

EUTANÁSIA

Maria Theresa de Medeiros PACHECO¹PACHECO, MTM. Eutanásia. *Saúde, Ética & Justiça*, 1(1):17-26, 1996.

Resumo: A autora aborda o conceito de eutanásia pelo viés da antropologia, fazendo um retrospecto sobre a figura do médico, que não dispunha de profundos conhecimentos científicos até o século XVI, e a confiança lenta que veio adquirindo através do tempo. Revê as legislações mundiais e a lei brasileira, apresentando a resolução do Conselho Federal de Medicina sobre o assunto e comentando a respeito do choque entre as nossas legislações, inclusive sobre o Código de Ética Médica e o conceito atual da eutanásia. Aborda o programa dos *Hospices* e faz suas considerações gerais.

UNITERMOS: Eutanásia.

CONCEITO E DIVISÃO

Eutanásia é um vocábulo de origem grega, cuja etimologia da palavra: *eu* - que quer dizer bem, (bom) e *thanatos* (morte) não traduz realmente uma boa morte (se é que pode ser considerada boa), mas, morte tranqüila, doce, sem sofrimento. O termo foi criado por Francis Bacon, Barão de Verulamio e Chanceler Inglês, no século XVII, em uma de sua obras "Da dignidade e do progresso das ciências e novo órgão".

"Ainda cabe uma significação estética, por ser freqüente também o prefixo *eu* indicando *beleza*, equivalente, portanto, à bela morte, a morte dos heróis e paladinos de famosas obras. Em sentido amplo, sem qualquer especificidade, significa *ajuda para morrer*".

A eutanásia, em que pesem várias classificações como as de Licurzi, Villanova Y Morales, Costa e Lucena, Bouquet e Fogue e tantos outros através da história, pode ser dividida em eutanásia ativa, passiva ou ortotanásia, e distanásia - obedecendo às raízes gregas dos vocábulos.

Eutanásia ativa - considerada homicídio, proscrita em todos os códigos, até o momento; - é aquela em que o médico ou outra qualquer pessoa encarrega-se de exterminar a vida do paciente, mesmo a seu pedido.

Eutanásia passiva ou ortotanásia consiste na supressão de meios terapêuticos que de nada mais valem para a cura do paciente, e somente lhe prorroga o dia final, talvez, aumentando-lhe a angústia.

A distanásia ocorre quando à instância dos familiares ou o próprio médico persiste na aplicação de terapêutica ineficaz até que a própria natureza se encarregue de pôr fim àquela vida artificial.

Afirmava Pascal que "os homens, por não terem podido encontrar um remédio para a morte, houveram por bem, não pensar nela".

Ao relancearmos um olhar em torno do mundo e de nós próprios, observamos a cada instante um incomensurável número de situações estarrecedoras que nos fazem pasmar, meditar um pouco, reprovar, até nos revoltar, porém, logo depois, acomodarmos. É o caso das guerras, dos terremotos, da fome, das imensas desigualdades

¹ Professora Titular de Medicina Legal e Ética Médica das Faculdades de Medicina e de Direito das Universidades Federal e Católica da Bahia e de Salvador.

Endereço para correspondência: Avenida Princesa Isabel, 709/2001 - Barra Avenida - Salvador - BA - CEP: 04014-250.

sociais, dos homicídios, dos suicídios, dos acidentes de trânsito, das doenças incuráveis, dos assaltos, das quadrilhas organizadas em torno dos tóxicos, dos estupradores! Mas, apesar disso, segue a humanidade em frente, sem pensar na morte. Acredita-se, sempre, que ela vai encontrar o vizinho, o distante, o outro, o paciente - segundo pensam os médicos, nunca entretanto, chegar para si próprios.

A antropologia justifica, segundo Marin, "porque os macacos, incluídos os antropóides, não reconhecem a morte, pois lidam com os mortos de sua espécie como se estes fossem vivos e passivos. Pode se considerar que algumas espécies tenham certa percepção da morte (os elefantes que se dirigem a seu cemitério ao, chamemos assim, perceberem que irão morrer), mas isto não significa que possam conceituá-la, sendo apenas uma manifestação de um comportamento instintivo, estereotipado.

