

EUTANÁSIA: A última viagem

Cecília Regina Alves Lopes¹

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar um dos mais antigos dilemas da raça humana: a eutanásia, ou seja, o direito de terminar com a própria vida, buscando assim uma morte com dignidade e sem sofrimento. A eutanásia na história chegando aos nossos dias. As várias formas da prática da eutanásia como modalidades para se chegar a um mesmo fim. A distanásia e a mistanásia. O direito de optar e decidir pela morte para o outro. A ortotanásia. O perfil daqueles que optam, com racionalidade, pela eutanásia, mesmo não estando doentes. O que pensam as outras religiões e os que não tem religião sobre a eutanásia. Alguns países conseguiram legalizar o que já era legitimado pela população. Este direito subjetivo permite a utilização ou não da lei que autoriza a eutanásia. A posição da Igreja Católica Romana, que se declara frontalmente contra a eutanásia, em qualquer de suas modalidades. Finalizamos o trabalho abordando os aspectos éticos da eutanásia e a necessidade da assistência ao paciente moribundo.

Palavras chaves:Eutanásia – Direito – Religião – Ética

ABSTRACT

This work intends to analyse one of the oldest dilemma of the human race: the euthanasia, that's it, the right to put an end to your own life, looking for a death with dignity and without suffering. Also, the history of euthanasia to nowadays. The different ways of practicing euthanasia to reach the same result. The distanásia and the mistanásia. The right of choosing and deciding to put an end to another one's life. The ortotanásia. The profile of the ones who choose for the euthanasia, with a rational though, even not being sick. The other religions and the ones who not have a religion what are their position about euthanasia. Some countries that could legalize what was authorized by the population. This subjective right allows the use or not of the law that authorizes the euthanasia. The position of the Catholic Church that is clearly against the euthanasia, in all its ways. Finally, the work points out the ethical aspects of euthanasia and the necessity of the assistance to a dying patient.

¹ Possui graduação em Serviço Social (1979) e em Direito (1998) pela Universidade de Taubaté. Atualmente é Assistente Social Judiciário - Trib.Juiz São Paulo. Mestre em Direitos Sociais e Cidadania, pelo Centro Universitário Salesiano de São Paulo U.E. Lorena/SP, área de concentração: Biodireito, Ética e Cidadania (2008).

Key-words: Euthanasia – Law – Religion - Ethical

Introdução

Cuando las condiciones de salud se han perdido y la enfermedad lleva a quien la padece a una situación irreversible, cabe preguntarse si se está cuidando la vida o prolongando la agonía.
(BAREA, 2007)

O ser humano é o único ser da natureza que sabe com exatidão sobre sua finitude, isto é, que um dia (qualquer dia) irá morrer. No entanto, ao longo da vida, o ser humano, via de regra, concentra-se em esquecer essa certeza. Vive o hoje, pensando no ontem, projetando o amanhã, como se a morte não fosse certa.

O pensamento humano se volta para a morte quando tomamos conhecimento de algo extraordinário como um acidente ou uma doença que nos atinge inesperadamente, ou ainda, simplesmente no funeral dos outros.

Imagina-se o que seja a morte, busca-se nas religiões e na fé a esperança de que a morte tarde a nos chegar, e quando vier que seja sem sofrimento.

Esse é o grande dilema dos que não querem sofrer e optam pela Eutanásia: a certeza de uma morte sem sofrimento.

O verbete eutanásia, vem do grego, em que *eú* (bom) + *thanatos* (morte) dão a idéia de “boa morte” ou “morte feliz” isenta de dores e sofrimentos.²(1)

A Eutanásia não é um fenômeno recente. Através dos tempos o homem tem tentado explicar a morte como uma passagem para outro mundo e muitos não vêem sentido no sofrimento para fazer essa passagem.

² GALVÃO, Antonio Mesquita. *Bioética: A Ética a serviço da Vida: Uma abordagem multidisciplinar*. Aparecida: Santuário, 2004.

Existem inúmeras definições e conceitos sobre a Eutanásia, mas o termo foi usado no século XVII pela primeira vez por Francis Bacon, em sua obra? *Historia vitae et mortis*? Significando: “boa morte”, “morte doce”, “sem sofrimentos”.

Nos nossos dias a Eutanásia pode ser entendida como a conduta ou comportamento que vise cessar os sofrimentos de outra pessoa, que implica na produção direta ou no aceleração da morte dessa pessoa. Significa ainda promover a morte de maneira fácil, sem dores, para um doente terminal. O próprio doente pode inclusive induzir-se a morte com ou sem a participação ou conhecimento de outras pessoas.

O questionamento sobre a Eutanásia, no caso concreto, ocorre quando um doente desafia a medicina e chama a atenção de outros olhares, isto é, das outras ciências que, diante da falta da saúde, frente a um sofrimento atroz, se pergunta se estamos tratando a doença e conseqüentemente o doente, ou estamos prolongando seu sofrimento.

O tema Eutanásia tem sido debatido e estudado por muitos pesquisadores, mas é no dia-a-dia das pessoas comuns que o problema toma contornos de realidade, de concretude, deixando, aos poucos, de ser um tabu.

Buscando entender essa dinâmica, que abala as estruturas sociais, religiosas e também a natureza do próprio indivíduo, fomos pesquisar e aprofundar no debate sobre a aplicação da Eutanásia, abordando os aspectos éticos e a necessidade da assistência ao paciente moribundo.

1. A Eutanásia na História

“Diversos povos, como os celtas, por exemplo, tinham por hábito que os filhos matassem os seus pais quando estes estivessem velhos e doentes. Na Índia os doentes incuráveis eram levados até a beira do rio Ganges, onde tinham as suas narinas e a boca obstruídas com o barro. Uma vez feito isto eram atirados ao rio para morrerem” (GALVÃO, 2004).

A Grécia, no século V a.C., já vivia o dilema da aceitação e não aceitação da Eutanásia. Platão, Sócrates e Epicuro produziam discussões profundas a respeito da idéia de que o sofrimento resultante de doença dolorosa justificava o suicídio.

