

NO LIMITE ENTRE A VIDA E A MORTE:
O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA COMO FUNDAMENTO ÉTICO-
JURÍDICO DO DIREITO A MORRER SEM SOFRIMENTO DOS
PACIENTES TERMINAIS

*ON THE BORDER BETWEEN LIFE AND DEATH: THE PRINCIPLE OF
HUMAN DIGNITY AS ETHICAL-LEGAL BASIS OF THE RIGHT TO DIE
WITHOUT SUFFERING FOR TERMINAL PATIENTS*

João Marcos Brasil Rodrigues¹

RESUMO

Os avanços tecnológicos dos tempos modernos, cada vez mais dinâmicos, acabam trazendo consigo uma série de novidades para a filosofia, particularmente no campo da ética e do direito. O foco deste artigo se insere no âmbito da bioética e do biodireito, uma vez que aborda a discussão acerca da possibilidade de os pacientes negarem tratamentos médicos invasivos ou o prolongamento da vida em um estado que considerem indigno. A análise tem como um de seus objetivos entender de que forma o princípio da dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais podem ser utilizados para humanizar essa discussão e garantir uma melhor qualidade de vida aos envolvidos. Obras de autores como Stephen Holland (2008), Raúl Villarroel (2014) e Asunción Álvarez Del Río (2014) contribuíram para introduzir e fundamentar esse debate, a partir dos conceitos que ele envolve e da relação deles com princípios e dispositivos do direito. Apresentam-se também posicionamentos diversos acerca do tema, numa tentativa de demonstrar a complexidade da questão e também de refinar os argumentos, questionando-se suposições comumente aceitas de maneira acrítica para fundamentar opções legislativas, dentre elas uma abordagem pouco cautelosa da doutrina da santidade da vida. Considerando a profundidade do tema, os resultados do levantamento e leitura da bibliografia representam ainda o início de um percurso de investigação, que há de se aprofundar e acompanhar a dinâmica do debate na própria sociedade civil e na academia.

Palavras-chave: dignidade humana; eutanásia; direitos fundamentais.

ABSTRACT

Modern technological advances, increasingly dynamic, have brought with them a series of new elements to philosophy, particularly in the ethics and law areas of study. This article is focused on bioethics and biolaw, since it discusses the opportunity for the patients to choose to deny invasive medical treatments or the prolongation of their lives in a state they deem undignified. One of the objectives of the analysis is to understand by what means the principle of human dignity and the fundamental rights can be utilized to humanize the discussion and ensure the ones concerned a better quality of life. Works of authors such as Stephen Holland (2008), Raúl Villarroel (2014) and Asunción Álvarez Del Río (2014) have contributed to introduce and substantiate the debate, based on

¹ Graduando em Direito pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; integrante do grupo de pesquisa Núcleo de Teoria dos Direitos Humanos.

the concepts that it involves and their relation to constitutional principles and legal provisions. Diverse viewpoints on the subject are also presented, in an attempt to demonstrate the complexity of the matter, as well as refine the arguments, questioning assumptions that are, uncritically, commonly accepted to justify legislative options, such as a not so cautious approach on the sanctity of life doctrine. Considering the intricacy of the topic, the results of the bibliographic analysis represent only the beginning of an investigation which will be enhanced and developed to keep up with the debate dynamics in the academic scope and in civil society.

Keywords: human dignity; eutanásia; fundamental rights.

1. INTRODUÇÃO

A temática da eutanásia é suscitada desde a Antiguidade na história da humanidade e revela uma prática utilizada, no curso dessa longa trajetória, com diversas finalidades. Em diálogo com tal historicidade, conforme explicita Asunción Del Río (2014), a prática da eutanásia consolidou quatro principais acepções: “1) *inducir la muerte a quienes están sufriendo*; 2) *terminar con la vida de quienes son indeseables*; 3) *dar atención a los moribundos*, y 4) *dejar morir a las personas*”². Todavia, para a abordagem aqui proposta, não se tratará da segunda definição, por conta dos evidentes problemas éticos que apresenta. Para além da questão conceitual, também deve se ressaltar o surgimento de teorias distintas acerca da possibilidade ou não de se permitir a prática da eutanásia, levando em conta uma possível lesão ao direito à vida, trazendo argumentos essenciais para uma compreensão mais profunda da questão.

Na experiência social contemporânea, a questão volta às discussões públicas, a partir de casos concretos que ganham vasta cobertura midiática e de desenvolvimentos tecnológicos que não só redefinem a concepção de eutanásia, como também criam novos conceitos e trazem mais alternativas para os pacientes terminais lidarem com sua condição. A evolução dos cuidados paliativos e a técnica do suicídio assistido são exemplos desse fenômeno, ambos sendo abordados também neste trabalho.