As atitudes diante da morte variam com a cultura, a ideologia dominante da época, as estruturas institucionais, os mitos do início e do fim da vida".⁽¹¹⁾

A morte, entretanto, continua apaziguando, como o faz em determinadas religiões, ou apavorando, como ocorre para com a grande maioria da humanidade.

O sentido humorístico, em relação ao tema, chega-nos através do espírito mordaz de Molière, que sempre criticou, por demais, a medicina e os médicos, e, que, entre nós, Millôr Fernandes, traduzindo o célebre francês, refere: (L'amour Médecin, Cena II.):

Dr. Tomás - E como vai o cocheiro?

Lisete - Muito bem. Isto é, morreu

Dr. Tomás - Morreu?

Lisete - É . Não só está morto como enterrado.

Dr. Tomás - Mas isso é uma absoluta impossibilidade! Hipócrates ensina que essas doenças duram de catorze a vinte e um dias. E ele só estava doente há seis dias.

Lisete - Hipócrates pode dizer o que quiser. Mas o cocheiro está morto.

Todavia, o tempo mudou. Através da história, também mudaram os conceitos de morte e de morrer!

Como se comportava o médico frente à morte no passado distante?

Durante toda a Idade Média, seu papel era o de auxiliar a NATUREZA , isto é, nenhuma significação importante desempenhava em relação ao paciente moribundo. Qualquer providência era inferior ao que ocorria naturalmente.

Até o século XVI, o médico não merecia crédito em toda a população que o tratava, até com ridículo, em relação ao problema, por não saber muito mais do que o leigo pudesse alcançar.

Já em pleno século XVI, a morte é personalizada na figura do esqueleto, que vem conquistar o médico como a lembrar-lhe sua condição de mortal, porém, já aí, com uns laivos de confiança no médico conforme as interessantes alegorias de Warthin, em "The physician of the dance of death".

Segundo o mesmo assentamento, nos séculos XVII e XVIII, a figura do esculápio é representada pela pompa, riqueza, estômago e abdome proeminentes a demonstrarem ao mundo sua importância na luta contra o fim fatal. Entra em cena o desejo dos poderosos em resguardar suas riquezas e delas usufruir o máximo, exigindo do médico posição mais pronta e dinâmica para afastar a morte. O sentimento de família associa-se ao quadro delineado, a angústia de perder o ente querido, sobretudo a criança, obriga uma posição mais destemida e consciente contra a morte.

Até aí, o médico desenvolvia papel inexpressivo face o espectro inevitável.

Nos fins do século passado, reinício do atual, cresce a ação do médico contra a morte, por todos os meios, com todas as

armas tecnológicas possíveis ao seu alcance, tornando-se principal personagem na luta, as mais das vezes, infelizmente desigual, entre a vida e a morte.

Neste momento é o médico o grande agente, o incomensurável batalhador, renhido, guarda permanente do paciente contra a fatalidade inexorável! Com as palavras magníficas de Kübler Ross: "Ser terapeuta de um paciente que agoniza é conscientizar a singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade. É uma tomada de consciência de nossa finitude, de nosso limitado período de vida...". Acompanhem, agora, o evoluir da tecnologia científica, as mudanças que se operam em todos os setores da vida, a garantia de diagnósticos, a precisão de prognósticos, donde a relação medicina e eutanásia.

O tema, por demais polêmico, através dos séculos, mas, sobretudo, na contemporaneidade, é matéria que interessa não só à Ciência médica, mas, ao Direito, à Sociologia, à Psicologia, à Moral, à Religião; tem sido dos mais controversos problemas que a Medicina enfrenta no mundo atual, pelo crescimento na doutrina.

Novos conceitos ressurgem, pareceres diversos, leis modificam-se ou procuram atenuar-se; assim, mundialmente, as legislações penais deixam de incluir a EUTANÁSIA no capítulo do homicídio, muitas delas nem mesmo no homicídio privilegiado, nem tão pouco no suicídio.

