

# DIREITO À MORTE DIGNA NA INGLATERRA

## CASO LILIAN BOYES



*Adriana Maluf*

## **I-Introdução**

A definição do conceito de vida é um dos temas mais espinhosos da bioética. Assim, é difícil determinar o conceito de vida bem como o momento em que ela começa e o momento em que ela termina.

Nesse sentido, se faz imperativo o estudo da essência do ser humano, desde seus estados iniciais de preembrião, até o estudo da terminalidade da vida e suas considerações e desdobramentos à luz da bioética e do biodireito.

O conceito de morte, observa inúmeras definições, seja do ponto de vista clínico, oriundas de prescrições objetivas de parâmetros preestabelecidos pelas ciências médicas; do ponto de vista filosófico, a morte observa considerações sobre a essência do ser humano, sua qualidade de vida; do ponto de vista social e jurídico, onde destaca-se preponderantemente a dignidade do ser humano, em face de sua natureza racional e preferências valorativas.

## **II – Desenvolvimento do tema**

### **1. O evento morte**

O ser humano em todas as suas fases de existência, desde o inicio da sua vida até o momento de sua morte, é detentor de direitos intrinsecos à sua personalidade e deve ter a sua dignidade respeitada.

Essa dignidade está intimamente relacionada com o conceito de pessoa, com o seu valor axiológico, tendo em vista sua essência humana.<sup>1</sup>

A morte, vista sob uma ótica filosófica, é o antônimo da vida, mas também é aquilo que faz parte da vida, e que por mais paradoxal que pareça “ faz com que a vida possa ser

---

<sup>1</sup> LEPARGNEUR, Hubert – A Dignidade humana, fundamento da bioética e seu impacto para a eutanásia. In. PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de ( Org.) – Fundamentos da bioética, p. 178.

melhor. Como aduz José Renato Nalini, “ encontro de convite irrecusável, a morte continua a ser um problema insolúvel, seu sentido é outrossim, dar sentido à vida”.<sup>2</sup>

Assim, visto sob o prisma do naturalismo, base da cultura ocidental, também a morte observa um caminho natural, e nesse sentido, aquilo que obsta o desenvolvimento da natureza das coisas, é tido por antinatural, ou mau. Deve-se portanto, lutar nesse processo de terminalidade, sair da vida com dignidade.<sup>3</sup>

Durante muitos anos, como leciona Reinaldo Ayer de Oliveira “ a morte foi considerada uma ocorrência caracterizada pela interrupção total das atividades vitais, notadamente pela parada do coração, ou pela ocorrência de uma lesão irreversível do tronco cerebral e do córtex cerebral por injúria direta ou falta de oxigenação, por tempo em geral superior a cinco minutos em adulto em normotermia – estamos diante da morte encefálica”.

Com o advento dos transplantes, introduziu-se um novo conceito de morte – a da morte encefálica -, posto que há a retirada do coração “ainda batendo” do indivíduo, clinicamente morto, para a disposição dos órgãos e tecidos do seu corpo; tem seus parâmetros estabelecidos pela Resolução n. 1480 do CFM, inspirado no protocolo de Harvard.

Percebe-se assim, que a morte pode ser entendida como um processo, uma seqüência de eventos, “ e passou a situar-se como polo de um processo de terminalidade”.

Com o desenvolvimento das ciências, da tecnologia, que culminou com a introdução de sofisticados equipamentos voltados para a recuperação e preservação de determinadas funções vitais, possibilitou-se uma verdadeira revolução no atendimento aos pacientes graves, concorrendo assim para a alteração conceitual do momento da morte.<sup>4</sup>

Repousa a dignidade humana na noção de autonomia, tão valorizada em todos os momentos da prática médica, experimental, científica, cirúrgica, e que se vê nos derradeiros sopros de vida muitas vezes diminuída ou mesmo apagada, impossibilitada de se manifestar.

---

<sup>2</sup> NALINI. José Renato – Reflexões jurídico filosóficos sobre a morte, São Paulo:Editora Revista dos Tribunais, 2011, p. 15.

<sup>3</sup> GRACIA, Diego – Pensar a bioética, metas e desafios,São Paulo:São Camilo/Loyola, 2010, p.433.

<sup>4</sup> OLIVEIRA,Reinaldo Ayer de – Terminalidade da vida- dignidade da pessoa humana. In.Dignidade humana, p.245 e 246

Nesse momento, quem vai falar mais alto? Quem vai gritar por amparo, por respeito? Por ajuda? É a dignidade, a essência humana, a alteridade.

Poderia a mídia sobrepor-se à conduta médica? Poderia o paciente direito à autonomia da vontade em se tratando do estabelecimento do momento de sua própria morte? Ao lado do direito de viver não estaria o de morrer com dignidade? Por que se deve preservar a vida de um paciente terminal além dos limites de sua natureza?

Para Lepargneur a proximidade da morte não significa a negação da vida- com todos os seus desdobramentos, ,mas sim a interrupção paulatina da existência à qual a doença vem retirar toda a dignidade, onde num fervoroso debate bioético discute-se se o prolongamento artificial de uma vida “vegetativa”.<sup>5</sup>

O “ morrer com dignidade” suscita inúmeras questões ético jurídicas diante dos avanços da medicina, da biotecnologia, as quais tem provocado uma mutação cultural, tendo em vista a pluralidade de conceitos e preferências valorativas que a sociedade conhece.

Assim, “a conduta moralmente aceita, e entendida como eticamente correta, não encontra um suporte efetivo no ordenamento jurídico, em decorrência da enorme distância que separa o ambiente científico do jurídico”. A lei vem assim, apenas regular, ajustar o resultado da prática social já consagrada, adaptada ao momento histórico vigente.<sup>6</sup>

Primaz se faz a análise desse tema tão difícil e polêmico à luz das leis de bioética valorizando a autonomia, a beneficência e a justiça, devendo prevalecer o bom senso para a preservação da dignidade humana.<sup>7</sup>

Para Reinaldo Ayer de Oliveira tem havido uma dificuldade de entender o fenômeno da morte em suas diversas manifestações, especialmente quando se reconhece o doente como em sua fase de terminalidade, gerando um grande embate na sociedade, seja ela científica ou não.

---

<sup>5</sup> LEPARGNEUR,Hubert – A Dignidade humana, fundamento da bioética e seu impacto para a eutanásia. In. PESSINI,Leo; BARCHIFONTAINE,Christian de Paul de ( Org.) – Fundamentos da bioética, p. 182 e ss.

<sup>6</sup> ALMEIDA, Antonio Jackson Thomazella de – A ortotanásia e a lacuna legislativa. In. AZEVEDO, Álvaro Villaça, LIGIERA, Wilson ( Coord) – Direitos do paciente, São Paulo: Saraiva, 2012, p.447.

<sup>7</sup> DINIZ,Maria Helena – O Estado atual do biodireito, p.372.

Muitos casos práticos geraram verdadeiras polêmicas midiáticas , como o conhecido caso Terri Schiavo, ou o caso Karen Ann Quinlan, nos EUA e os casos Lilian Boyes e Diane Pretty no Reino Unido, entre muitos outros.<sup>8</sup>

Tendo em vista a problemática que suscitam casos como estes, passou a discutir-se a viabilidade de se elaborar um documento denominado Living will, também conhecido por testamento vital, ou diretivas antecipativas da vontade, onde o paciente externa o seu desejo, especificando sua vontade de receber ou não este ou aquele tratamento em face da manutenção de sua própria vida, no caso de não poder mais manifestar sua vontade.

Tal como ocorre na sucessão testamentária, o testamento vital é um ato pessoal, unilateral e revogável a qualquer tempo, através do qual a pessoa, necessariamente capaz no momento em que realiza o ato, expressa claramente a sua vontade.

Aponta-se como seu fundamento legal o direito à intimidade, onde o conceito de autonomia passa a ser interpretado com direito moral ou legal, como dever ou princípio.

A grande importância dada a autodeterminação minimiza as obrigações médicas com respeito à beneficiência e renúncia ao próprio interesse.

