do paciente, mas sim aliviar a dor ou o sofrimento com a utilização de fármacos que, no entanto, apresentam como efeito secundário certo ou necessário a abreviação da vida do paciente, isto é, serão a causa de sua morte, contendo um efeito duplo. Encaixa-se, aqui, “como uma luva”, o pensamento de Paz (1999 *apud* SANTOS, 2002, p. 289) ao se referir a tal efeito: “o de encurtar a vida, ainda quando seu principal objetivo seja o de aliviar os sofrimentos”.

Salienta-se que a prática da eutanásia somente seria admitida se constatada a morte encefálica do paciente, a qual é aceita pela comunidade científica mundial como o momento da morte. Mas para determinar-se o momento da morte é preciso antes defini-la. Para Pessini, “os avanços da medicina tornaram obsoleta a tradicional definição clínica da morte identificada como parada cardíaca” (2004, p. 51). A morte é vista hoje como processo e não como evento e, portanto, não pode ser determinada como ocorrendo num momento específico. O autor entende a morte como um fenômeno progressivo:

Em primeiro lugar morrem os tecidos mais dependentes de oxigênio, sendo o mais sensível de todos o cérebro. De três a cinco minutos de falta de oxigenação são suficientes para comprometer irreversivelmente o córtex do paciente, que daí em diante terá apenas vida vegetativa, ou seja, estará inconsciente, mas respirando e com o coração batendo (2004, p. 52)

O conceito de morte encefálica é importante para que se defina quando se devem utilizar meios de manutenção artificial da vida, especialmente aqueles que somente mantêm a vida em estado vegetativo, caso da distanásia. Quando se define que devem ser dispensados



ao paciente cuidados que proporcionarão conforto no final da vida, a conduta referida pode ser chamada de ortotanásia.

Para Rabello (2003 *apud* LOPES; LIMA; SANTORO, 2011, p. 49):

É de larga aceitação atual o conceito de que a confirmação da morte encefálica deve se basear em três princípios fundamentais: irreversibilidade do estado de coma, ausência de reflexos do tronco encefálico e ausência de atividade cerebral cortical.

Com a morte encefálica, as funções vitais não permanecem por mais de duas semanas, independentemente das medidas médicas tomadas. A partir dela, é possível interromper a administração de medicamentos, a utilização de aparelhos e, com o advento da Lei nº. 9.434/1997 (Lei de Transplantes), há a possibilidade de removerem-se os órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, oportunidade em que poderão ser usados os meios artificiais logo após a morte encefálica para manter certos órgãos vivos, isso para que eles possam ser aproveitados.

Em 1985, a Pontifícia Academia de Ciências reuniu-se em Roma para estudar o prolongamento artificial da vida e a determinação do momento da morte. Estabeleceu-se que “uma pessoa está morta quando sofreu uma perda irreversível de toda a capacidade de integrar e de coordenar as funções físicas e mentais do corpo” (PESSINI, 2004). Com relação ao comportamento médico no uso de tratamento em situações de morte, referida Academia afirma que:

Se o paciente está em coma permanente, irreversível, por mais que se possa prevê-lo, não se exige um tratamento, mas devem ser-lhe ministrados os cuidados, incluindo-se a alimentação. Se clinicamente ficou estabelecido que existe uma possibilidade de recuperação, requer-se o tratamento. Se o tratamento não pode trazer benefício algum ao paciente, ele pode ser interrompido, continuando os cuidados (PESSINI, 2004).

Os requisitos adotados para a constatação da morte encefálica devem ser os estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e vieram a ser fixados através da Resolução nº 1.480, de 1997.

Em seu artigo 1º, a Resolução exige que, para a caracterização da morte encefálica, sejam realizados exames clínicos e complementares, em intervalos de tempo que variam de acordo com a idade do paciente. Estes intervalos estão elencados no artigo 5º do documento, estando assim elencados:



- a) 48 horas, para bebês entre 7 dias e 2 meses incompletos.
- b) 24 horas, para crianças entre 2 meses e 1 ano incompletos;
- c) 12 horas, para as que possuem 1 ano e 2 anos incompletos;
- d) 6 horas, no que diz respeito às pessoas com mais de 2 anos.

O artigo 2º prevê que “os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no “termo de morte encefálica anexo a esta Resolução”. Referido termo, de acordo com Vieira (2012, p. 97), deve conter:

A identificação do hospital, do paciente e de seus pais, além de alguns dados pessoais do mesmo, as causas do coma (o processo deverá se interromper se a causa for hipotermia ou uso de drogas depressoras do sistema nervoso central), os exames neurológicos realizados e as constatações feitas. Deverão ser identificados todos os médicos envolvidos na constatação da morte encefálica, inclusive indicando qual deles foi responsável pela realização de cada exame.