Platão, na *República*, afirmava que o cuidado do médico deve centrar-se naquelas pessoas que têm “corpos são por natureza” e contraem alguma enfermidade; enquanto, pelo contrário, o médico “em relação às pessoas crônicas por doenças internas” não se consagra a prolongar e amargar a vida. Platão considerava que “quem não é capaz de viver desempenhando as funções que lhe são próprias, não deve receber cuidados, por ser uma pessoa inútil tanto para si mesma como para a sociedade.”³

Pitágoras, Hipócrates e Aristóteles igualmente discutiam as mesmas questões e condenavam o suicídio. Estas reflexões levaram Hipócrates, em seu Juramento, a declarar:

“[...] A ninguém darei, para agradar, remédio mortal nem conselho que o induza à destruição [...]”.⁴

Contam vários historiadores que, em Marselha, neste período, havia um depósito público de cicuta à disposição de todos.

Mas, estas discussões não ficaram restritas à Grécia, Cleópatra VII (69 a.C-30 a.C) criou, no Egito, uma "Academia" para estudar formas de morte menos dolorosas; e, as discussões continuaram prosseguindo ao longo da história da humanidade.

Lutero (1483-1546), David Hume (1711-1776), Karl Marx (1818-1883) e Schopenhauer (1788-1860) também discutiram, cada um a seu tempo e lugar, a Eutanásia, produzindo textos e documentos que são analisados e estudados até hoje.

Durante a Idade Média e o começo do Renascimento o tema Eutanásia volta à discussão. Com a predominância da Doutrina Cristã na época, o conceito de Eutanásia passou a ser rejeitado na sociedade, pela influência da Igreja, onde os sacerdotes eram considerados intérpretes de Deus, que proibia esta prática.

³ PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. *Problemas Atuais de Bioética*. São Paulo: Loyola, 2007, p. 374.

⁴ Juramento de Hipócrates.

Não obstante, no mesmo período, Francis Bacon (1561-1626), por sua vez, afirmava que o “ofício do médico não é somente restaurar a saúde, mas também mitigar as dores e tormentos das enfermidades [...]”, de certa forma dando uma tonalidade nova à Eutanásia, quando exorta os médicos a permanecerem junto ao leito de quem está morrendo e a prestarem atenção aos moribundos para que deixem a vida de maneira mais fácil e silenciosa.

Tomás Morus (1478-1535) foi e é considerado um santo da Igreja Católica, mas ele defendeu a Eutanásia em sua mais famosa obra *Utopia*, que indicava sua prática aos doentes terminais, não como uma imposição, mas como um conselho, que só era levado a termo se houvesse o acordo e consentimento do doente. A morte sugerida era a privação de alimentos ou a ingestão de veneno que funcionasse como narcótico. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007. p.375)

Em 1895, na Prússia, durante a discussão do Plano Nacional de Saúde, foi proposto que o Estado deveria prover os meios para a realização da Eutanásia em pessoas que se tornaram incompetentes para solicitá-la, pela primeira vez se discutiu a prática da Eutanásia sem consentimento, ou seja, sem o pedido do próprio doente. (Galvão, 2004)

Em 1933, o momento mais evidente da aplicação da Eutanásia, fundamentada em uma ideologia, ocorreu durante o nazismo, que justificava o extermínio e esterilização em massa da população que representasse um risco social. Nesta época foi promulgada a Lei para Prevenção das Enfermidades Hereditárias, que justificava a esterilização obrigatória para prevenir a propagação de enfermidades hereditárias graves.

Segundo a ONU, mais de 100.000 pacientes alemães foram mortos pela prática da Eutanásia durante a Segunda Guerra mundial.

Em 1948 foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos do Homem, como uma resposta aos horrores da guerra, sendo imprescindível e necessária para a preservação da vida até os nossos dias.

Artigo I - Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Artigo III – Todo homem tem **direito à vida**, à liberdade e à segurança pessoal. (grifo nosso)

Chegando aos nossos dias, no início do século XXI, a Medicina está cada vez mais eficiente no prolongamento da vida. O desenvolvimento médico-tecnológico, principalmente o farmacológico, está possibilitando que a morte seja sempre adiada, não importando o custo e principalmente o desejo dos pacientes.

A moral católica diz que existe a obrigação de utilizar os meios terapêuticos ordinários, porém não existe obrigação ética de recorrer a meios extraordinários. (Pio XII, 1957).

Considerando que os conceitos de ordinários e extraordinários depende de uma variável de critérios, respeitar o desejo do paciente é um problema ético que deve ser considerado, não importando o quanto a Medicina tenha para a oferecer em tratamentos inovadores e terapias experimentais.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, adotada por aclamação em 19 de outubro de 2005, pela 33^a. Sessão da Conferência Geral da UNESCO, reconhece que: “a saúde não depende unicamente dos desenvolvimentos decorrentes das pesquisas científicas e tecnológicas, mas também de fatos psicossociais e culturais”.

Saber em que momento deve-se desistir de tentar a cura é o novo paradigma entre a vida e a morte.

Um exemplo disso ocorreu recentemente com o Papa João Paulo II, que reconhecendo que não havia mais possibilidades de cura e que tinha chegado a sua hora, recusou-se a ser internado na Unidade de Terapia Intensiva, aceitando a sua morte como um desígnio de Deus.

2. Classificação dos diferentes tipos de Eutanásia frente à conduta de uma terceira pessoa:

Como já dissemos anteriormente, a Eutanásia se refere a uma conduta ou comportamento que vise cessar os sofrimentos de outra pessoa, que implica na produção direta ou no aceleração da morte dessa pessoa.

O agente ativo da conduta pode ser um médico, um enfermeiro, qualquer dos profissionais da área da saúde, mas não está descartada a possibilidade de ser um familiar, um amigo, qualquer pessoa.

A literatura aponta três modalidades de conduta que podem ter como resultado a morte do paciente. Vejamos:

a. Uma conduta omissiva

Considera-se uma conduta omissiva quando o agente, tendo condição e/ou obrigação de prestar um serviço, uma terapia, uma medicação ao paciente, não o faz, convicto de que estará abreviando o sofrimento deste, tendo como resultado a morte.

Um exemplo desta modalidade é o caso da jovem Karen Ann Quinlan (EUA), que aos 21 anos de idade, ingressou na UTI em estado de coma, devido à ingestão de álcool e drogas em uma festa. Depois de um ano nesta condição, seus pais adotivos pediram ao médico que desligasse o respirador artificial que a mantinha viva.

O médico se recusou a atender o pedido. Mas os pais foram aos Tribunais, em todas as instâncias e, finalmente, depois de onze anos de luta judicial, conseguiram que a remoção do respirador fosse feita.

b. Uma conduta ativa direta

Considera-se uma conduta ativa direta a aplicação de terapias analgésicas com a intenção primordial de aliviar as dores do paciente terminal, sabendo que essa medicação resultará no falecimento do paciente.