O valor da sua capacidade de autonomia é inestimável para o paciente, pois integra o seu poder racional, expressa suas preferências valorativas – neste caso – em relação a si mesmo, para os momentos iniciais do seu processo de morte.

Difundido nos EUA e começando a despontar entre nós o testamento vital – ou diretivas antecipativas de vontade - é importante para elevar a autonomia do poder decisório do indivíduo, fazendo com que sua manifestação de vontade perdure, atravessando todo os processos vitais e de morte do paciente.<sup>9</sup>

No modelo brasileiro, foi aprovada pelo CFM a Resolução n. 1995/12, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, tendo em vista a necessidade de

---

<sup>8</sup> OLIVEIRA,Reinaldo Ayer de – Terminalidade da vida – dignidade da pessoa humana.In. MIGLIORE, Alfredo;SCALQUETTE, Ana Claudia; LIMA, Cintia Rosa Pereira de; BERGSTEIN, Gilberto ( Coord)- Dignidade da vida humana, São Paulo:LTR,2010,p.250 e 251.

<sup>9</sup> BERGSTEIN,Gilberto – Ortonásia – dignidade para morrer. In. MIGLIORE, Alfredo;SCALQUETTE, Ana Claudia; LIMA, Cintia Rosa Pereira de; BERGSTEIN, Gilberto ( Coord)- Dignidade da vida humana, São Paulo:LTR,2010,p.264 e 265.

disciplinar a conduta do médico em face das mesmas, tendo em vista o grande desenvolvimento biotecnológico que as práticas médicas vem conhecendo na atualidade.

Outorga a presente Resolução, grande autonomia à vontade individual do paciente, ou de seu representante legal, sendo que, à luz de seu art. 2º, § 3º “As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares”; e § 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

Tal como dispõe seu § 5º “Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente”.

Além disso, é importante a constituição de Comitês de Ética para definir as questões relacionadas com o estado de morte cerebral.

Para Reinaldo Ayer de Oliveira “ a ocorrência de casos desse tipo nos levam a compreender que em medicina não se pode fazer uma separação tão pontual entre o que é vida e o que é morte. É preciso entender que se trata de um processo, através do qual, para conceituarmos a vida é preciso levar em conta a integridade das células, a integridade do indivíduo que permite que ele se relate com o seu meio, qualificando sua vida”<sup>10</sup>

No Estado de São Paulo, temos a Lei n.10.241/99 que dispõe expressamente sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde, e permite ao paciente recusar tratamentos extravagantes ou dolorosos de manutenção de vida, tal como dispõe o art.5º,III da CF.

## **2. O direito à autonomia pessoa no Código de Ética Médica**

O Código de Ética Médica em vigor permite ao paciente uma maior autonomia na tomada de decisões atinentes à expressão de sua vontade em relação ao tratamento a ser-lhe administrado, tal como demonstram os princípios fundamentais elencados no Capítulo I, inciso XXI “ no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus

---

<sup>10</sup> OLIVEIRA,Reinaldo Ayer de – Terminalidade da vida – dignidade da pessoa humana.In. MIGLIORE, Alfredo;SCALQUETTE, Ana Claudia; LIMA, Cintia Rosa Pereira de; BERGSTEIN, Gilberto ( Coord)-Dignidade da vida humana, São Paulo:LTR,2010, p.250 e 251.

ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas; XXII “ nas situações clinicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.

Estão também elencados no Capítulo IV, art.22 “ deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”; art. 24 “ deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”; art. 36 “ abandonar paciente sob seus cuidados § 2º salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por este ser portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos”; art. 41 “ abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”.

Nota-se assim, uma grande mudança de paradigma do novo Código de ética Médica no que tange à manifestação da autonomia da vontade e da liberdade de escolha do paciente, à própria relação médico-paciente, que se demonstra num viés mais humanitário, compartilhando as decisões clinicas com os pacientes e seus familiares.

### **3. A terminalidade da vida**

O tema da terminalidade da vida é polêmico, e de extrema relevância social, jurídica e política, “dado o número de casos concretos são levados à apreciação midiática e ao judiciário na busca de um posicionamento jurídico que supere a lacuna legal existente e torne clara a relação entre a prática do ato e sua legitimidade, garantindo uma padronização de condutas éticas, morais e jurídicas, em relação aos casos que se apresentam na prática médica cotidiana”.

Somente“ a positivação da norma deverá garantir a legalidade da conduta perante a sociedade, a segurança do profissional de saúde para a prática do ato e principalmente o direito do paciente em tomar sua decisão frente ao processo de terminalidade da vida, garantindo assim a higidez de sua dignidade com a garantia de que não sofrerá

intervenções médicas comprovadamente desnecessárias e inócuas que contrariem sua última vontade”; ou nem mesmo o seu destino, como acreditamos,<sup>11</sup>

Diversos conceitos vem esclarecer essa relação axiológica que se estabelece em alguns momentos situados entre a vida e a morte.

Inicialmente pensamos em esclarecer a ocorrência de três conceitos basilares que envolvem o momento da morte: a doença terminal, o coma e o estado vegetativo.

A doença dita em **estado terminal**, é aquela cujo estágio não apresenta mais possibilidade de cura, evoluindo para a insuficiência dos órgãos e iminência de morte. Em geral, relacionado com doença crônica, também pode ocorrer em situações agudas e subagudas. Ao sujeito que se encontra nesse estado denominamos **paciente terminal**, sendo a eles dirigidos cuidados que melhorem a qualidade de vida, como alívio da dor e tratamento da depressão, chamados de paliativos, por não serem curativos. Um paciente terminal não tem cientificamente chances de sobreviver, sendo pois iminente a sua morte. As doenças terminais se diferem entre si, sendo algumas causadoras de dores e outras características por causarem o estado vegetativo ou o coma.<sup>12</sup>

Já o **coma**, é o estado no qual uma pessoa ou animal perde completa ou parcialmente a consciência, não tem reações cerebrais cognitivas espontâneas, ou reage pouco ou nada a estímulos externos. Ocorre um rebaixamento do nível da consciência do paciente por várias causas. A identificação da causa geradora do estado de coma permite ao profissional médico a elaboração do prognóstico do paciente. Apresenta graus. Num coma profundo, onde o paciente necessita de um respirador, podem aparecer mais frequentemente complicações.

É causado pela perturbação grave do funcionamento cerebral devido a traumas crânio-encefálicos, acidentes vasculares cerebrais; presença de tumores cerebrais; ocorrência de distúrbios metabólicos (diabetes mellitus, o hipotireoidismo, a insuficiência hepática seja pelo acúmulo de substâncias que impedem o correto funcionamento cerebral, como alguns aminoácidos e amônia, pelo desequilíbrio do metabolismo do hidrogênio

---

<sup>11</sup> ALMEIDA, Antonio Jackson Thomazella de – A ortotanásia e a lacuna legislativa. In. AZEVEDO, Álvaro Villaça, LIGIERA, Wilson ( Coord) – Direitos do paciente, p.448 e 467 e 468.