São pouquíssimos os ordenamentos jurídicos que ainda a rotulam como homicídio no mundo hodierno.

A EUTANÁSIA NO PASSADO

É na Bíblia (I, Samuel, 31, 1-13) que se tem notícia do primeiro caso de eutanásia na luta entre filisteus e israelitas, quando da morte do rei Saul, de Israel.

Na Índia, os pacientes portadores de doenças incuráveis eram jogados no rio Ganges.

Entre os espartanos, acostumados a jogarem dos morros as crianças deficientes, frágeis ou incapazes mentalmente, para perecimento, a fim de não se tornarem empecilhos a vida normal e sadia dos demais.

Já a idéia de Platão era a mesma em relação às pessoas de idade, doentes incuráveis, e, portadores de patologias mentais.

Entre os gregos, pessoas maiores de 60 anos deveriam ser envenenadas, inclusive, eram aconselhadas a tal.

Há dolorosa afirmativa de Nietzsche de que as pessoas doentes se constituíam em grande perigo para a humanidade.

É notória a "academia" instituída por Marco Antonio e Cleópatra no Egito, em busca de meios mais suaves para a morte.

Também de conhecimento mundial, o episódio ocorrido na grande batalha da ilha de Elba, na campanha do Egito, quando alguns soldados atacados de peste, dados como incuráveis, não mais podiam prosseguir, pelo que Napoleão ordenou ao médico do exército para que antecipasse a morte dos referidos soldados a fim de não contaminarem os outros, ao que o Dr. Degenettes se negou, alegando seu primacial dever de médico, de conservar a vida.

Durante a segunda guerra mundial, em Paris, o Hospital de Orsay teve que injetar, através seus enfermeiros, medicamentos mortais nos pacientes que não poderiam ser removidos.

Hipócrates sentenciava: "a ninguém darei, para agradar, remédio mortal, nem conselho que o induza à perdição".

LEGISLAÇÕES MUNDIAIS

No mundo inteiro, as legislações mantêm a idéia de homicídio, suicídio, homicídio privilegiado, todavia, apesar de não estar legislada, também o mundo inteiro dirime, atenua ou extingue a penalidade em relação à eutanásia.

Assim, vejamos:

I- Argentina - A legislação coloca a eutanásia como prática homicida.

II- Bolívia - oferece o perdão judicial, considerando a eutanásia homicídio piedoso.

III- Também na Colômbia - há perdão judicial.

IV- Costa Rica - há atenuação da pena considerada homicídio.

V- Cuba - já foi crime; hoje a eutanásia é admitida sob certos princípios.

VI- Peru - considera-se ausência de delito.

VII- O Código uruguaio - coloca-a na chave do perdão judicial.

VIII- Inglaterra - quis considerá-la livre de ser praticada, desde 1922.

IX- Áustria - considera delito autônomo.

X- A legislação belga - tem-na como delito de homicídio.

XI- Grécia - é tida como homicídio, mesmo, com o consentimento da vítima.

XII- Os Códigos suíço e italiano - entendem dever haver atenuação para o caso em especial.

XIII- Noruega - é considerada delito com a pena atenuada por vários fatores.

XIV- Estados Unidos - o Parlamento de Ohio tentou legitimá-la desde 1906.

XV- Nova Iorque - a Sociedade Médica daquele estado, em 1973, pontificava:

"Uma eutanásia humanitária em que o próprio paciente decidisse a respeito ou, no caso de estar inconsciente, após atestada a morte do córtex cerebral, foi defendida com base na alegação de que todo ser humano tem o direito de viver e morrer com dignidade". Tem como adeptos:

a- Linus Pauling - Universidade de Stanford - Califórnia.

b- George Thompson - Real Sociedade de Medicina de Londres.

c- Jacques Monod - Instituto Pasteur de Paris. Todos detentores do Prêmio Nobel!