Um caso apresentado no livro “Problemas Atuais de Bioética” pelos autores Léo Pessini e Christian de Paul de Barchifontaine que reproduzimos abaixo, exemplifica o que seja uma conduta ativa direta: “Aos 83 anos, Sigmund Freud havia se submetido a 33 operações. Sofria de câncer no maxilar havia 16 anos, já não agüentava. Chamou seu amigo e colega Max Schur, o médico que o tratava havia muitos anos, e disse: ‘Agora minha vida não passa de permanente tortura. Esta tortura não tem mais sentido’. Mais tarde, Schur testemunhou: ‘injetei-lhe dois

centigramas de morfina'. Repeti a dose após cerca de doze horas. Freud caiu em coma e não mais despertou.”

c. Uma conduta ativa indireta

Uma conduta ativa indireta é aquela que motivada por convicções humanitárias leva o agente a produzir a morte antecipada de um paciente que esteja com uma doença incurável, com sofrimento atroz e qualidade de vida ínfima, mas que, sozinho, não seja capaz de suicidar-se, tendo antes disso o paciente expressado o seu consentimento.

O exemplo mais conhecido na literatura, desta modalidade, é o do espanhol Ramon Sampedro que se tornou quadriplégico aos 25 anos, consequência de um mergulho no mar. Depois do acidente (1969) e repetidamente durante 29 anos, ele viveu como deficiente e queria terminar a sua vida. Lutou na justiça convictamente para alcançar tal objetivo. O problema era que ele precisava de ajuda para atingir seu objetivo. Sua preocupação era que as pessoas amigas que o ajudassem, não fossem processadas.

Ele planejou sua morte com uma corrente de ações conexas. Cada pessoa recebeu uma tarefa específica no processo. Ele preparou um vídeo de seus últimos momentos, que registrou o momento em que ele ingeriu uma solução de cianureto através de um canudinho. O vídeo foi levado ao ar pelos canais de televisão. Sua determinação e firmeza de propósitos abalaram a consciência pública espanhola. Este caso foi transformado no filme “*Mar Adentro*”.

3. Distanásia

Enquanto o conceito clássico de Eutanásia é tirar a vida do ser humano por considerações “humanitárias” para com o paciente terminal, preso ao leito, a Distanásia é o extremo oposto, pois é o prolongamento da vida, através de práticas terapêuticas que garantem a manutenção da vida do enfermo agonizante, contra toda a esperança de cura, prolongando assim um sofrimento infinito e sem sentido.

No Brasil, um exemplo de Distanásia, foi o que ocorreu com o Presidente eleito Tancredo Neves (1910-1985), que foi extraordinariamente mantido vivo, contra todos os

prognósticos de cura, sugerindo-nos que o motivo desse prolongamento foi para que sua morte ocorresse no Dia de Tiradentes.

Léo Pessini em seu artigo Distanásia: até quando investir sem agredir? que encontra-se disponível no site: <http://www.portalmedico.org.br/revista>, cita Hellegers, um dos fundadores do Instituto Kennedy de Bioética, que a respeito deste estudo afirma:

"Perto do fim da vida, uma pretensa cura significa simplesmente a troca de uma maneira de morrer por outra... Cada vez mais, nossas tarefas serão de acrescentar vida aos anos a serem vividos e não acrescentar anos à nossa vida... mais atenção ao doente e menos à cura em si mesma (..). À medida que os ramos da medicina que versam sobre curas dominaram sobre os que se preocupavam mais com o doente, as virtudes judaico-cristãs perderam progressivamente seu interesse (...). Nossos doentes (e velhos) precisarão mais de uma mão caridosa do que um escalpelo prestativo. Não é o momento de pôr de lado esta medicina da atenção, que não exige muita tecnologia. (...) Nossos problemas serão cada vez mais éticos e menos técnicos"

Ao nosso ver, a Distanásia transformou-se em uma promissora fonte de renda, pois o mercantilismo moderno, fruto da ganância, transformou a atividade médica em comércio e não há quem, tendo condições financeiras, economize para manter vivo um ente querido. Ao mesmo tempo, a Distanásia é um cuidado paliativo, pois não representa garantia de cura. As práticas humanistas de atendimento ao doente foram substituídas por tecnologias, que não dão certeza de cura, mas que acalmam as consciências, que cobram dos parentes e amigos que se tenha tentado tudo.

Há casos em que por convicções religiosas, ou desejo da família os aparelhos deixam de ser desligados, ocasionando um prolongamento da vida, praticamente inútil diante de um quadro de morte cerebral. É a manutenção de um tipo de vida meramente vegetativo. [...] A distanásia, pelo ingrediente de egoísmo que concentra na atitude, é tão cruel quanto a eutanásia. [...] (GALVÃO, 2004)

Um exemplo que suscita profundas dúvidas sobre Eutanásia e Distanásia é o do Presidente Palestino Yasser Arafat, internado num hospital de Paris, em coma irreversível e já em fim de vida, teve a visita do Imã Tayssir al-Tamini, tido como a única autoridade religiosa islâmica em condições de decidir sobre desligar ou não os aparelhos que mantinham vivo o paciente. Indagado se poderia autorizar o desligamento, respondeu: "Trata-se de algo proibido

pela lei islâmica". E justificou: "Enquanto houver uma manifestação de vida, movimento ou temperatura corporal, ele continua vivo".

Neste caso, há que se distinguir que o desligamento dos aparelhos poderia ser reconhecido como a prática da Eutanásia, que é proibida pelo Islamismo, e, a manutenção dos aparelhos, Distanásia, ou seja, o prolongamento infinito da manutenção da vida e sofrimento, sem prognóstico positivo de cura.

Segundo o islamismo, o judaísmo e o cristianismo ninguém pode apressar ou retardar a morte de quem quer que seja, pois só Deus é autor e Senhor da vida.

Trata-se, portanto de uma decisão que exige racionalidade, conhecimento ético e uma profunda convicção religiosa.

No Brasil, a Distanásia não é regulamentada por lei e por isso continua a acontecer, principalmente nos grandes hospitais.

4. Mistanásia

Também chamada de eutanásia social. É a morte miserável, fora e antes da hora que se refere, principalmente, à grande massa de doentes e deficientes que não chegam à condição de pacientes, pois não conseguem ingressar efetivamente no sistema de saúde. Etimologicamente significa a “morte do rato”.