<sup>12</sup> BARROS Jr., Edmilson de Almeida – Código de Ética Médica comentado e interpretado, p.178

sanguíneo, causando alteração de pH ou pelas disfunções orgânicas causadas por estas doenças, que levam à hipoventilação, hipotermia, hipotensão e bradicardia); ocorrência de envenenamento ou asfixia.<sup>13</sup>

O **estado vegetativo persistente**, por sua vez é aquele em que permanece somente a parte automática de funcionamento cerebral, ou seja, permanecem algumas reações de básicas de reflexo, como sucção, ou reação de acompanhamento do olhar, que acontecem de maneira automática. No estado vegetativo persistente, a pessoa não tem mais função voluntária. Teoricamente, não existe melhora do paciente em estado vegetativo. Tampouco existe qualquer contato com o mundo exterior, embora permaneça o reflexo ao estímulo, e não se possa afirmar que esse paciente sinta o reflexo da dor.<sup>14</sup>

Quando tal perda cognitiva dura para mais de alguns semanas, essa condição se transforma em um estado vegetativo persistente, podendo o paciente sobreviver por muito tempo, se adequadamente alimentado e cuidado. Há um condicionamento automático para tanto, e muitas vezes o paciente nem precisa de um respirador artificial. Assim, a possibilidade de se adquirir qualquer infecção diminui muito.<sup>15</sup>

“As chances de o paciente recuperar a consciência depois de ser vegetativo durante três meses são muito pequenas. A literatura médica conhece casos esporádicos de recuperação, mas tratam-se de exceções raras, os quais podem estar representados por pacientes que não entraram logo em coma logo após o dano causado. Indicam, todavia que no prazo de seis meses pode-se predizer o nível de inaptidão embora não se possa

---

<sup>13</sup> Essa alteração da consciência é medida pela escala de Glasgow em que o médico avalia as respostas oculares verbais e motoras. Varia de 3 a 15, partindo do estado normal ao coma profundo. Avalia-se a resposta pupilar, os movimentos oculares, a resposta a estímulos externos e a resposta à dor. É causado por uma encefalopatia isquêmica/anoxica; pode ser derivada da excessiva ingestão de drogas e álcool, ou por déficit vitamínico. RIBEIRO, Carlos Henrique – Abordagem inicial do paciente em coma. IX Curso de atualização de condutas em quadros emergenciais. <http://www.smcrj.org.br> < acesso em 11.04.12>

<sup>14</sup> Jennet B. The vegetative State: medical facts, ethical and legal dilemmas. New Engl J Med. 2002; 347: 1386-7.

<sup>15</sup> Tal como lecionam os neurologistas chilenos Patrício Mellado e Catherine Volaric “uma duração maior de 12 meses em lesão traumática e de 3 meses em lesão não traumática, produzem o estado vegetativo permanente. Ressaltam que essa definição tem um caráter prognóstico devido à baixa possibilidade de recuperação depois desse prazo”. Exames complementares como ressonância magnética ou tomografia computadorizada são indicados para se comprovar o dano cerebral. MELLADO, Patrício; VOLARIC, Catherine – Estados de mínima consciência. In. Cuadernos de Neurologia, vol XXVII, 2003, Pontifícia Universidade Católica del Chile.

afirmar com certeza o grau de dano cerebral. Então, um critério conservador para a diagnose do estado vegetativo persistente, seria observar a evolução do quadro durante pelo menos 12 meses embora a recuperação cognitiva depois de seis meses seja rara em pacientes com mais de 50 anos”.

O fator mais importante no prognóstico dos pacientes em estado vegetativo persistente é a extensão do dano primário e a idade do paciente ( pacientes mais jovens – abaixo de 40 anos, tem melhor prognóstico).<sup>16</sup>

Nesse sentido, temos que o risco de erro de prognóstico concernente à recuperação do paciente é pequeno. A determinação médica de que um paciente apresenta o quadro de recuperação improvável da consciência representa o inicio das deliberações sobre retirar ou não os meios de sustentação da vida vegetativa.

Assim, “ o aspecto mais relevante da terapia com pacientes em estado vegetativo é a não medicamentosa em decorrência da alta freqüência de complicações médicas que apresentam, mesmo porque não existem drogas eficazes para seu tratamento no mercado. Assim, a nutrição adequada, a prevenção e o tratamento de complicações infecciosas podem melhorar a qualidade de vida do enfermo”. Salientam-se nesses casos os cuidados paliativos.

Muitas vezes essa iniciativa parte dos familiares tendo em vista o sofrimento do paciente, da própria família em virtude do prognostico desfavorável. Uma vez que a questão da manutenção ou da retirada de apoio da vida foi levantada, suas dimensões legais e éticas devem ser consideradas.<sup>17</sup>

#### **4. principais práticas na terminalidade da vida**

---

<sup>16</sup> MELLADO, Patrício; VOLARIC, Catherine – Estados de mínima consciência. In. Cuadernos de Neurología, vol XXVII, 2003. Pontificia Universidad Católica del Chile.

<sup>17</sup> <http://www.dhnet.org.br>; VILLACURA, Jorge – Estado Vegetativo Persistente. In. Cuaderno de temas de neurología para pacientes de habla hispánica. In. [http://jorgevillacura.com/2006/05/estado\\_vegetati.htm](http://jorgevillacura.com/2006/05/estado_vegetati.htm) < acesso 11.04.12>

O primeiro deles é o conceito de **suicídio assistido**, hipótese em que a morte advém do ato praticado pelo próprio paciente, orientado ou auxiliado por terceiros ou pelo médico (em alguns países como a Suíça ou a Holanda, constitui uma prática institucionalizada. No Brasil tal prática é tipificada no art. 122 do CP).<sup>18</sup>

Na Suíça, é conhecida a Clinica de Morte Dignitas (assisted dying organisation), uma ONG fundada em 1998 pelo advogado suíço Ludwig A Minelli, que presta o “serviço” de facilitar e assistir o suicídio de pacientes ditos terminais que desejam tirar a própria vida, orientados por médicos especializados e enfermeiras bem-treinadas.<sup>19</sup>

Para esses casos é necessária a assinatura do consentimento informado, que permanece arquivado na clinica no caso de eventual instauração de processo legal.

Severa critica, no entanto, é feita ao processo pois este induz ao “turismo do suicídio”, como no midiático caso que envolveu um casal de ingleses que ali ingressou para juntos tomar a dose letal que lhes tiraria a vida em 2009. Ela padecia de câncer terminal, mas ele não.<sup>20</sup>

A eutanásia representa atualmente uma complicada questão de bioética e biodireito, pois enquanto o Estado tem como princípio a proteção da vida dos seus cidadãos, existem aqueles que, devido ao seu estado precário de saúde, desejam dar um fim ao seu sofrimento antecipando sua morte.

Representa um assunto controverso, de plurimas interpretações, coexistindo nesse sentido diversas teorias, mutáveis com o tempo histórico e a consequente evolução da sociedade, tendo sempre em conta o valor da vida humana. Existem dois tipos de eutanásia: a ativa e a passiva.

A **eutanásia ativa ou benemortasia** (ego – eu/bom e thanatos – morte), é aquela, através da qual, por motivo de piedade há a deliberação de antecipar a morte de um doente

---

<sup>18</sup> DINIZ,Maria Helena – O Estado atual do biodireito, 6.ed., São Paulo:Saraiva, 2009,p.373 e 374

<sup>19</sup> A “Clinica” está situada na cidade de Zurique e, dispõe da legislação local a seu favor, o que atrai pacientes do mundo todo, sobretudo egressos de locais onde tal prática é proibida. Os interessados devem passar por diversas avaliações médicas e reunir testemunhas que atestem o seu estado e avalizem o interesse do paciente.Fonte: Dignitas ( assisted dying organisation) <http://en.wikipedia.org/wiki> < acesso em 05.04.12>; MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus – Curso de bioética e biodireito,3.ed., São Paulo: Gen/Atlas, 2015, p.442 e 443

<sup>20</sup> MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus – Curso de bioética e biodireito, p.443

terminal ou irreversível, a pedido seu ou de seus familiares, ante a insuportabilidade de seu sofrimento ou impossibilidade de cura de sua moléstia, empregando-se em regra o uso de medicamentos para tanto, por serem estes um veiculo indolor de dar cabo da vida.

O principio socrático da qualidade de vida vem sendo empregado para justificar a eutanásia. Essa prática é regulamentada em diversos países como na Holanda, na Bélgica e na Inglaterra, em alguns estados americanos, e na China. É entretanto vetada na lei brasileira pelo Código Penal em seu art. 122 sendo previsto o beneficio de redução de 1/3 a 1/6 da pena se o ato for cometido por relevante valor social e pelo Código de Ética Médica).<sup>21</sup>

Questiona-se se seria a eutanásia uma modalidade de homicídio humanitário. Para Leo Pessini deve-se analisar qual o verdadeiro motivo daquele que pede para morrer. “ Na base de muitas solicitações de eutanásia existe muita solidão, abandono. O que a pessoa realmente necessita é assistência, tratamento especializado, espiritualidade, amor”.