XVI- Tchecoslováquia - cujo Código vem de 1930, faz referência à eutanásia: "Quem provoca a morte por compaixão com o fim de apressar a morte próxima e inevitável e de liberar assim uma pessoa das dores causadas por doenças incuráveis ou de outras torturas para as quais não existe remédio é sujeito a uma pena muito atenuada ou pode ser isento de pena".

XVII- O Código russo - de 1922, já fazia referência à necessidade da morte sem sofrimento.

XVIII- Afinal, na Holanda, cuja legislação não é clara a respeito da eutanásia, isto é, continua proibida, e, os culpados podem sofrer penalidades, porque está ela inserida no artigo 293 do Código Penal, na qualificação de homicídio. Apesar disso, aceita-se em quase todo o país, pelos médicos e pela população, esta em 85% de opinião. "Ali, desenvolveu-se, a partir de 1973, grande campanha a favor, quando, na aldeia de Noordwolde, a médica Truus Postna, aplicou a eutanásia em sua própria mãe, e fôra condenada a uma pena simbólica de uma semana de prisão, com direito a *sursis*".

Este episódio gerou a criação de organizações a jeito da N.V.V.E., sigla da Sociedade Holandesa pela eutanásia voluntária, que tem sua sede em Amsterdam e agentes espalhados por todo o país com mais de 30.000 contribuintes

Essa organização tem por objetivo lutar pela aceitação social e legalização jurídica da eutanásia.⁽²⁾

A ação dos procedimentos de abreviar a morte, na Holanda, em pacientes aidéticos, em fase terminal, ocorre em um de cada oito casos.⁽²⁾

Para Ingenieros, a prática da eutanásia devia ser permitida, idéia que vem dos idos de 1911, na Argentina.

O trabalho alemão "Die Freigabe Der Vernichtung Lebensunwertern Lebens", de Binding e Roche (1920) serviu de base para o programa de extermínio pugnado por Hitler.

São de Jiménez de Asúa e Villanova Y Morales as publicações, na Espanha, de duas grandes obras sobre o assunto: "Libertad de amar y derecho de morir sin dolor", obras de vulto notável, aconselhamentos e ponderações invulgares. Jiménez de Asúa chegou a ser penalizado, sendo proibido de lecionar em Madri, por muito tempo, pela sua defesa em torno da morte boa.

A LEI BRASILEIRA

Na opinião de Nelson Hungria, "a mais elementar prudência aconselha que nenhum homem a pretexto de piedade, ante o padecimento alheio, se atribua a faculdade e ou direito de matar".

Heleno Fragoso não se esmera sobre o assunto e não admite o procedimento como coisa lícita, nos parcos comentários que existem sobre o assunto. Parece incluí-la como "exemplo de privilégio moral".

Assim, Noronha, Mirabete e outros também não se pronunciam com profundidade.

Peixoto⁽⁷⁾ é enfático quando se refere ao "médico como um técnico da vida, dever cuidar dela, e, não poder, sob pretexto algum, sustá-la ou diminuí-la".

Deste modo, a legislação brasileira é falha e fraca, em que pese a Constituição de 1988, sobre o assunto, tantas emendas e mudanças de comissão, ante-projetos, pareceres sobre os direitos e liberdades individuais invioláveis, terminando por não haver posição definida sobre a matéria,

embora saibamos que a "finalidade principal de uma Constituição é a garantia das liberdades e dos direitos individuais e coletivos, sem que isso implique numa negativa ao direito de morrer".

Os Códigos Penais do mundo inteiro também têm os seus posicionamentos quanto ao tema, envolvendo aspectos sociais, técnicos, políticos, religiosos e de toda ordem.

Conforme chamamos a atenção anteriormente, os nossos ordenamentos jurídicos não chegaram ainda a um consenso.

O que ocorre, na realidade, é que alguns juristas ou estudiosos do assunto, baseados nas codificações mundiais, pretendem seja a eutanásia confundida com homicídio, ou mesmo homicídio privilegiado, alguns até a comparam ao suicídio.

Ora, o crime, que pode ser doloso ou culposo, segundo suas conceituações, não encontra respaldo na interpretação da eutanásia.