Preceitua o artigo 3º que a morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida. Devem ser observados, como parâmetros clínicos para sua constatação, coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinal e apneia, nos termos do artigo 4º.

Dispõe o art. 6º que os exames complementares realizados deverão comprovar, inequivocamente: ausência de atividade elétrica cerebral, ou falta de atividade metabólica cerebral, ou, ainda, ausência de perfusão sanguínea cerebral.

Conclui-se, nas palavras de Pessini, que “a definição de morte clínica como perda irreversível da função do sistema nervoso central beneficia também a pessoa, protegendo-a de um intervencionismo terapêutico” (2004, p. 56).

Prática adversa à eutanásia e à distanásia é a ortotanásia, que configura o meio-termo entre aquelas. Entre encurtar a vida humana pela eutanásia e prolongá-la pela obstinação terapêutica, há a ortotanásia, conhecida como morte correta, “orthos” (correto) e “thanatos” (morte).

A ortotanásia, para Antonio Carlos (LOPES; LIMA; SANTORO, 2011, p. 65):

É o comportamento do médico que, diante de morte iminente e inevitável, suspende a realização de atos considerados inúteis para prolongar a vida do paciente e passa a emprestar-lhe os cuidados paliativos adequados para que venha a falecer com dignidade.

O paciente em estado terminal somente receberá os cuidados proporcionais (ordinários), que irão lhe trazer mais benefícios do que prejuízos. São os chamados cuidados paliativos, conceituados pela Organização Mundial de Saúde da seguinte forma:



Cuidado paliativo é a abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, com meios de identificação precoce, avaliação correta, tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Com efeito, a ortotanásia é a morte no seu tempo certo, sem tratamentos desproporcionais (distanásia) e sem abreviação do processo de morrer (eutanásia), possibilitando que a vida chegue ao seu fim naturalmente, aceitando-se a finitude da vida humana.

Ressalta-se que a ortotanásia não pode ser confundida com a eutanásia passiva. “Deixar morrer” é diferente de “fazer morrer”. A diferença entre as duas está na intenção dos agentes, ainda que as consequências sejam as mesmas, ou seja, o fim da vida do paciente. Para Blanco ([s.d.] *apud* VIEIRA, 2012, p. 248):

Há distinção, também, no tocante aos meios empregados e em sua dosagem: administrar ao doente uma solução de cianureto ou uma overdose de morfina é diferente de aplicar doses desses medicamentos para lhe aliviar a dor, medida que, embora possa causar uma depressão respiratória controlável e debilitação do paciente, com previsível encurtamento de sua vida, não foi utilizada com tal intenção, mas, sim, com o objetivo de propiciar alívio.

Por fim, faz-se necessária uma análise dos princípios da bioética, matéria que está profundamente ligada ao tema. Bioética é um termo derivado da fusão de vocábulos de origem grega: “bio” significa vida, enquanto “ethos” significa ética, compreendida como um ramo da filosofia ética que busca encontrar as respostas da ética tradicional para os problemas contemporâneos surgidos em virtude dos novos descobrimentos das ciências médicas e biológicas, bem como das tecnologias a elas aliada e que interferem na vida humana, buscando encontrar regras que estabeleçam o respeito incondicional ao ser humano e à sua dignidade.

Para Lopes (2011, p. 78), “a bioética alicerça-se no respeito à dignidade da pessoa humana e é regida pela aplicação dos seguintes princípios: o da beneficência, o da não maleficência, o da autonomia e o da justiça”.

O princípio da beneficência prevê o dever ético de o profissional da saúde promover primeiramente o bem do paciente, visando não causar dano e a maximizar os benefícios ao paciente, minimizando os possíveis riscos.



O princípio da não maleficência, por sua vez, determina o dever de não causar dano intencional ao paciente e deriva da máxima da ética médica: “*primum non nocere*”, que estabelece o dever do médico de abster-se de prejudicar o doente. Entretanto, com os avanços tecnológicos, foram levantados novos questionamentos quanto a este dever médico. Segundo Almeida ([s.d.] *apud* LOPES, LIMA, SANTORO, 2011, p. 79):

O desenvolvimento de novas tecnologias médicas, em especial os equipamentos que visam a manutenção da vida biológica em casos onde o paciente encontra-se em estados dramáticos de saúde, de um lado, e o movimento de afirmação dos direitos do paciente à recusa de medidas “extraordinárias” – de outro, têm traduzido novas questões à máxima *primum non nocere*.