Leonard Martin sugeriu o termo Mistanásia para denominar a morte miserável, fora e antes da hora, vítimas de erro médico, os pacientes que acabam sendo vítimas de má-prática por motivos econômicos, científicos ou sóciopolíticos (BENTO, 2006).

Do artigo: *Mistanásia: a morte do pobre*, do Padre Camiliano Júlio Serafin Murano, disponível no site: <http://www.quemtemsedevenha.com.br/mistanasia.htm>, destacamos a seguinte definição de Mistanásia:

Entre as inúmeras vítimas da *mistanásia* estão os pobres que, por exclusão social e econômica, não têm acesso ao essencial para a sobrevivência, aos cuidados de saúde, levam vida sofrida e morrem prematuramente. [...] Quantos outros morrem ignorados pela sociedade, vítimas de injustiças que a própria sociedade engendrou e teima em não corrigir. Outros morrem miseráveis, infelizes, ou antes da hora, vítimas de serviços de saúde mal equipados, mal localizados, carentes de profissionais preparados ou com escassa sensibilidade pelo sofrimento e carência de pessoas a quem deveriam servir.

Exemplos de Mistanásia ocorreram em 2004, quando três mortes de jogadores em pleno exercício da profissão abalaram o mundo do futebol mundial. A morte de Serginho, zagueiro do São Caetano, aconteceu em circunstâncias semelhantes a outras duas fatalidades internacionais. Em junho de 2003, durante partida da Copa das Confederações na França contra a Colômbia, o camaronês Marc Vivien Foe desabou em campo. Pouco tempo depois, o meio-campo, que atuava no Manchester City da Inglaterra, faleceu. O diagnóstico dos médicos, na época, foi parada cardíaca.

Mais recentemente, em 2007, durante um jogo da terceira divisão do Campeonato Brasileiro, o que era para ser apenas uma festa para o Bahia e Vila Nova, terminou em tragédia, com pelo menos oito mortes, quando parte do anel superior do estádio da Fonte Nova cedeu, minutos depois do segundo tempo da partida, levando torcedores a caírem de uma altura de 20 metros. As causas do acidente, até este momento, ainda estão sendo estudadas, mas com certeza podemos dizer que estas mortes poderiam ser evitadas.

Identifica-se também Mistanásia nos casos em que, comprovadamente, ocorreu erro médico, seja por imprudência, imperícia ou negligência.

“Àqueles que trabalham com a vida e a saúde das pessoas, mesmo que se reconheça tratar-se de seres humanos, o erro é mais grave, pois às vezes pode ser irreversível. Talvez por isso o erro médico seja tão pouco tolerado pela sociedade” (GALVÃO, 2004).

Há ainda relatos de pacientes vítimas de maus profissionais, que fazendo uso maldoso da medicina tiram proveito deles, como, por exemplo, a morte precipitada para atender as demandas de órgãos para transplantes.

O Papa João Paulo II, falando em nome da Igreja Católica é enfático em sua condenação: “Temos de denunciar mortes que ocorrem para aumentar a disponibilidade de material para transplantes, como retirada de órgãos sem respeitar critérios objetivos e adequados de comprovação da morte do doador”.⁵(4)

Observa-se que a Mistanásia está bastante ligada a fatores econômicos e sociais. Na maioria das vezes são os pobres e excluídos da sociedade que sofrem seus efeitos, como se fosse o último ato do abandono em que vivem. Não podemos pensar de forma diferente, a Mistanásia é a morte que pode ser prevenida e evitada, para que deixe de ser desumana e algumas vezes macabra.

5. Ortotanásia:

“ O sofrimento somente é intolerável se ninguém cuida.”

Dame Cicely Saunders

No lado oposto da Eutanásia, Distanásia e Mistanásia está a Ortotanásia, que consiste em garantir ao paciente terminal uma qualidade de vida, de bem estar global, que o permita sentir a dignidade no seu viver e no seu morrer.

Garante ao paciente terminal, aos seus familiares e amigos que o cercam, enfrentar seu destino com certa tranquilidade, porque, nesta perspectiva, a morte não é uma doença a curar, mas, sim, algo natural que faz parte da vida.

Todos que apóiam a Eutanásia clamam por uma morte digna, e consideramos que a Ortotanásia é a resposta que desejam, no entanto, ela não se restringe à ausência de dor, mas garante ao doente, mesmo com dor, uma vida feliz, sentindo-se amado e protegido.

A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) não faz objeções à ortotanásia. Segundo o secretário-geral da instituição, Dom Odilo Pedro Scherer, a prática inclusive já era aceita pela Igreja desde a década de 1950.

Assim ele nos esclarece: “Decidir não prolongar uma vida eminentemente no fim é um problema sempre delicado. Requer discernimento criterioso, diálogo e uma tomada de decisão

⁵ PAPA, João Paulo II. apud. GALVÃO, Antonio Mesquita. Bioética: A ética a serviço da vida: *Uma abordagem multidisciplinar*. Aparecida: Santuário, 2004. p.81-82

consciente. E é esta decisão consciente que diferencia a ortotanásia. É necessário deixar esta distinção bem clara”.

No entanto, o Código de Ética Médica não dispõe sobre a ortotanásia. Ao contrário, ele veda essa conduta ao médico, vejamos:

É vedado ao Médico:

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

Em São Paulo, a Lei Estadual 10.241/1999, que regula sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde, assegura ao paciente terminal o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida.

Mário Covas, governador do Estado à época, afirmou que sancionou esta lei como político e como paciente, já que seu câncer já havia sido diagnosticado. Dois anos depois, estando em fase terminal, se utilizou dela, ao recusar o prolongamento artificial da vida.

O Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 1.805/2006, que pôs fim a qualquer dúvida a respeito deste assunto. Pela sua importância, transcrevemos seu conteúdo:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

O compromisso com a promoção do bem-estar do doente crônico e terminal permite-nos não somente falar da saúde dele, mas também desenvolver um conceito de *ortotanásia*, a arte de bem morrer, que rejeita toda forma de mistanásia sem cair nas ciladas da eutanásia nem da distanásia. (PESSINI; BARCHIFONTAINE. 2007).

6. Associações pró Eutanásia

“Eutanásia: Por que abreviar a vida?”