No crime doloso, o agente quer o resultado e assume o risco de produzi-lo. Ausente, portanto, o *animus necandi* no processo eutanásico. Já no homicídio culposo, é exigido que o agressor, não tenha querido o resultado, no entanto, haja assumido o risco de produzi-lo. Não se encaixam, pois, absolutamente, na doutrina que constitui o princípio da eutanásia.

O artigo 121 do Código Penal Brasileiro, em seu parágrafo primeiro assim se expressa: "Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço". É a característica do homicídio privilegiado do nosso Código que muitos querem, que, aí, esteja inserido o assunto em questão.

"A relevância social de uma determinada conduta denota interesses coletivos, ao passo que as necessidades particulares do indivíduo deixam-se conduzir por uma moral individual. É aqui, no altruísmo dessa ação moral, que a eutanásia parece se alinhar".⁽⁹⁾

No ante-projeto da parte especial do Código Penal ainda há muita controvérsia no que concerne, sobretudo, à vontade do paciente, que nem sempre pode ser avaliada, já pela falta de consciência, para decidir, já pelo temor que poderá apresentar, do sofrimento que antever e que o impulsiona a uma tomada de posição sem tempo para medir os prós e os contras, ou, as mais das vezes, na incapacidade de se posicionar, em uma condição de urgência ou quando ultrapassou, por algum tempo, a barreira da consciência em fases terminais prolongadas.

Quem irá ajuizar esta conduta? Os médicos? Os religiosos? A família? Se houver mais de uma família? Os filhos? Se todos não concordarem? O juiz? Realmente, difícil a solução. Se houver interesse econômico? Estará mesmo diagnosticada a irreversibilidade do quadro?

O Conselho Federal de Medicina, através resolução CFM N° 1346/91, exara o seguinte teor:

RESOLUÇÃO CFM N° 1.346/91

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a lei N° 3268, de 30 de novembro de 1957, regulamentada pelo Decreto N° 44.045 de 19 de julho de 1958, e:

considerando que a parada total e irreversível das funções equivale à morte conforme já estabelecido pela comunidade científica mundial;

considerando o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para o suporte de funções vegetativas em

pacientes com parada total e irreversível da atividade encefálica;

considerando a necessidade de judiciosa indicação e interrupção do emprego desses recursos;

considerando a necessidade de se adotar critérios para constatar, de modo indiscutível, a ocorrência de morte;

considerando que ainda não há consenso sobre a aplicabilidade desse critérios em crianças de 2 anos;

resolve adotar os seguintes princípios:

1) Os critérios, no presente momento, para a caracterização da parada total e irreversível das funções encefálicas em pessoas com mais de dois anos são, em seu conjunto:

a) Clínicos: coma aperceptivo com a arreatividade inespecífica, dolorosa e vegetativa, de causa definida. Ausência de reflexos corneano, oculoencefálico, oculovestibular e do vômito. Positividade do teste de apnéia. Excluem-se dos critérios acima, os casos de intoxicações metabólicas, intoxicações por drogas ou hipotermia.

b) Complementares: ausência das atividades bioelétrica ou metabólica cerebrais ou da perfusão encefálica;

2) O período de observação desse estado clínico deverá ser de no mínimo, 6 (seis) horas.

3) A parada total e irreversível das funções encefálicas será constatada através da observação desses critérios registrados em protocolo devidamente aprovado pela Comissão de Ética da Instituição Hospitalar.

4) Constatada a parada total e irreversível das funções encefálicas do paciente, o médico, imediatamente, deverá comunicar tal fato aos seus responsáveis legais, antes de adotar qualquer medida adicional.

5) Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 08 de agosto de 1991

Ivan de a. Moura Fé Hércules Sidnei P.Liberal

Presidente Secretário Geral
(Publicada no D.O.U. de 17/10/91, p.22731)

Temos assim, entre nós, um conceito firmado de irreversibilidade de vida.

Transformou-se, arredondamento, a conceituação de morte em todas as legislações pela parada cardíaca não mais se constituir um sinal certo do fim.