2. EUTANÁSIA E O DIREITO À VIDA

Apesar de não ser um tema novo, a eutanásia cada vez mais se torna uma questão importante na sociedade, por conta de dois fatores principais. Em primeiro lugar, há o crescente avanço das ciências, que ampliam cada vez mais o controle do homem sobre a natureza,

² ÁLVAREZ DEL RÍO, Asunción. **Práctica y ética de la eutanásia**. Cidade do México: Fondo de Cultura Económica, 2014, p. 26.

inclusive sobre a duração da vida, proporcionando novas tecnologias que redefinem o panorama da biomedicina, modificam os conceitos de vida e de morte e ampliam as zonas limítrofes entre esses dois estados. A própria experiência da morte torna-se, deste modo, uma frustração, pois é um limite desse controle. Assim, conforme Raúl Villarroel, “*en este contexto tecnocientífico la muerte se convierte en una anomalía, representa la insuficiencia de un saber y de una razón instrumentales*”³.

Em segundo, há o processo de expansão dos direitos fundamentais, tanto em número quanto em abrangência, resultando no surgimento de novas concepções acerca do direito à vida, com uma abordagem que não se resumia à preservação da vida, mas também abrangia a sua qualidade. Dessa forma, escolher encerrar a vida poderia ser uma opção para aqueles que não mais a viam como desejavam, que a consideravam, nos termos em que se encontrava, como sendo indigna, degradante. E esses avanços teóricos apresentam diversos reflexos na sociedade, tais como:

*[...] la generación de movimientos y perspectivas que exigen respeto a la decisión autónoma de los pacientes terminales que aspiran a que su voluntad quede plasmada y legitimada en diversos documentos – testamentos vitales, autorizaciones judiciales, directivas anticipadas de no reanimación – que avalen el “derecho humano” de morir dignamente o de vivir del modo más digno los últimos momentos de la propia vida; es decir, a disponer del propio cuerpo [...]*⁴

Essas novas formas de compreender o direito à vida fundamentavam uma certa visão do valor de vida: a da qualidade de vida⁵. Segundo ela, a qualidade de vida seria relevante para o valor da vida, o que, por si só, seria demasiadamente vago. Para tentar dar maior especificidade a essa questão, duas correntes principais foram elaboradas. A primeira seria uma versão mais amena, segundo a qual a qualidade de vida serviria para moderar o valor da vida. Portanto, existiriam vidas que teriam mais valor do que outras, de acordo com a sua qualidade. A segunda, por sua vez, seria uma versão mais forte, que incorpora as afirmações da primeira corrente, mas não se limita a elas. Para essa visão, para que a vida tenha algum valor, deve estar acima de certo limiar de qualidade. Se estiver abaixo dele, ela não teria valor, podendo, então, se considerar a morte como uma opção melhor do que a manutenção dessa vida⁶.

Assim, dois tipos de valor são priorizados por essas teorias. O valor subjetivo, que seria aquele dado pelo próprio indivíduo a algo que lhe diz respeito, seja por a ele pertencer ou por

³ VILLARROEL, Raúl. **Interesarse por la vida: ensayos bioéticos y biopolíticos**. Santiago: Editorial Universitaria, 2014, p. 62.

⁴ Idem, p. 65.

⁵ HOLLAND, Stephen. **Bioética: enfoque filosófico**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2008.

⁶ Idem.

ser uma experiência pessoal. E o valor instrumental, ou seja, a serventia que determinado elemento tem como meio para um fim, como forma de obtenção de algum resultado.

A visão da qualidade de vida se contrapõe à doutrina da santidade da vida, uma teoria mais tradicional sobre o tema, segundo a qual a vida mereceria um nível máximo de respeito e proteção, sendo um bem ou um direito inviolável. Deixar com que a morte tome seu lugar, seja matando, deixando de preservar ou deixando de prolongar a vida, seria moralmente errado. Com isso, haveria a prevalência de um valor intrínseco, ou seja, que vale por si mesmo, independentemente do uso que pode ter ou da forma como qualquer um a veja, inclusive o próprio indivíduo que está passando pela experiência daquela vida.

Essa linha de raciocínio costuma se apresentar em conjunto com a doutrina do duplo efeito. Ela diferencia as consequências das ações entre resultados tencionados e resultados previsíveis, mas não tencionados. A partir disso, caracteriza como moralmente injustificável uma ação que tenha a intenção de causar um mau resultado. Já aquelas em que o resultado ruim é previsível, mas não tencionado, a ação poderia ou seria mais fácil de ser justificada.

Dessa forma, embora não seja favorável à finalização intencional da vida, essa doutrina está de acordo com tratamentos médicos para aliviar o sofrimento dos pacientes que possam encurtar sua vida. Afinal, este seria um resultado não tencionado, o que se prova pelo fato de que o médico não ficaria frustrado caso não ocorresse.

Dadas essas duas visões extremamente distintas, três alternativas de resolução desse impasse se apresentam. No entanto, Stephen Holland⁷ afirma que nenhuma delas é ideal. Uma série de dificuldades – tanto nas elaborações teóricas quanto nas discussões práticas, concretas, acerca do tema – impede o êxito completo delas.