Embora no Brasil a eutanásia seja considerada crime, existe um Projeto de Lei n. 125/96 tramitando no Congresso Nacional que visa definir os critérios para a sua legalização – a da “boa morte”. Esse projeto prevê a possibilidade de pacientes com intenso sofrimento físico e/ou psíquico solicitar procedimentos que visem a sua própria morte, e no caso da impossibilidade de manifestação judicial poderá ser requerida esta mediante autorização judicial. É válido ressaltar que se não houver terminalidade e irreversibilidade do quadro clínico do paciente em questão afasta-se a hipótese de eutanásia.<sup>22</sup>

A **eutanásia passiva ou ortotanásia ou paraeutanásia**, ( orthós – certo/correto – thanatos – morte) que pode ser conceituada como a ajuda dada pelo médico ao processo natural da morte, numa justificativa do morrer com dignidade, fundada em razões humanitárias.

Na prática configura-se como a prática omissiva, ou seja, a suspensão do tratamento, dos medicamentos, ou mesmo de deixar de utilizar os meios artificiais de prolongamento

---

<sup>21</sup> PESSINI, LEO – Bioética um grito por dignidade de viver, 3.ed.,São Paulo:Paulinas/São Camilo, 2008, p.176 e 177; FRANÇA, Genival Veloso de – Direito Médico, p.472; MALUF, Adriana caldas do Rego Freitas Dabus Curso de bioética e biodireito, p.443 e 444

<sup>22</sup> BARROS Jr., Edmilson de Almeida – Código de Ética Médica comentado e interpretado, p.101.

da vida, em face de um paciente em coma irreversível, por ser intolerável o prolongamento de uma vida vegetativa em todos os seus aspectos.

É o ato de deixar morrer, pelos meios naturais, em seu tempo certo, o paciente irrecuperável. ( Não corresponde a crime previsto na lei penal brasileira), permite ao doente que se encontra diante da morte enfrentá-la com naturalidade.<sup>23</sup>

Para Gilberto Bergstein comprehende-se aqui o não emprego de toda a tecnologia existente no mercado – extensivo ao uso de equipamentos, máquinas ou introdução/manutenção de terapia medicamentosa, que levariam ao prolongamento desnecessário de uma sobrevida em sofrimento. Mantém-se entretanto, os tratamentos de natureza paliativa, “que devem ser instaurados para tornar o processo de morte o mais digno possível”.<sup>24</sup>

Pode entretanto, ser considerada como uma forma de omissão de socorro, prevista no art. 135 do Código Penal, que prevê “ deixar de prestar assistência... ou a pessoa inválida ou ferida...considerando como inválida a pessoa que não tenha possibilidade de defesa, por velhice ou doença. Caracteriza-se o aumento da pena, se da omissão advier morte”.<sup>25</sup>

Para Celso Delmanto, a ortotanásia não configura crime de homicídio, posto que não há a intenção de matar, o ânus necândi, mas sim o de abreviar o sofrimento de um paciente cuja vida é mantida artificialmente, e nesta caso, **a morte deixaria de ser prolongada e não a vida que seria ameaçada.** Tão pouco entende que seja caracterizada a omissão de socorro qualificado pela morte, dada a ausência de dolo, pois inexiste a figura da negação de socorro a uma vitima necessitada, mas a tomada de decisões razoáveis a u paciente terminal cuja vida, como já visto, é mantida artificialmente por aparelhos.

Salienta ainda que é primaz “a alteração legislativa para disciplinar a questão”<sup>26</sup>, e nesse sentido entendemos que seja pacificada a conduta moral do homem e protegida a conduta profissional do médico e demais profissionais da área da saúde.

---

<sup>23</sup> PESSINI,Leo – Bioética – um grito por dignidade de viver,p.179

<sup>24</sup> BERGSTEIN,Gilberto – Ortotanásia – dignidade para morrer. In. Dignidade humana, p.259

<sup>25</sup> BARROS Jr., Edmilson de Almeida – Código de Ética Médica comentado e interpretado, São Paulo:Atlas, 2011, p. 59.

<sup>26</sup> DELMANTO, Celso – Código penal comentado, 7º ed., Rio de Janeiro:Renovar, 2007, p. 348.

Pensamos nesse sentido com José Renato Nalini “ deixar morrer é matar?”<sup>27</sup>, ou deve-se deixar que o paciente viva com dignidade todo o quantum vital que lhe foi destinado?

No momento tramita no Congresso Nacional o PL n. 6715/09 de reforma da Parte especial do Código Penal brasileiro que prevê a inclusão do texto no art 121, classificando a ortotanásia como causa de exclusão de ilicitude no homicídio, o que representa em nossa opinião um avanço frente aos direitos humanos do paciente terminal.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina em sua Resolução de n. 1805/06 aprovando o procedimento de ortotanásia em paciente terminal ou incurável, invocando o art. 5º,III da CF de que ninguém deve ser submetido à tortura, nem ao tratamento desumano ou degradante. (A Resolução foi suspensa nos autos da Ação Civil pública n. 2007.34.00.014809-3). Continua assim, a ortotanásia sem respaldo legal.

A **eutanásia social ou mistanásia**, frequente em países do terceiro mundo onde o sistema de saúde não alcança a necessidade da população, vindo a perecer a pessoa sem atendimento, nas filas e corredores de hospitais antes mesmo de se tornar paciente.<sup>28</sup>

Esta vai para além do contexto médico hospitalar e paira na morte provocada de formas lentas e sutis, por sistemas, estruturas e políticas de saúde, que não atendem às demandas da população.

Denominou-a morte prematura, fora de hora, oriunda do descaso, **anacrotanásia**. Aqui inclui ele as altas taxas de mortalidade infantil, a baixa expectativa de vida, a violência alarmante, a falta de medicina preventiva e de saúde pública organizada e eficiente.<sup>29</sup>

Na atualidade, com a medicalização da morte, um dos impasses criados na discussão sobre eutanásia e as alternativas é provocado pelo que se entende por saúde. Em lugar de entendê-la como a mera ausência de doença, propõe-se uma compreensão de saúde como bem-estar global da pessoa no plano físico, psíquico, social e espiritual.<sup>30</sup>

Em oposição a esses conceitos apresenta-se a **distanásia ou prolongamento artificial da vida** ( dys – dificuldade/prolongamento – thanatos – morte). Também conhecida por

---

<sup>27</sup> NALINI, José Renato - Reflexões jurídico filosóficas sobre a morte, p. 26.

<sup>28</sup> DINIZ,Maria Helena – O Estado atual do biodireito, p 389

<sup>29</sup> BARCHIFONTAINE,Christian de Paul – A dignidade no processo de morrer. In. BARCHIFONTAINE,Christian de Paul de;PESSINI,Leo ( Org.) – Bioética – alguns desafios, 2.ed.,São Paulo: São Camillo/Ed.Loyola, 2002, p.289 e 290.

<sup>30</sup> BARCHIFONTAINE,Christian de Paul – A dignidade no processo de morrer. In. Bioética – alguns desafios, p.292.

**obstinação terapêutica**, decorrente do desenvolvimento das ciências médicas, da tecnologia sofisticada, que faz prolongar-se a vida indefinidamente aumentando a dor do paciente e de seus amigos e familiares, desconsiderando outrrossim o natural processo de morte do paciente.

Assim, o questionamento bioético é outro: seria admissível o culto à vida a tal ponto que submete o paciente a uma parafernália tecnológica sem fim? Deve o médico empregar toda a tecnologia disponível para acrescentar uns dias, semanas ou meses a um paciente irrecuperável? tem a obrigação de manter de modo indefinido uma vida sem qualidade por meio de respiração artificial?