Hoje, sabemos com toda a certeza que a morte real ocorre com a ausência do funcionamento do tronco encefálico como um todo. Nem mesmo a morte, dita, até pouco tempo, cerebral, mas, todo o tronco encefálico, fora de possibilidades de reversão.

As universidades do mundo inteiro e os códigos de ética entraram em observação e refizeram seus entendimentos.

Durante muito tempo tinha-se como base as sugestões da "Definição do coma irreversível", de 1968, do Comitê da Escola de Medicina de Harvard, que enfatizava os sinais clínicos, ausência da circulação (através dos vasos retinianos), a falta de atividade cardíaca, como sinais certos de coma; porém, avançou-se muito mais.

A Holanda, o Massachusetts General Hospital, o resto do mundo já possuem os seus conceitos; assim, o Brasil não poderia deixar de fazê-lo, e o fez através do Conselho Federal de Medicina.

Queremos chamar a atenção para o ordenamento do nosso Código de Ética no que tange aos Princípios Fundamentais, em seu artigo 6º: "O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade"

(Código de Ética Médica, Resolução CFM No 1246/88; Art. 6. p.15).

Ainda no Capítulo IV sobre "Relação com pacientes e familiares", o artigo 66 assim se expressa: "*Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal*". No mesmo capítulo vamos ler no Art. 56: "Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnosticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida" (Como podemos observar, há ditames que não se irmanam mesmo com a resolução CFM N° 1.346/91, em seu número 4: "Constatada a parada total e irreversível das funções encefálicas do paciente, o médico, imediatamente, deverá comunicar tal fato aos seus responsáveis legais, antes de adotar qualquer medida adicional". Fica, assim, o médico, tolhido de executar qualquer medida, pois que o Código que é de 1988 tem proposições claras em sentido controverso.

Grifamos, propositadamente, a frase do Art. 66 "*utilizar em qualquer caso*", pois que, da mesma maneira, é um dispositivo claro em relação ao comportamento - médico, paciente, familiares.

Há necessidade de revisão urgente de todos esses procedimentos médicos e jurídicos para que se coadunem em orientação profícua e eficaz para médicos, para orientação didática aos estudantes de medicina e conhecimento convincente da comunidade.

Importante a observação de Veatch: "os problemas de *Medicinae* das ciências biológicas têm explodido nos últimos anos, de modo exponencial, na consciência pública".

Os princípios da autonomia, da beneficência e da justiça também devem ser considerados a partir de suas origens, ou seja, o direito do paciente no cumprimento

de sua vontade. Em relação à beneficência, caracterizada pelo atendimento ao doente observando o tratamento indispensável em sua conjuntura multidisciplinar com o especial cuidado de não provocar males quaisquer - "*Primum non nocere*". Finalmente à obediência ao terceiro princípio, da justiça, no qual se inserem de modo especial, alguns valores postulados pela bioética, quais sejam, o envolvimento dos aspectos nem só da medicina, mas, das Instituições, dos familiares, da sociedade que envolvem o delicado momento de tão grave decisão.

ASPECTOS RELIGIOSOS

As religiões adotam, hoje, posições mais consentâneas com a realidade, novos meios de diagnósticos e prognósticos, com o avanço da tecnologia.

"A Diocese Católica de Providence (Rhode Island) autorizou a suspensão da alimentação artificial de uma paciente, em coma, há dois anos, provocando a indignação de um teólogo". (Bizatto, 1990).

A Conferência dos Bispos dos Estados Unidos, em 1971, aprovou a seguinte declaração:

"Deixar de aplicar os recursos ordinários para manter a vida equivale a praticar a eutanásia.

Todavia, nem o médico, nem o paciente estão obrigados a empregar recursos extraordinários".

O Rabino Eliahu Valt condena a eutanásia obedecendo a lei judaica.