Multiplicam-se no mundo a existência de pessoas e organizações que defendem a prática da eutanásia. A mais antiga das associações criadas com essa finalidade está localizada na Inglaterra, denominada inicialmente de VES, depois de EXIT.

Para os que são contra a eutanásia torna-se muito difícil entender o raciocínio dos que são favoráveis, e, mais difíceis ainda, de aceitar que essas pessoas se organizem em associações e grupos.

No entanto, em nosso estudo, constatamos que a opção dos que são pró-eutanásia está muito longe de ser irracional ou precipitada. Ao contrário, eles buscam na racionalidade exacerbada argumentos que justifiquem sua escolha.

Tanto é assim, que vemos crescer vertiginosamente o número de associações espalhadas pelos muitos países.

Os principais argumentos a favor da legalização da eutanásia, apresentados por todas as associações no mundo, são:

- **Direito de morrer:** esse argumento está fundamentado no direito pela liberdade de escolha, pelo exercício do livre arbítrio, entre viver ou morrer. Dizem eles que optamos por tudo na vida, fazemos escolhas e raramente somos questionados por isso, mas, quando se trata de decidir pela própria vida ou pela morte, as vozes contrárias são muitas e o apoio a esse direito fundamental, não é assegurado e amparado pela lei. Afinal, quem detém o direito de vida e morte sobre nós mesmos? Perguntam eles.
- **Direito de morrer com dignidade:** A maioria das doenças se desenvolve em nosso corpo lentamente, o tratamento, por vezes, é muito demorado e, via de regra, é associado a sofrimento e dor. Esse é o raciocínio daqueles que clamam pelo direito de morrer com dignidade. A morte desejada é a morte rápida, sem dor, de preferência quando estivermos dormindo, sem consciência, a morte que nem se percebe. A morte sem dignidade é aquela temida por todos, ou seja, a morte lenta, progressiva, que nos consome pouco a pouco.

Todos nós temos em nossa mente a imagem de pessoas sofrendo muito para morrer e, é este o referencial usado para defender esse direito.

- **Direito de fazer aquilo que quer com o próprio corpo:** O Direito sobre a própria vida está ligado aos direitos à vida, à vida privada, à intimidade, ao recato, à honra, à imagem, ao segredo etc. Os defensores da eutanásia insistem que, sendo o direito à vida inerente a cada ser, o que fazer desta vida é de responsabilidade exclusiva de seu detentor. Assim, considera-se que a vida das pessoas possui dois momentos, o primeiro voltado para o social e o segundo para si mesma. Ao contrário do primeiro momento, no segundo momento, não cabe a ninguém, nem mesmo ao Estado, intervir.
- **Insignificância e inutilidade do sofrimento:** Sofrimento é uma palavra de origem grega: de “sos” (orientação) e “fren” (intelecto), ou seja, “orientação da inteligência”. Os defensores da eutanásia, no entanto, utilizam a palavra sofrimento, para indicar um estado de dor física e psíquica que seja insuportável para o ser humano. No entanto, ao nosso ver, o sentido etimológico teria mais sentido para esta justificativa, posto que se trata de uma orientação da inteligência para indicar que a vida, não merece ser vivida. Seja ela com ou sem dor, a insignificância e a inutilidade do sofrimento decorrem exatamente disso.
- **Custos sociais:** Justificam-se também, os que são pró-eutanásia, que os custos sociais de um doente em estado terminal onera demais as instituições (públicas e privadas), bem como as famílias. Sendo o quadro clínico do paciente moribundo irreversível, para eles, seria mais econômico e sensato acabar logo com as despesas.
- **Sufrimento dos familiares:** Os defensores da eutanásia, neste argumento, demonstram uma preocupação com o sofrimento dos familiares, principalmente aqueles que anos a fio, acompanham a enfermidade de um ente querido. Para os que são pró-eutanásia o sofrimento dos familiares teria fim com a morte.

7. O Perfil das pessoas que optam pela Eutanásia estando ou não doentes

A grande maioria dos membros de tais associações é, antes de tudo, composta por homens e mulheres que muitas vezes ultrapassaram os 50 ou 60 anos e não desejam envelhecer e sobreviver em condições que consideram, com ou sem razão, intoleráveis. Além disso, boa parte dos membros (das associações pró-eutanásia) já sofreu muito e suportou corajosamente uma vida difícil, mas recusa ultrapassar um certo limiar de sofrimento e degradação. [...] A maioria dos membros dessas associações acha que muitos outros fatores, além dos médicos, interferem no juízo que alguém deve proferir sobre a vida e sua própria morte: aspectos afetivos, familiares, econômicos, psicológicos etc.⁶ (5)

8. Eutanásia na Bélgica e Holanda

“Aceitar a eutanásia num caso individual é uma coisa, aceitá-la como política pública é algo bem diferente.” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007)

A Bélgica e a Holanda, em 2002, cada um a seu modo, legalizou a prática da eutanásia, com lei nacionais.

Na Bélgica, a lei veio regulamentar uma questão constitucional e, é composta por apenas 16 artigos inseridos em cinco capítulos:

I - Disposições Gerais. II - Requisitos e procedimento. III - Da declaração antecipada. IV - Da declaração. V - A Comissão Federal de Controle e Avaliação.

Nesta lei a eutanásia é definida como o ato realizado por médico, que faz cessar intencionalmente a vida de uma pessoa atendendo ao pedido desta pessoa.

O médico que executa a eutanásia não está praticando um ato ilegal se estiver assegurado de que o paciente é adulto ou menor emancipado e tem plena capacidade e consciência na época do pedido; o pedido é feito voluntariamente, é ponderado e reiterado e não resulta de pressão externa; o paciente se encontra numa condição médica irremediável e se

⁶ PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian Paul. *Problemas Atuais de Bioética*. São Paulo: Loyola, 2007, p.

queixa de sofrimento físico ou mental constante e, finalmente, se ele atendeu a todos os requisitos e procedimentos determinados por esta Lei.

Compete ao médico, diante do pedido de cessação da vida pelo paciente, informá-lo sobre seu estado de saúde e sua expectativa de vida (tratamentos, possibilidades e paliativos); realizar várias entrevistas com o paciente, espaçadas entre intervalos, levando em conta a evolução da doença; consultar outro médico independente, especificando para o colega o desejo reiterado do paciente.

Se o médico fizer parte de uma equipe de tratamento, ele deverá discutir o pedido de cessação da vida do paciente com a equipe, ou com alguns membros. Se for vontade do paciente, o médico deve discutir o assunto com familiares ou pessoas próximas ou determinar que o paciente discuta seu pedido com seus familiares próximos.