O princípio da autonomia estabelece o respeito à liberdade de escolha do paciente. Tal princípio diz respeito à capacidade de gerir e conduzir a própria vida corporal e mental, por meio de suas escolhas e opções. Atualmente, as decisões médicas são tomadas em parceria com o paciente, deixando de existir a relação entre sujeito (médico) e objeto (paciente), e passando a ser uma relação entre sujeitos. Pensando dessa maneira, o profissional médico deve respeitar os anseios e as pretensões do paciente ou de seus representantes, sejam elas físicas ou psíquicas, devendo, somente, informar o paciente de sua realidade e condições, para que ele possa tomar a sua decisão com responsabilidade e consciência. O princípio da justiça, por seu turno, estabelece a garantia da distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços da saúde.

Metodologia

Este artigo tem como público alvo os acadêmicos do Curso de Direito e a sociedade em geral. Possui como área de abrangência tanto o Direito como a Medicina e a Bioética. Para a construção do texto, utilizou-se a pesquisa bibliográfica, com análise documental.

Resultados e discussões

O que está em questão, essencialmente, é se o desenvolvimento científico/tecnológico está, em cada circunstância, a serviço da pessoa, tornando a morte um evento mais digno, ou se ele está retardando a morte ou estendendo o sofrimento que eventualmente a precede.

Não se trata de defender qualquer procedimento que antecipe ou cause a morte do paciente, mas de reconhecer sua liberdade e sua autodeterminação. O direito de morrer



dignamente e a reivindicação de princípios tais como o da dignidade da pessoa, da liberdade, da autonomia, da consciência, referem-se ao desejo de se ter uma morte humana, sem o prolongamento da agonia a partir de um tratamento que, sabidamente, não trará benefício algum ao paciente. Como já foi afirmado neste artigo, a Constituição prevê o direito à vida e não o dever à vida.

Diante desta situação, seria o caso de se praticar a ortotanásia, modalidade de eutanásia, a qual, como já visto, diverge desta quanto ao momento da conduta, ou seja, o início do processo de morte. Enquanto na ortotanásia a causa do evento morte já se iniciou, na eutanásia a ação ou omissão será a causa da morte. Na ortotanásia, será efetuada a suspensão dos procedimentos considerados extraordinários e desproporcionais, diante da inevitável e iminente morte, passando-se, somente, aos cuidados paliativos ou ordinários adequados para que a pessoa venha a falecer com dignidade.

Este é o posicionamento majoritário dos juristas que se propõem analisar o tema. A ortotanásia encontra-se prevista no artigo 121, § 4º, do atual anteprojeto de reforma da parte especial do Código Penal Brasileiro; é garantida pelo Código de Ética Médica, aprovado em 17 de setembro de 2009 pela Resolução nº 1.931, em seu Capítulo I, inciso XXII; é admitida pela Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006, editada pelo Conselho Federal de Medicina, documento que, em seu artigo 1º, considera a ortotanásia uma conduta ética; é tolerada, também, em precedente jurisprudencial do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (anexo).

Considerações finais

De todo o conteúdo apresentado, ressalta-se que a ortotanásia é a conduta que melhor se encaixa frente a um paciente terminal, sendo a forma mais adequada de respeitar sua dignidade diante de condições físicas e psíquicas terminais. De outra sorte, a distanásia é conduta repudiada pela esmagadora maioria dos juristas, pela legislação e, inclusive, pelas religiões. Quanto à eutanásia, seja qual for a sua modalidade, há realidades que merecem maior discussão pelo Direito, pela Medicina e pela sociedade, uma vez que há casos excepcionais, que tratam de realidade delimitada, como, por exemplo, nos casos de estado vegetativo irreversível.

Referências

DE SÁ, Maria de Fátima Freire. **Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.



LOPES, Antonio Carlos. *et al.* **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: aspectos médicos e jurídicos.** São Paulo: Atheneu, 2011.

PESSINI, Leo. **Eutanásia: por que abreviar a vida?.** São Paulo: Edições Loyola, 2004.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **Biodireito: ciência da vida, os novos desafios.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

VIEIRA, Mônica Silveira. **Eutanásia: humanizando a visão jurídica.** Curitiba: Juruá Editora, 2012.

Anexo

APELAÇÃO CÍVEL. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. BIODIREITO. ORTOTANÁSIA. TESTAMENTO VITAL. 1. Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme laudo psicológico, morrer para "aliviar o sofrimento"; e, conforme laudo psiquiátrico, se encontra em pleno gozo das faculdades mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida. 2. O caso se insere no denominado biodireito, na dimensão da ortotanásia, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural. 3. O direito à vida garantido no art. 5º, caput, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição institui o direito à vida, não o dever à vida, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal. 4. Nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado testamento vital, que figura na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina. 5. Apelação desprovida. (Apelação Cível Nº 70054988266, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Irineu Mariani, Julgado em 20/11/2013).