Pensamos que a obstinação terapêutica, é na realidade motivada pela incompreensão do processo de morte, que acaba acarretando intenso sofrimento ao paciente, a seus familiares, à equipe de saúde, e ainda “acaba onerando desnecessariamente e saúde pública e desviando recursos que deveriam estar sendo empregados na saúde preventiva”.

A prática da distanásia, muito comum nos hospitais hoje, mais agride do que cura, prolongando o sofrimento do paciente sem cura. Observar os limites e peculiaridades de cada caso é fundamental.<sup>31</sup>

Nesse sentido, temos que grandes pólos de tensão se estabelecem entre o paciente e seus familiares de um lado, e o corpo clínico de outro, mormente no que tange à dicotomia existente entre promover o alívio da dor por um lado e prolongar a vida de outro, entre a autonomia do médico em estabelecer a conduta terapêutica de um lado e a vontade do paciente de outro, fazendo surgir um estilo mais participativo nos tratamentos e cuidados envolvendo doentes terminais.

Deve-se ainda, para Leo Pessini, ponderar sobre os critérios de eficácia, benefício e onerosidade em matéria de tratamento de doentes terminais, tendo em vista que a aplicação de cada um deles terá um momento bem definido: quando se toma a decisão de iniciar um procedimento determinado tendo em vista a esperança de sua eficácia, quando se decide mantê-lo tendo em vista o sucesso de seu emprego e finalmente, quando toma-se a decisão de descontinuá-lo, seja por não se mostrar este mais eficaz, seja porque se findou a necessidade...<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> PESSINI,Leo – Bioética – um grito por dignidade de viver, p.178.

<sup>32</sup> PESSINI,Leo – Distanásia – até quando prolongar a vida?, São Paulo: Ed. Loyola/São Camilo, 2001, p.21 a 23.

Gera-se assim o conflito entre dois princípios bioéticos: o da autonomia e o da beneficência. Pode-se concluir assim que é fundamental a análise individual de cada caso estabelecendo-se o custo-benefício de cada terapia a ser em pregada, tendo em vista os princípios bioéticos.

Aventam-se pontos positivos e negativos em relação à terminalidade da vida. **Como argumentos à favor** da eutanásia, entende-se que esta seja um caminho para evitar a dor e o sofrimento dos pacientes em fase terminal ou sem qualidade de vida, um caminho consciente que reflete uma escolha informada, o término de uma vida em que, quem morre não perde o poder de ser ator e agente digno até ao fim.

Defende-se assim a autonomia pessoal do paciente, tendo em vista o direito à autodeterminação pessoal, direito à escolha pela sua vida e pelo momento da morte. Uma defesa que assume o interesse individual acima do da sociedade que, nas suas leis e códigos, visa proteger a vida. A eutanásia não defende a morte, mas a escolha pela mesma por parte de quem a concebe como melhor opção ou a única opção possível.

Na realidade, a dor, o sofrimento, a dependência, a exaustão do projeto de vida, levam as pessoas a desistirem de viver, e a pedir o alívio desses males.

Vida em minha concepção é inserção, e nesse sentido, a denominada qualidade de vida não pode ser transformada num demorado e penoso processo de morrer.<sup>33</sup>

Como argumentos **contrários à eutanásia**, temos as convicções religiosas, motivos éticos ou políticos e sociais. Do ponto de vista religioso a eutanásia é tida como uma usurpação do direito à vida humana, devendo ser um exclusivo reservado ao Senhor, ou seja, só Deus pode tirar a vida de alguém. Do ponto de vista jurídico, temos a sacralidade da vida humana, cânones constitucionais. Sob a perspectiva da ética médica, tendo em conta o juramento de Hipócrates, segundo o qual considera a vida como um dom sagrado, sobre a qual o médico não pode ser juiz da vida ou da morte de alguém, a eutanásia é considerada homicídio. Cabe assim ao médico, cumprindo o juramento Hipocrático, assistir o paciente, fornecendo-lhe todo e qualquer meio necessário à sua subsistência. Para além disto, pode-se verificar a existência de muitos casos em que os indivíduos estão desenganados pela Medicina tradicional e depois procurando alternativas conseguem curar-se; e mesmo a legislação penal que pune qualquer ato antinatural na extinção de

---

<sup>33</sup> MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus – Curso de bioética e biodireito, p.448 e 449

uma vida. Sendo quer o homicídio voluntário, o auxilio ao suicídio ou o homicídio mesmo que a pedido da vítima ou por "compaixão", punidos criminalmente.<sup>34</sup>

Qual seria então o sentido da morte digna no biodireito? Segundo Elizabeth Kubler-Ross “ morrer com dignidade significa ter permissão para morrer com seu caráter, com sua personalidade, com o seu estilo”.<sup>35</sup>

Assim, um doente em estado terminal tem sua integridade de ser humano respeitada quando “ é cuidado com tratamento adequado; receba cuidados contínuos e não seja abandonado quando seu quadro se torne irreversível; seja protagonista e não mero objeto, do processo de cuidados da saúde; tenha controle, na medida do possível, das decisões a respeito de sua vida; possa recusar a distanásia; seja ouvido e respeitado em seus medos, pensamentos, sentimentos e valores; possa optar, quando possível, por despedir-se da vida no local que deseja”.<sup>36</sup>

Daí, depreende-se a importância dos cuidados paliativos, quando as possibilidades terapêuticas se exaurirem, visando o bem estar do paciente em seus momentos finais.<sup>37</sup>

Assim, pensamos que urge seja feita também a regulamentação da questão da terminalidade de vida, como um direito humano a ser respeitado observando a internacionalização desses direitos, valorizando -se por via de consequência os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, tendo em vista a dignidade da pessoa humana, pois postergar o sofrimento de todas essas pessoas é denegrir-lhes a dignidade em casos onde a saúde e a qualidade de vida não pode mais ser restabelecida, pois para pensar com Luis Fernando Veríssimo, temos que na prática “ quem quase morreu ainda está vivo e quem quase vive já morreu”.<sup>38</sup>

## A terminalidade da vida no cenário internacional

---

<sup>34</sup> MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus – Curso de bioética e biodireito, p. 449 e 450

<sup>35</sup> KUBLER-ROSS, Elizabeth – Sobre a morte e o morrer, São Paulo:Martins Fontes, 1991. Apud. DINIZ, Maria Helena – O Estado atual do biodireito, p.395.

<sup>36</sup> PESSINI,Leo – Bioética – um grito por dignidade de viver, p.180.

<sup>37</sup> PESSINI,Leo – Humanização e cuidados paliativos, 3.ed., São Paulo:Ed.Loyola/São Camilo, 2004, p.3.

<sup>38</sup> MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus – Curso de bioética e biodireito, p. 451 e ss

A eutanásia, como processo, não é permitida na maioria dos países da comunidade internacional.

O suicídio assistido, no momento só é permitido nos EUA, nos seguintes estados: **Washington, Montana e Oregon.**

Na Europa, as leis sobre o tema variam muito. Alguns países toleram a prática de permitir ou autorizar um doente terminal ou desenganado a morrer sem dor. No entanto, o tema continua um forte tabu e muitos países retrocederam em sua atitude de aprovar um legislação para regular oficialmente a eutanásia.

**A Holanda** foi o primeiro país no mundo a legalizar a eutanásia sob certas condições tal como dispõe a “Lei relativa ao término da vida sob solicitação e suicídio assistido” que entrou em vigor em 1º de abril de 2002, alterando o art. 293 do Código Penal, embora a prática já fosse tolerada desde 1997. A referida lei concede proteção legal aos médicos desde que eles usem de estritos critérios. Em 2003, autoridades médicas registraram mais de 1.800 casos de pacientes que se beneficiaram da referida lei.