Caso o médico for de opinião de que a morte do paciente não ocorrerá em curto prazo, ele deverá deixar que passe pelo menos um mês entre o pedido escrito do paciente e a eutanásia.

Na Bélgica, o pedido do paciente deverá ser por escrito. Sendo elaborado, datado e assinado pelo próprio doente ou por pessoa que ele mesmo escolher, desde que essa pessoa não se beneficie financeiramente com a morte do paciente; o pedido deve ser escrito na presença do médico, que terá seu nome e documento registrado e anotado.

O pedido do paciente poderá ser cancelado a qualquer momento e a declaração de vontade será devolvida a ele.

Todos os pedidos formulados pelo paciente e as medidas tomadas pelo médico permanecerão inclusas nos registros médicos.

Admite-se que o paciente declare sua vontade, antecipando a eventualidade de não ser mais capaz de exprimir seu desejo. Todo adulto capaz ou menor emancipado poderá deixar uma declaração escrita de que o médico deve realizar a Eutanásia caso venha verificar que o paciente é vítima de uma condição acidental ou patológica grave e incurável; que o paciente está inconsciente; que a situação é irreversível no atual estado do conhecimento científico.

A Comissão Federal de Controle e Avaliação Médica tem por objetivo analisar a conduta do médico na prática da eutanásia. Essa Comissão é formada por 16 membros com

reconhecida idoneidade na área médica. Dentre os membros serão escolhidos dois presidentes, um que domine o idioma francês e o outro, o alemão. As deliberações terão validade mediante no mínimo a presença de 2/3 dos membros. O mandato da Comissão é de quatro anos e a nomeação é por decreto real.

Frente a esta Comissão o médico executor da eutanásia apresenta um documento expondo os fatos e as condições em que a eutanásia foi realizada. A Comissão estuda o documento em 1ª seção e 2ª seção, podendo exigir maiores explicações ao médico ou de especialistas e, no prazo máximo de dois meses dá sua decisão: Se o médico não tiver tomado todas as precauções previstas na lei, a Comissão enviará o caso para o Promotor do lugar em que ocorreu a morte do paciente para as providências legais cabíveis; se o médico tiver tomado todas as precauções, a Comissão registrará as informações e arquivará o relatório.

Na Holanda, a lei difere bastante da Bélgica. Lá a lei denomina-se Lei sobre a Cessação da Vida a Pedido e o Suicídio Assistido (Procedimentos de Revisão), e é composta por 24 artigos.

Neste ordenamento, a prática de cessação da vida foi dividida em quatro áreas: 1. Decisões de não tratar o paciente; 2. Alívio da dor e sofrimento, abreviação da vida; 3. Eutanásia e suicídio assistido; 4. Ações que abreviam a vida sem pedido explícito.

Compete ao médico decidir sobre qual das modalidades dever ser aplicada, e para tanto ele deve estar atento aos requisitos de cuidados estabelecidos pela lei.

O médico tem que ter a convicção de que o pedido do paciente foi voluntário e bem avaliado; ter a convicção de que o sofrimento do paciente era intolerável e sem perspectiva de alívio; informar ao paciente a respeito de sua situação bem como sobre suas perspectivas;

junto com o paciente chegar a conclusão de que não há outra solução razoável para a situação; consultar ao menos um outro médico, independente, que examinou o paciente e deu seu parecer por escrito acerca dos requisitos de cuidados adequados mencionados acima; abreviar a vida ou assistir um suicídio com os cuidados adequados.

A lei holandesa define também quem pode ser agente passivo na prática da eutanásia. O médico pode atender aos pedidos nos seguintes casos: o paciente de 12 a 16 anos, se for considerado possuidor de compreensão razoável de seus interesses e, os pais ou responsáveis

concordem com o processo decisório. O paciente de 16 ou mais anos, se já não for capaz de exprimir sua vontade, mas, antes fez declaração escrita contendo pedido de cessação da vida. O paciente de 16 a 18 anos, se for considerado possuidor de compreensão razoável de seus interesses e os pais, ou responsáveis, tiverem participado do processo decisório. Para o adulto não há restrições. Como a lei não se refere aos menores de 12 anos, conclui-se que não se admite a eutanásia para crianças.

Para controlar a conduta médica a lei criou vários Comitês Regionais de Revisão para fins de Cessação da Vida a pedido e Suicídio Assistido. Cada Comitê é composto de um número ímpar de membros, incluindo um especialista em direito, que também é o presidente, um médico e um especialista em questões éticas e filosóficas.

A autoridade máxima na composição e manutenção do Comitê é o Ministro da Justiça, que nomeia os membros, escolhe o presidente e demite qualquer um deles, a qualquer tempo, seja por incompetência, incompatibilidade de opiniões, ou a pedido dos outros membros do comitê.

O médico depois de tomar toda a precaução para a prática da eutanásia, elabora um relatório de sua conduta e encaminha para avaliação do Comitê.

A função precípua dos Comitês é avaliar o relatório e a conduta do Médico; se ele agiu de acordo com os requisitos da lei. O Comitê pode solicitar ao médico que complemente seu relatório por escrito ou verbalmente ou indo buscar informações junto ao encarregado municipal de autópsias ou os provedores de cuidados envolvidos, para uma adequada avaliação das ações do médico.

Se o Comitê julgou que o médico não agiu de acordo com os requisitos de cuidados adequados, os membros deverão informar o médico, no prazo máximo de seis semanas, dando-lhe as explicações adicionais sobre o parecer, caso o médico assim requeira. Neste caso o Comitê é obrigado a fornecer também ao Promotor Público todas as informações necessárias para avaliar a conduta médica e uma possível investigação criminal.

Se, ao contrário, o Comitê considerou adequada e correta a conduta do médico, o relatório é arquivado e o caso encerrado.

A lei determina também que a conduta do próprio Comitê seja supervisionada pelo Conselho Geral de Procuradores e pelo Inspetorado de Assistência à Saúde do Serviço de Supervisão da Saúde Pública.

9 A Eutanásia e a Igreja Católica Romana

“Os homens interrogam-se com angústia sobre o significado da velhice extrema e da morte...teremos direito a uma morte suave, que abrevie os sofrimentos?” (Declaração sobre a Eutanásia)

O II Concílio Ecumênico do Vaticano reafirmou solenemente a eminente dignidade da pessoa humana e muito particularmente o seu direito à vida. Denunciou os crimes contra a vida, que são: “toda espécie de homicídio, o genocídio, o aborto, a eutanásia e o próprio suicídio voluntário”.

A Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé chamou a atenção para a doutrina católica sobre o problema da Eutanásia.

Os princípios dos Sumos Pontífices continuam sendo válidos, mas os progressos da Medicina exigem esclarecimentos precisos no plano ÉTICO. A Medicina aumentou a capacidade de curar e prolongar a vida, em condições que levantam problemas de caráter MORAL.

As Conferências Episcopais levantaram os questionamentos e a Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé elaborou a Declaração sobre a Eutanásia, depois de consultar peritos sobre o tema e de reafirmar a fé e a esperança em Cristo, que por Sua vida e morte, deu sentido novo à existência e à morte para os cristãos.

A Declaração sobre a eutanásia busca o consenso de todos os homens de boa vontade, que além das diferenças religiosas, filosóficas e ideológicas, possuem uma viva consciência dos direitos da pessoa humana.

O capítulo I dispõe sobre o valor da vida humana, nele há o reconhecimento de que a vida é o fundamento de todos os bens, a fonte e a condição necessária de toda a atividade

humana e de toda a convivência social. Tem o caráter sagrado e ninguém pode dispor da vida a seu bel-prazer. É um dom do amor de Deus. Deve ser conservada e frutificada.

Daí resultam as seguintes conseqüências: Ninguém pode atentar contra a vida de um homem inocente, sem com isso se opor ao amor de Deus para com ele, e sem violar o um direito fundamental; todos os homens têm o dever de conformar a sua vida com a vontade do Criador; a morte voluntária ou suicídio é tão inaceitável quanto o homicídio, pois constitui uma recusa da soberania de Deus e de seu desígnio de amor.

Há distinção entre o suicídio e o sacrifício pelo qual, por causa superior, como honra de Deus, a salvação de almas ou a serviço dos irmãos, alguém dá ou expõe a própria vida.

Um exemplo desta diferença é o caso do Santo mártir Maximiliano Kolbe que, estando preso em um campo de concentração, vive este momento de escolha, quando um homem do seu *bunker* foge e, como represália, os nazistas enviam para uma cela isolada dez outros prisioneiros para morrer de fome e sede. Um dos dez prisioneiros lamenta-se pela família que deixa, dizendo que tinha mulher e filhos, e Kolbe pede para tomar o seu lugar. Duas semanas depois, só quatro dos dez homens sobreviveram, incluindo Kolbe. Os nazistas decidem então executá-los com uma injeção de ácido carbólico. Sua conduta perante a Igreja não é considerada um suicídio, mas um sacrifício que, aos olhos de Deus, é altamente aprovado.

No capítulo II da Declaração, há um aprofundamento no tema eutanásia, entendida como uma ação ou omissão que, por sua natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar toda a dor. O posicionamento da Igreja é claro: Nada e ninguém pode autorizar algo que dê causa à morte de um ser humano inocente (do feto ao homem adulto) seja ele doente incurável ou agonizante. A ninguém é permitido requerer esse gesto homicida, para si ou para alguém que seja confiado à sua responsabilidade. Nem sequer consenti-lo explícita ou implicitamente.

Nenhuma Autoridade tem legitimidade para impor ou permitir a eutanásia. Perante a Igreja, essa conduta representa uma violação da Lei Divina, uma ofensa à dignidade da pessoa humana, um crime contra a vida e um atentado contra a humanidade.

A Declaração admite que possa haver um erro de juízo de consciência, por razões de ordem afetiva, que algumas vezes confundem a mente até mesmo das pessoas de boa-fé, mas não modifica a natureza desse gesto homicida, que sempre é inaceitável.

As súplicas do doente gravemente enfermo pela morte são interpretadas como angustiados pedidos de ajuda e de afeto. Nestes casos, além dos cuidados médicos, o que o doente tem necessidade é de amor, calor humano e sobrenatural, que podem e devem dar-lhes todos os que o rodeiam, pais e filhos, médicos e enfermeiros.

Perante o sofrimento atroz, a Igreja não exige uma atitude heróica do doente. A prudência humana e cristã aconselha o uso de analgésicos capazes de suprimir ou suavizar a dor, mesmo que restrinja a consciência e a lucidez.

“Não é lícito privar o moribundo da consciência, se não há um motivo grave. É preciso preparar-se com plena consciência para o encontro com Cristo”. (Pio XII)

É preciso proteger, no momento da morte, a dignidade da pessoa humana contra um “tecnicismo”, que corre o risco de se tornar abusivo. A decisão, em caso de dúvidas sobre o modo de aplicar a técnica terapêutica, cabe à consciência do doente ou às pessoas qualificadas para falar em nome dele. Não se é obrigado a usar os meios “extraordinários” mas, sim, os meios “proporcionais” para atender ao estado do doente.

Quanto às terapias experimentais, a Declaração assim define: Se não há outros remédios é lícito dispor de tratamentos, ainda que estejam em fase experimental de pesquisa. Se o tratamento não se mostrar eficaz, poderá ser interrompido. O seu uso será reconhecido como uma prova de generosidade ao serviço da humanidade.

Não se pode impor uma técnica experimental, mesmo que já esteja sendo utilizada por outros doentes, mas que não esteja isenta de perigos ou é demasiado onerosa. Recusá-la não corresponde ao suicídio, nem à eutanásia, significa aceitação da condição humana.

As normas contidas na presente Declaração Sobre a Eutanásia estão inspiradas por um profundo desejo de servir ao homem segundo o desígnio do Criador. Aqueles que exercem profissões destinadas a cuidar da Saúde pública nada hão de negligenciar para pôr a serviço dos

doentes e dos moribundos toda a sua competência, lembrando-se sempre de lhes prestar também o conforto, proporcionado pela bondade e caridade.

9. Aspectos éticos da eutanásia e a necessidade da assistência ao paciente moribundo.

A preservação da vida e o alívio do sofrimento fazem parte do dia-a-dia dos profissionais da saúde. São princípios morais que muitas vezes se chocam, por vezes tendo que se decidir entre um e outro, pois o alívio do sofrimento pode significar morte. Se insistirmos na preservação da vida, através de distanásia, estaremos no sentido contrário à única certeza que temos, que é a finitude da vida.