É importante lembrarmos o que já pontificava Sua Santidade, o Papa Pio XII: "é de incumbência do médico tomar todas as medidas ordinárias destinadas a restaurar a consciência e outros fenômenos vitais, e, empregar medidas extraordinárias quando estas se acham ao seu alcance. Não tem, entretanto, a obrigação de continuar de forma indefinida o uso de

medidas em casos irreversíveis. Chega o momento, quando todos os esforços de ressuscitação devem suspender-se, e, não nos opormos à morte".

"Embora reafirmando a condenação da eutanásia como forma de homicídio, o documento aprovado pelo Papa João Paulo II e divulgado pelo Vaticano, pela Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, autoriza o ser humano a "diante de uma morte inevitável, renunciar a alguns tratamentos que procurariam unicamente uma prolongação precária e penosa da existência, sem interromper, porém, as curas normais devidas ao enfermo em casos similares".

Grande é, portanto, a problemática científica, religiosa, bioética, sócio-econômica, política.

No contexto econômico, preocupa demasiadamente o quanto é dispendiosa a manutenção de um paciente, quer internado em unidade de tratamento intensivo, ou, até mesmo, em leito comum de hospital particular.

A tecnologia moderna requer aparelhagem sofisticada, exigindo do paciente e seus familiares vultosas contribuições, as mais das vezes obrigando-os a sacrificarem bens particulares para saldar compromissos e exigências advindos de acompanhamentos de paciente em fase terminal.

Por outro lado, sabemos que o Estado também é responsável pela vida dos cidadãos, amparando-os em suas necessidades materiais, quando possível, mas, sobretudo, em relação à saúde, ao *modus vivendi* e à proteção jurídica. Teoricamente, excelente afirmativa. Onde a praticabilidade? Perguntaria: em unidade de tratamento intensivo, quando somente cinco leitos existem e neles os pacientes terminais, chega alguém com possibilidade de sobrevivência, a quem preferir, desligar a aparelhagem para ceder o lugar ao recém chegado, nestas condições?

Nos países onde as leis existem, mas, não são cumpridas, não há quem as cobre e nem quem as faça cumprir, quem vai se interessar pela população mesmo de classe média? Infelizmente, o que observamos, é que até do próprio médico é exigida a célebre garantia econômica ao dar entrada em qualquer hospital, mesmo naquele em que ele milita, às vezes, diuturnamente! Na atualidade, raro é o facultativo que não tem seu "plano de saúde". Quanto às Instituições Federais, Estaduais, Municipais ou o que mais for, longe estão de prestarem auxílio correto, completo e imediato aos seus associados.

A indigência arrasta-se, perambula, de hospital em hospital, esmolando um leito para tratamento da saúde, que se constitui em um bem que é dever precípua do Estado conceder.

HOSPICES

Hospices é um termo utilizado para designar "um programa médico multidisciplinar que oferece cuidados especializados para pacientes terminais e suas famílias, a fim de viverem o melhor possível até o momento da morte. Ajuda no alívio de sintomas e visa conforto durante o processo global do sofrimento (físico, psicológico, espiritual, social e econômico) que sobrevem no curso da doença, morte e luto".

A idéia dos *hospices* é originária de Saunders, médica britânica que se baseou nos hospícios da Idade Média, quando utilizava a palavra *hospes*, de origem latina, cujo significado é hóspede, convidado.

Para Saunders o *hospice* protege, ameniza, aconselha ao que ela chama de sofrimento total, ou seja, o físico, psíquico, espiritual e social. A tradução da palavra seria hospital-lar.

"O movimento dos *hospices* (o vocábulo é utilizado em inglês para não confundir com "hospício" em português) na Grã-Bretanha já conta com 100 instituições que mantêm mais de 2.300 leitos. Dos 140.000 britânicos que morrem de câncer por ano, 40.000 se encontram em um *hospice* ou recebem cuidados em casa, atendidos por 400 enfermeiras especializadas".⁽²⁰⁾

Saunders acredita não haver razão para indicação da eutanásia, uma vez que, se o paciente tiver proteção contra a dor, proteção psicológica quanto ao encarar a morte, já que esta faz parte integrante da natureza humana, proteção social pelo envolvimento da família e dos demais que ali convivem, não há porque a solicitação do doente para que lhe abrevie a hora fatal.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Segue a eutanásia, como já referimos, talvez o mais discutido tema médico com o envolvimento global em todas as esferas do conhecimento humano.