É válido ressaltar que à luz do direito penal holandês pune-se a eutanásia, independente da lei que apenas estabeleceu os contornos legais rígidos para a prática. Assim, a classe médica obteve uma exclusão de ilicitude na prática da referida eutanásia em si.<sup>39</sup>

**A Bélgica e a Holanda** são as duas únicas nações no mundo a ter prática da eutanásia completamente legalizada; a Bélgica legalizou parcialmente a morte assistida sob condições estritas em 2002, através da Euthanasian Act. A partir daí, qualquer médico que ajude um paciente a morrer não é considerado um criminoso desde que o paciente adulto seja terminal ou sofra de algum mal intolerável e sem esperança de recuperação. O doente precisa estar em sã consciência e tomar a decisão por si próprio. A lei não se aplica a menores ou a qualquer paciente incapaz de tomar a decisão conscientemente como os excepcionais. Em dois anos, cerca de 500 mortes foram registradas sob a lei “morte com dignidade”.

---

<sup>39</sup> Precedentes jurisprudenciais da Suprema Corte holandesa: NJ 1985, 106 ( Schoonheim-arrest); NJ 1989, 391; NJ 1994, 656 ( Chabot-arrest); NJ 1996, 322 e NJ 2003, 167 ( Sutorius-arrest).  
<http://www.esdc.com.br/RBDC> < acesso 12.04.12>

Na Inglaterra a eutanásia é considerada crime passível a 14 anos de prisão, mas o debate sobre é amplo graças alguns casos controversos que se destacaram no país.<sup>40</sup>

Dependendo das circunstâncias a eutanásia na Inglaterra é tratada como homicídio involuntário ou homicídio

Segundo a lei inglesa, a eutanásia em sua forma ativa ou passiva, ocorre quando um tratamento é administrado com intenção de tirar a vida de outra pessoa. O leading case para o tema foi o caso Dr Arthur's em 1985 Crim LR 705. High Court's decision in Bland.

A Suprema Corte permitiu aos médicos que desligassem os aparelhos que mantinham Anthony Blands vivo. Este foi vítima de um desastre num estádio de futebol em 1989 e permaneceu em estado vegetativo persistente desde então. (the House of Lords in Airedale National Health Service Trust v Bland [1993] AC 789).

Embora a eutanásia continue sem regulamentação legal no Reino Unido, casos recentes acendem o debate científico e acirram a opinião pública.<sup>41</sup>

Também o suicídio assistido é ilegal no Reino Unido nos termos do The Suicide Act de 1961 e é punido com até catorze anos de reclusão, atendendo-se para o fato de que o suicídio em si não é crime no país.

Vários são os tipos de eutanásia no direito inglês: a ativa, a passiva – que ocorre sobretudo com a sonegação da medicação necessária para a manutenção da vida e da saúde, a voluntária – que ocorre quando o paciente faz uma escolha consciente pela interrupção da vida e pede ajuda para sua efetivação, como no caso de Lilian Boyes; a eutanásia involuntária – que ocorre quando o paciente está incapacitado de manifestar o seu consentimento para o ato como por exemplo quando se encontrar em estado de coma e outra pessoa toma a decisão em seu lugar, seja porque pessoa anteriormente manifestou

---

<sup>40</sup> Em maio de 2002, Diane Pretty, de 43 anos e paralítica incurável, morreu após prolongadas batalhas tanto na Corte Britânica quanto na Europa de Direitos Humanos, que se recusaram a conceder o direito à mulher de ter a ajuda do marido para morrer. Outra paciente grave de paralisia, conhecida apenas como "Miss B", obteve a permissão legal de ter os tubos de respiração removidos. A mulher, que requisitou o procedimento por conta própria, morreu em abril de 2002. Dignity in Dying. In an unsympathetic account, the International Task Force on Euthanasia and Assisted Suicide has detailed the ebb and flow of euthanasia proponents. [http://www.internationaltaskforce.org/rpt2005\\_1.htm#204](http://www.internationaltaskforce.org/rpt2005_1.htm#204) <acesso em 09.04.12>

<sup>41</sup> Fonte: www.nhs.uk/conditions/euthanasiaandassistedsuicide/pages

sua intenção nesse sentido ou quando outra pessoa atenta contra a saúde do paciente sem o seu prévio consentimento , caracterizando assim o crime de homicídio.

Dependendo das circunstâncias, as diversas formas de eutanásia podem ser entendidas como homicídio piedoso ou homicídio simples. A forma involuntária de eutanásia é sempre vista como homicídio simples.

Existem na atualidade no país, uma mobilização para a regulamentação das práticas de eutanásia e suicídio assistido tendo em vista o respeito à autonomia pessoal do paciente e a proteção do médico em seu exercício profissional, uma vez que com base no direito inglês, é lícito aos pacientes recusarem-se ao tratamento médico oferecido, desde que comprovem capacidade suficiente para fazê-lo, utilizando-se para tanto, as diretivas antecipadas de vontade.

Na **Dinamarca** é vedada a eutanásia ativa, que pode provocar prisões de até três anos, mas admite a validade do testamento vital – ou diretivas antecipadas de vontade. Na **Noruega**, a eutanásia ativa é ilegal e passível a sentenças iguais a de homicídios. No entanto, a forma passiva da eutanásia é permitida se o paciente seus familiares a requisitarem - este último no caso de o doente não poder se comunicar. A prática passive da eutanásia sem uma solicitação prévia pela família ou paciente, em contrapartida, é um crime que pode levar a ações legais ou a cassação da licença médica. Na **Suécia**, a eutanásia é considerada crime. A morte assistida é uma ofensa passível a cinco anos de prisão. Um médico pode, no entanto, em casos extremos, desligar os parelhos que sustentam a vida.

Na **França**, a prática da eutanásia é ilegal, pois a disposição voluntária do corpo é proibida no país, embora em 30 de novembro de 2004, tenha sido aprovada uma lei permitindo o direito de morrer para pessoas com doenças incuráveis. Sob a lei francesa, promulgada a partir de um caso dramático de um rapaz tetraplégico de 24 anos que implorava à mãe e ao seu médico para ajudá-lo a morrer, nenhuma medida exagerada pode ser tomada para sustentar a vida dos pacientes terminais que passaram a ter autonomia para manifestarem-se sobre a continuidade ou não de seu tratamento.

No entanto, a ortotanásia, que não é expressamente prevista na lei francesa é considerada permitida. Assim, o paciente pode demandar a medida mediante o uso das diretivas antecipadas.<sup>42</sup>

Da mesma forma, a Lei n. 2005-307 de 22.04.05 relativa aos direitos dos pacientes veda a distanásia. O Decreto n. 2006.120 de 06.02.06 impõe que a decisão para tal feito é de responsabilidade do médico responsável pelo caso.<sup>43</sup>

Na **Alemanha** também a eutanásia é ilegal, sendo a prática equivalente ao homicídio e portanto passível de criminalização: de seis meses a cinco anos de prisão. Na Alemanha, contudo, a lei permite a eutanásia passiva, ou seja, a interrupção de um tratamento destinado apenas a manter a vida, mas somente quando mediante pedido expresso do paciente.

Na **Itália**, país de forte acento católico, a eutanásia é proibida e o assunto representa um tabu. Entretanto, um debate vem crescendo no país desde que em 2003 o então Ministro da Saúde trouxe a discussão à tona sobre a possibilidade de permitir o livre-arbítrio às pessoas que se opõem a meios extremos para manter a vida.<sup>44</sup>

Na **Espanha** o panorama é diferente. A lei espanhola de 1995 determinou que a eutanásia e o suicídio assistido não deviam ser considerados como homicídio.

Na **Suíça**, a eutanásia ativa recebe veto legal, porém a assistência passiva do suicídio é legal, pois desde 1942, uma brecha na legislação permite o chamado suicídio assistido para quem não tem chance de recuperação. O paciente tem de administrar a dose letal prescrita por conta própria em seu corpo, sem a ajuda médica em clínicas especializadas para isso presentes no país, como a referida Dignitas em funcionamento desde 1998.

Em **Israel** a lei penal veda a prática da eutanásia – seja no âmbito da lei judaica, seja no âmbito da lei do Estado de Israel. A ortotanásia é vedada pelas leis judaicas mas é

---

<sup>42</sup> [http://interactif.rts.ch/sante/page\\_td=325](http://interactif.rts.ch/sante/page_td=325).