Mesmo nestes casos, os princípios éticos de preservação da vida, alívio do sofrimento, fazer o bem, não praticar o mal, praticar a justiça e permitir a autonomia, devem ser praticados numa seqüência de prioridades, que exige discernimento, conhecimento e convicção.

O paciente passível de cura terá como prioridade a preservação de sua vida. Aqueles que estão com a saúde tão debilitada, que, humanamente, seja irrecuperável, terá como prioridade o alívio ao seu sofrimento. Esse alívio traduz-se na necessidade de uma assistência integral ao paciente moribundo, que vai além das práticas médicas e medicamentosas. Inclui a assistência afetiva de seus familiares, amigos e dos profissionais de saúde. A inserção indiscriminada de pessoas, em fase terminal, nas UTIs representam, na prática, um afastamento físico e emocional do doente em relação às pessoas que lhes são mais caras. Não se trata de privar-lhes do tratamento, mas permitir-lhes aceitar sua condição e compartilhar com os que amam esse momento.

Ao nosso ver, é preciso estabelecer medidas justas de manutenção do paciente em estado terminal. São medidas ordinárias, pouco invasivas, de baixo custo e dentro da normalidade. Pois, as extraordinárias, fogem completamente do convencional, costumam ser caras e de complicada tecnologia.

Saber o que é o quê, nos momentos de decisão, é muito difícil. Acreditamos que o preparo dos profissionais de saúde, nestas oportunidades, é a única indicação possível. Quanto mais preparados eles forem, nós, os futuros pacientes e familiares, que estamos fora da área médica estaremos mais tranquilos nas decisões a serem tomadas.

Conclusão

A vida humana é sagrada porque desde a sua origem ela encerra a ação criadora de Deus, e permanece para sempre numa relação especial com o Criador, seu único fim. Só Deus é o dono da vida, do começo ao fim; ninguém em nenhuma circunstancia pode reivindicar para si o direito de destruir diretamente um ser humano inocente. (Catecismo Católico, 2258)

Sabemos que o tema Eutanásia suscita em nós sentimentos dúbios. Esse trabalho está muito longe de esgotar a questão.

No entanto, ao aprofundarmos um pouco em nossas pesquisas, nos deparamos com uma necessidade de reflexão sobre o sentido da vida, e não o sentido da morte.

A vida, ao nosso ver, toma contornos de alegria, esperança, amor e disposição quando a encaramos como uma estrada com curvas, buracos, pedágios, subidas e descidas, que calmamente, acreditando em um Poder Superior a nós, possa ser trilhada, no dia-a-dia. No sentido inverso, transforma-se em desespero, tristeza e agonia, quando olhamos para ela, com a certeza de que nada de bom ou ruim, que nos possa ocorrer, vale a pena. Para estes, com certeza, a eutanásia é a solução.

Não é fácil para um familiar ver seu ente querido (pais, filhos e cônjuges) em estado de profundo sofrimento físico e emocional. Pior é ver os mesmos parentes sofrendo espiritualmente, mesmo quando não estão enfermos, desejando a própria morte.

A busca por respostas se a prática da eutanásia deve se transformar em um direito, não virá em pouco tempo. No Brasil, há projetos tramitando no Congresso Nacional nesse sentido, mas o que não podemos perder de vista é que a prática da eutanásia, mesmo quando reconhecida no ordenamento legal, é um direito subjetivo, podendo fazer uso dela quem quiser.

Sempre caberá a cada um de nós fazer a sua própria escolha e que Deus nos ajude.

BIBLIOGRAFIA

BENTO, Luis Antonio. *A Eutanásia*. Disponível em <http://www.rccmaringa.com.br/formação>> Acesso em: 03 dez. 2007.

BAREA, Fernando. *Eutanásia*. Disponível em: <http://ar.geocities.com/apuntesdepico/index.htm>> Acesso em 10 nov. 2007.

CASANOVA, Eduardo. *Doente terminal e suspensão do tratamento: Eufemismos que encobrem a omissão de assistência*. Disponível em: <http://www.acidigital@acidigital.com> > acesso em 4 dez. 2007.

GALVÃO, Antonio Mesquita. *Bioética: A Ética a serviço da Vida: Uma abordagem multidisciplinar*. Aparecida: Santuário, 2004.

HIPÓCRATES. Juramento de Hipócrates.

MURANO, Júlio Serafin. *Mistanásia: a morte do pobre*. Disponível em: <http://www.quemtemselevenha.com.br/mistanasia.htm>> Acesso em 2 dez. 2007.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. *Problemas Atuais de Bioética*. São Paulo: Loyola, 2007, p. 374.

PESSINI, Léo. *Distanásia: até quando investir sem agredir?* Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/revista> > Acesso em: 30 nov. 2007.

RAMPAZZO, Lino; SILVA, Paulo César (orgs.). *Questões Atuais de Direito, Ética e Ecologia*. Campinas: Alínea. 2007.

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. *Bioética e início da vida*. Aparecida: Idéias & Letras. 2004.

RAMPAZZO, Lino. *Metodologia Científica*. São Paulo: Loyola. 2005.

SGRECCIA, Elio. *Aspectos Éticos da Assistência ao Paciente Moribundo*. Disponível em: <http://www.acidigital@acidigital.com> > acesso em 4 dez. 2007.

Referências Legislativas

ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos do Humanos. 10 dez.1948.

BÉLGICA. Lei da Eutanásia. 28 mai. 2002. *Diário Oficial Belga*. 22 jun. 2002.

CONSELHO EUROPEU. Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade dos Doentes Incuráveis e Terminais. Recomendação n.1418. jun.1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução nº 1.246/88. Ementa: O presente código contém normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independentemente da função ou cargo que ocupem. Brasília, 08 jan. 1988.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.805/2006. Ementa: Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Brasília, 28 nov. 2006.

HOLANDA. Lei sobre a cessação da vida a pedido e o suicídio assistido. nº 26691, n. 137. 1 abr. 2002.

SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. Declaração sobre a Eutanásia. Vaticano, 3 ago. 1980.

SÃO PAULO. Lei n. 10.241. 17 mar. 1999. Ementa: Regula sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde, assegura ao paciente terminal o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida. *Diário Oficial*, Poder Executivo, São Paulo, SP, 17 mar. 1999.

UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 19 out. 2005.

VATICANO. Carta Apostólica *Laetamur Magnopere*. *Catecismo da Igreja Católica*. São Paulo: Loyola, 2000