As leis não se definiram ainda com posicionamentos convincentes e conclusivos, através da história, mesmo naqueles países onde se aceita, pelos médicos e pela comunidade - a eutanásia.

As opiniões de juristas, médicos, filósofos, teólogos, e psicólogos divergem entre si. Freud sempre "marcou data" de sua morte; esta se daria aos 40, aos 51, aos 67, aos 81 anos e falou desta sua preocupação em várias cartas a diversos amigos, em oportunidades distintas. Quando, entretanto, foi-lhe diagnosticado câncer da boca, um de seus médicos, Deutsch, ficou angustiado em lhe dizer o diagnóstico, imaginando poder Freud suicidar-se por haver este lhe comunicado que preferiria desaparecer do mundo com decência a morrer em sofrimento".⁽¹¹⁾

Aplicar a eutanásia é um procedimento e um comprometimento profundo que exige vasta reflexão.

Não é comportamento médico que se execute em determinado espaço de tempo. Há necessidade premente de escutar todos os setores envolvidos; se houver interessados familiares na herança, que perigo de decisão! Cabe ao médico ou aos médicos que acompanham a fase terminal do paciente, o aconselhamento.

A isenção da pena para o médico, a fim de que não seja enquadrado nos artigos e incisos dos Códigos Penal e Civil atuais é necessária; não pudemos, entretanto, ainda, opinar seguramente sobre o assunto, pois, não o conhecemos com profundidade por falta e negligência dos legisladores no que se refere à parte específica das nossas leis maiores.

Urge, assim, que as legislações se definam, orientem-se os códigos de ética, pensem e meditem os médicos, auscultem-se os componentes da sociedade para posicionamento tão sério, tão grave, tão discutido e discutível, qual seja a eutanásia.

ABSTRACT: The author deals with the anthropological concept of euthanasia, recalling the physicians' little knowledge till the XVI century and the confidence slowly reached by them as time went on. Legal documents in Brazil and all over the world are commented including a specific determination about the subject from the CFM (Federal Council of Medicine). The conflicting laws concernig euthanasia, the new Medical Ethical Codex and the Hospices program are also mentioned and duly discussed.

Key Word: Euthanasia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARIÈS, P. *Historia da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.
2. BIZATTO, J.I. *Eutanásia e responsabilidade médica*. São Paulo, Sagra, 1990.
3. DALMATO, C. *Código penal brasileiro-comentado*. São Paulo, Saraiva, 1980.
4. DALMATO, C. *Código penal profissional*. São Paulo, Saraiva, 1980.
5. JESUS, D.E. *Direito penal*. São Paulo, Saraiva, s.d. v.2.
6. OLIVEIRA, J. *Código penal brasileiro*. São Paulo, Saraiva, 1985.
7. PEIXOTO, A. *Medicina legal*. 5.ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1938.
8. PESSINI, L. *Eutanásia e América Latina*. Aparecida, Ed. Santuário, 1990.
9. RODRIGUES, P.D. *Eutanásia*.
10. WARTHIN, A.S. *The physician of the dance death*.
11. ZAIHAFAT, S. *Morte e formação médica*. S.L.p., S.C.p., 1990.
12. BIOLOGIE, médecine et éthique. Paris.
13. CÓDIGO Civil Brasileiro. 1916
14. CÓDIGO Criminal. Brasil. 1890
15. CÓDIGO de ética médica. 1988
16. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resoluções*. Brasília, CFM, s.d.
17. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Ética médica*. Brasília, CFM, 1988.
18. ENCÍCLICAS dos Papas Pio XII a João Paulo II.
19. ENCYCLOPEDIA Of Bioethics. New York, Free Press, 1978.
20. SULLIVAN, S. The hospice alternative. *Newsweek*, 14 mar.1988.