<sup>43</sup> Me DURRIEU - DELBOT- L'Euthanasie – soins palliatifs. <http://sos-net.eu.org/medical/euthanas.htm#3> < acesso em 09.04.12>

<sup>44</sup> Em dezembro de 2003, contudo, um jovem italiano foi sentenciado a 18 meses de prisão por ajudar sua mãe, que sofria do fatal mal de Lou Gehrig - esclerose lateral amiotrófica (ELA) -, a ir à Suíça para morrer. O Papa João Paulo II, quando gravemente enfermo preferiu falecer em seus aposentos naturalmente.

aceita nas leis de Israel. Desde 2005 os Comitês de Ética hospitalar têm administrado as decisões casuísticas envolvendo os casos de terminalidade da vida.<sup>45</sup>

## Casos famosos

Muitos casos emblemáticos que envolveram a terminalidade da vida tiveram ampla cobertura na mídia, suscitando assim intenso debate social, mobilização dos órgãos de classe e da sociedade em geral.

Diversas histórias como as citadas a seguir existem no mundo atual, uma vez que o suicídio assistido não é legalizado na maioria dos países, ainda que existam pacientes com enfermidades terminais que gritam por ajuda e compreensão para finalizar a agonia que padecem.

No Reino Unido, um caso bastante emblemático sobre o tema foi o caso de **Lilian Boyes**. Esta paciente, de setenta anos, tratada pelo Dr Cox há treze anos era portadora de artrite reumatoide, que lhe conferia uma dor horrivelmente pungente.<sup>46</sup>

Assim, após duro tratamento, pedia ardente mente que o Dr Cox desse fim ao seu árduo sofrimento. Desta forma, este injetou uma dose letal de cloreto de potássio em sua paciente, por duas razões: por compaixão de sua paciente e também por que ela desejava que ele assim procedesse.

De acordo com o capelão do hospital “podia-se ouvir o barulho de seus ossos movendo-se nas juntas”.

Assim, em agosto de 1991, foram administradas duas amolas de cloreto de potássio a fim de que seu coração parasse de bater. Após sua morte, seus familiares agradeceram todos os cuidados do doutor. Na ótica do Dr Cox, sua vida foi abreviada de quinze

---

<sup>45</sup> Brody, Shlomo (19 November 2009). "Ask the Rabbi: 'Passive euthanasia'". *Jerusalem Post*. <http://fr.jpost.com/servlet/Satellite?pagename=JPost%2FJPArticle%2FShowFull&cid=1258624592410>. Retrieved 6 January 2012.

<sup>46</sup> Dr Nigel Leigh Cox nasceu em Surrey em 1945 e era um medico reumatologista ingles, posteriormente acusado de cometer assassinato, em 1992, um dos poucos casos no pais, o que gerou grande comoção publica. Trabalhava no The Royal Hampshire County Hospital, em Winchester, Inglaterra.

minutos a uma hora. O fato foi relatado por uma enfermeira que delatou o ocorrido. O diagnóstico de sua morte foi bronco-pneumonia

Denunciado, Dr Cox foi processado na Corte de Winchester em setembro de 1992 por homicídio e suspenso por dezoito meses do trabalho no hospital, embora pudesse continuar exercendo a medicina.

Embora processado por homicídio, tornou-se inconclusiva a prova de que a injeção aplicada por ele efetivamente tenha causado a morte da paciente. A família de Boyes apoiaram-no durante todo o julgamento.

Apos o julgamento, em 1992, o General Medical Council decidiu em não mais processá-lo, sendo-lhe possível restabelecer sua prática médica sob supervisão.<sup>47</sup>

O caso em tela estabeleceu claramente que a eutanásia ativa é ilegal e com um potencial criminal (homicídio) em face do direito comum inglês.

Por outro lado, destaca-se o fato de que o paciente tem sua autonomia preservada e deseja o fim de sua vida, e o médico tem o dever de zelar pelo seu interesse, de outro lado, no caso o interesse de por fim à sua vida.

A diferença fundamental sobre a qual muito peso legal e moral é colocado entre o caso do Dr Cox e os exemplos de retenção e tratamentos retirados são normais e perfeitamente legais da prática médica, é que o Dr Cox efetivamente matou Lilian Boyes e não apenas ajudou-a a morrer.

O Conselho Médico General permitiu que o Dr Nigel Cox continuasse a exercer a medicina legalmente. A audiência foi levada a considerar a conduta de dar uma dose letal para ajudar a paciente a falecer.

Não tratou-se portanto de homicídio piedoso – mercy killing – mas eutanásia, uma prática criminosa à luz do direito anglo-saxão.

O médico em sua defesa alegou que a paciente implorou a ele que lhe desse “uma xícara de chá e uma dose letal para dormir para sempre” porque suas dores eram alucinantes. A paciente iria mesmo morrer em alguns poucos instantes, mas a grande diferença é que ela faria isso com maior conforto ou com grande desconforto.

---

<sup>47</sup> Fonte: Euthanasia in the United Kingdom – [https://en.wikipedia.org/euthanasia\\_in\\_the\\_UK](https://en.wikipedia.org/euthanasia_in_the_UK); Euthanasia – Politics News – [www.bbc.co.uk](http://www.bbc.co.uk) <acesso em 11.01.2016>

O júri demorou quatro horas para decidir, o tema envolveu muita polêmica e o médico contou com o apoio incondicional da família.

O caso em questão fez com que se acendesse a discussão sobre o “direito de morrer”, e nesse sentido, nasceram algumas ponderações, como: pode o indivíduo decidir como e quando dar fim à sua vida? Como esse quesito é influenciado quando o indivíduo em questão é portador de moléstia incurável? Caso a eutanásia fosse legalizada no Reino Unido como a vida humana ou as práticas médicas poderiam ser comprometidas como ocorre em outros países? Qual a diferença entre suicídio assistido e eutanásia? Se o suicídio não é criminalizado porque a eutanásia o é? Quais seriam as consequências da legalização da eutanásia o Reino Unido?

Em face das discussões que o tema fomenta na comunidade internacional houve a tentativa de se aprovar a “Declaração pela dignidade no fim da vida”. Votada em janeiro de 2016 pp. Não teve quórum suficiente para aprovação. Somente 95 dos 751 membros do Parlamento Europeu votantes posicionaram-se favoravelmente à declaração.

A Declaração visou conferir aos cidadãos europeus em estado avançado ou terminal de doença incurável ou que de causa à insuportáveis sofrimentos de ordem física ou mental, assistência médica compatível para terminar sua vida com dignidade – eutanásia.<sup>48</sup>

**Outros casos famosos que ocorreram na comunidade internacional foram:** o caso da inglesa **Diane Pretty** portadora de distrofia muscular que recebeu a dose letal de seu marido – condenado a quatorze anos de prisão; o caso da inglesa **Diane Lindsells**, portadora de doença degenerativa do sistema neuromotor;

Após intensa manifestação social perante os casos apresentados na mídia, The Voluntary Euthanasia Society entende que esta havendo pouco a pouco na Inglaterra uma maior proteção legal para a eutanásia passiva no país tendo em vista o direito à autonomia pessoa e o respeito aos direitos humanos dos envolvidos. Entendendo ainda que se trata de um passo a diante em direção a uma legislação específica sobre eutanasia ativa no país.

Outros casos famosos na comunidade internacional são: o caso da americana **Terri Schiavo** envolveu uma adolescente obesa que iniciou uma dieta rigorosa, que se prolongou alguns anos. Terri emagreceu de tal maneira que acabou por desfalecer. A dieta

---

<sup>48</sup> Fonte: Euthanasia declaration fails badly at European Parliament. In <http://nationalrighttolifenews.org/news/2016/01/euthanasia-declaration>. Acesso < 11.02.2016

provocou, assim, uma tal desordem alimentar que conduziu a uma desregulação dos níveis de potássio no organismo, entrando num estado vegetativo permanente, sobrevivendo graças a alimentação venosa artificial; o caso da americana **Karen Ann Quinlan**, que entrou em coma em decorrência da ingestão de álcool e barbitúricos, após uma severa dieta, aos 21 anos de idade, sofrendo um dano cerebral irreversível, permanecendo em coma por dez anos. Seus pais travaram intensa batalha judicial para deixá-la morrer. Em 1976, os Quinlan levaram seu caso à Suprema Corte de New Jersey, que autorizou o desligamento dos aparelhos. Karen, no entanto, continuou respirando naturalmente, o que alimentou as esperanças de cura. Seguiu alimentada artificialmente por mais nove anos, até que faleceu em virtude de uma pneumonia em 1985, pesava 36 kg; o caso **Nancy Cruzan** que envolveu uma paciente que sofreu um grave acidente de automóvel em 1983, aos 25 anos de idade. Entrou em coma vegetativo permanente. O seu caso foi discutido nos tribunais durante alguns anos, dada a sua convicção de realizar a eutanásia. Os juízes acabaram por deliberar a sua morte, desligando, deste modo, as máquinas que a mantinham viva em 1990; o caso **Ramón Sampedro** ficou tetraplégico quando tinha 26 anos, ficando neste estado durante 29 anos. Solicitou, em 1993, a autorização para morrer, no entanto não lhe foi concedida. Os amigos de Ramón pleitearam sua morte junto à justiça espanhola. Foi encontrado morto em 1998 em Galiza. Os seus últimos momentos da sua vida estão gravados num vídeo, onde se regista uma ação consciente de morte. Em 2003, Alejandro Amenábar realizou um filme inspirado em Ramón com o título *Mar Adentro*; o caso **Vincent Humbert**, um jovem de 20 anos, teve um grave acidente de automóvel em 2000, do qual resultou um coma que durou nove meses. Do seguido foi-lhe diagnosticado que se encontrava tetraplégico, cego e surdo, sendo o único movimento corporal o de seu polegar direito, com o qual se comunicava. Deste modo, solicitava aos médicos a prática da eutanásia. Tal prática, no entanto foi-lhe recusada, pois na França a eutanásia é ilegal. Vincent pede ajuda à mãe para o matar, com o auxílio do médico, resultando na prisão da mãe. Vincent escreve um livro com o seu polegar, de 188 páginas, intitulado “Eu peço-vos o direito de morrer”; o caso da francesa **Chantal Sébire**, que solicitou em março de 2008 o direito à recorrer à eutanásia em decorrência de padecer de câncer terminal. A justiça não acatou seu pedido e esta se suicidou um tempo depois; o caso de **Eluana Englaro**, vive em estado neuro-vegetativo desde 1992, em decorrência de um acidente automobilístico. Em 2009 sua agonia chegou ao fim quando seu pai obteve na justiça italiana o direito de suspender sua alimentação e hidratação. Faleceu aos 38 anos. Um questionamento que deriva desse ato, é que a referida

alimentação seria tratamento ou cuidado paliativo. Dessa definição decorreria se a prática da suspensão da alimentação seria punível criminalmente ou não.<sup>49</sup>

E muitos outros....

O debate sobre a eutanásia aquece uma enorme polêmica. Não existe um consenso. A classe médica, por outro lado, procura sempre o melhor para seus pacientes.

### **III - Conclusão**

A morte é um evento que muito intriga os seres humanos, em todos os tempos, unidos à mais diversas religiões. Seria um direito humano ou um direito divino? Seria um direito misto tendo um grande viés de humanização em face dos avanços da medicina e da biotecnologia? Todas as alternativas acima estão corretas, penso eu.

Na atualidade, muito se valoriza nas práticas médicas sobre o direito à autonomia pessoal dos pacientes, da importância do consentimento informado para as práticas médicas e biotecnológicas e sobretudo, muito se ampara a dignidade nos momentos terminais da vida.

Elementos como o respeito ao desejo e à autonomia do paciente desporta como um valor na atualidade. A dignidade da pessoa humana é um princípio supremo nas Constituições dos diversos países democráticos. Além destas, a qualidade de vida dos pacientes é largamente valorizada.

Perpetua-se a vida ou o momento da morte? Entendemos que em face do exposto, uma saída bastante viável seria a elaboração de um testamento vital – living will – para tentar mitigar as controvérsias que envolvem o caso.

À luz do direito inglês, a eutanásia constitui crime. Apenas a Holanda entende-a como um direito personalíssimo do paciente portador de doença terminal ou incapacitante. Assim, o caso Lilian Boyes, como outros trouxe muita controvérsia midiática, muitos debates, mas houve a condenação do médico envolvido.

### **IV- Referencias Bibliograficas**

---

<sup>49</sup> MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus – Curso de bioética e biodireito, p. 454 e ss

ALMEIDA, Antonio Jackson Thomazella de – A ortotanásia e a lacuna legislativa. In. AZEVEDO, Álvaro Villaça, LIGIERA, Wilson ( Coord) – Direitos do paciente, São Paulo: Saraiva, 2012

BARCHIFONTAINE,Christian de Paul – A dignidade no processo de morrer. In. BARCHIFONTAINE,Christian de Paul de;PESSINI,Leo ( Org.) – Bioética – alguns desafios, 2.ed.,São Paulo: São Camillo/Ed.Loyola, 2002

BARROS Jr., Edmilson de Almeida – Código de Ética Médica comentado e interpretado, São Paulo:Atlas, 2011

BERGSTEIN,Gilberto – Ortotanásia – dignidade para morrer. In. MIGLIORE, Alfredo;SCALQUETTE, Ana Claudia; LIMA, Cintia Rosa Pereira de; BERGSTEIN, Gilberto ( Coord)- Dignidade da vida humana, São Paulo:LTR,2010

DELMANTO, Celso – Código penal comentado, 7º ed., Rio de Janeiro:Renovar, 2007

DINIZ,Maria Helena – O Estado atual do biodireito, 6. ed., São Paulo: Saraiva, 2009

FRANÇA, Genival Veloso de – Direito Médico, 10.ed.,Rio de Janeiro:Gen/Forense

GRACIA, Diego – Pensar a bioética metas e desafios, São Paulo: São Camilo/Loyola, 2010

Jennet B. The vegetative State: medical facts, ethical and legal dilemmas. New Engl J Med. 2002; 347: 1386-7.

KUBLER-ROSS, Elizabeth – Sobre a morte e o morrer, São Paulo:Martins Fontes, 1991

LEPARGNEUR, Hubert – A Dignidade humana, fundamento da bioética e seu impacto para a eutanásia. In. PESSINI,Leo; BARCHIFONTAINE,Christian de Paul de ( Org.) – Fundamentos da bioética, 2.ed, São Paulo:paulus, 2001

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus – Curso de bioética e biodireito, 3.ed., São Pulo:Gen/Forense, 2015

MELLADO, Patrício; VOLARIC, Catherine – Estados de mínima consciência. In. Cuadernos de Neurologia, vol XXVII, 2003,Pontifícia Universidade Católica del Chile.

NALINI. José Renato – Reflexões jurídico filosóficos sobre a morte, São Paulo:Editora Revista dos Tribunais, 2011

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de – Terminalidade da vida- dignidade da pessoa humana. In. MIGLIORE, Alfredo;SCALQUETTE, Ana Claudia; LIMA, Cintia Rosa Pereira de; BERGSTEIN, Gilberto ( Coord)- Dignidade da vida humana, São Paulo:LTR,2010

PESSINI, LEO – Bioética um grito por dignidade de viver, 3.ed.,São Paulo:Paulinas/São Camilo, 2008

PESSINI,Leo – Distanásia – até quando prolongar a vida?, São Paulo: Ed. Loyola/São Camilo, 2001

PESSINI,Leo – Humanização e cuidados paliativos, 3.ed., São Paulo:Ed.Loyola/São Camilo, 2004

RIBEIRO, Carlos Henrique – Abordagem inicial do paciente em coma. IX Curso de atualização de condutas em quadros emergenciais. <http://www.smcrj.org.br> < acesso em 11.04.12>