A primeira alternativa busca a combinação de ambas as perspectivas. O autor traz como exemplo as elaborações de Dworkin. Os adeptos de ambas as visões, para ele, concordariam quanto a um valor “sagrado” da vida, pois mesmo aqueles com posições mais liberais, que dessem mais peso à qualidade de vida, não tratariam a eliminação da vida humana de maneira leviana. Por exemplo, podem achar que há um dever do Estado e dos profissionais da saúde de prevenção ao suicídio, ao mesmo tempo em que defendem a legalização da eutanásia. Isso demonstraria que não desconsideram o valor intrínseco da vida, apenas garantem mais peso aos valores subjetivo e instrumental. Além disso, mesmo os defensores da doutrina da santidade da vida, em alguns casos extremos, poderiam concordar com o encerramento de uma determinada existência. A disputa em questão, desse modo, “não se refere ao valor da vida, mas, antes às

⁷ Idem.

implicações morais da ‘santidade’ da vida (especificamente, à permissão moral das várias maneiras de ‘frustrar’ a vida)”⁸.

Essas considerações possuem sua relevância e mostram algumas perspectivas de resolução de impasses concretos, mas, para Holland, a combinação das visões pressupõe que as posições trazidas no debate se apresentam de forma mais moderada do que realmente são. Segundo o autor, a influência da religião não é algo que se manifesta tão somente nas nomenclaturas do debate, mas sim um fator ainda presente nas elaborações concretas de posições de uma parcela da população, para a qual a vida humana seria uma dádiva divina, e “os direitos de propriedade de Deus sobre a vida tornam errado nosso ato de tirá-la, independentemente de quaisquer outras considerações, incluindo o sofrimento que poderia assim ser evitado”⁹. Frente a isso, há uma dificuldade real de se estabelecer um diálogo que possibilite uma combinação de visões que possuem não somente divergências teóricas, de prioridades, mas também teológicas, em um embate entre argumentos religiosos e seculares. Não seria, por conseguinte, possível estabelecer uma combinação real, efetiva e permanente entre as duas perspectivas. O máximo que se poderia estabelecer seria uma concordância pontual, na resolução de casos específicos, mas com fundamentos muito distintos para cada linha argumentativa.

E justamente essa concordância em alguns casos conduz à segunda possibilidade de superação do dilema: a conciliação das duas teorias em conflito. Assim, poder-se-ia optar por uma concordância prática, em detrimento de uma combinação teórica, abstrata, de ambas as visões.

No entanto, as conciliações seriam pontuais e dependeriam, mais uma vez, da colocação apenas de argumentos moderados no debate. Um conservador moderado poderia concordar com um adepto da visão fraca da qualidade de vida em determinados casos, mas, além de não haver uma garantia de concordância em todas as hipóteses, pontos de vista que se afastassem dessas posições mais amenas trariam uma dificuldade real para um consenso.

Além disso, haveria sempre uma tensão no plano de fundo dessas pontuais convergências. As duas teses partem de pressupostos e princípios distintos, cada uma com suas prioridades e dificuldades argumentativas para enfrentar. Portanto, mesmo nos casos em que a conciliação é obtida, “a concordância prática *prima facie* mascara uma divergência moral subjacente”¹⁰.

⁸ Idem, p. 89.

⁹ Idem, p. 91.

¹⁰ Idem, p. 93

Por fim, a terceira opção seria a seleção de uma das visões para a solução dos casos concretos e para o tratamento normativo da situação dos pacientes terminais. Contudo, tanto a doutrina da santidade da vida, quanto a visão da qualidade de vida, teriam suas próprias limitações e dificuldades, algumas delas já tangenciadas no presente texto, e uma escolha traria o risco de não as superar.

A doutrina da santidade da vida já apresenta uma complicação em sua própria nomenclatura: o termo “santidade” sugere fundamentos religiosos¹¹. Esse tipo de crença pode ser extremamente relevante para decisões pessoais, e deve ser respeitado como fundamento de se optar ou não pela eutanásia para si. No entanto, não tem condições, em um Estado laico, de ter o mesmo peso no debate na sociedade, para a elaboração de políticas públicas que serão aplicadas a toda a sociedade.

Ademais, ao caracterizar a vida como “sagrada”, inviolável qualquer hipótese, levanta um questionamento: qual vida estaria nessa categoria? Se apenas certas vidas, ou as vidas de certos tipos de criaturas, possuem importância, faltaria uma fundamentação consistente que justificasse essa opção, a restrição pareceria arbitrária¹². Por outro lado, caso não se tivesse restrição alguma, haveria uma proibição exageradamente abrangente e que não teria aplicabilidade prática, “pois, em última análise, confrontar-se-ia com uma criatura cuja vida seria absurdo considerar valiosa: por exemplo, corre o risco de ter de dizer que a vida do vírus da varíola possui uma vida sagrada e intrinsecamente valiosa”¹³.

A visão da qualidade de vida, por sua vez, esbarra em problemáticas de outra natureza. A própria afirmação geral de que a morte pode ser melhor do que certas vidas é incerta, uma vez que “seria preciso comparar ao estado de estar vivo com o estado da morte, e isto é, por princípio, impossível. Podemos comparar vidas concretas (uma vez que haja acordo quanto aos critérios), mas não podemos comparar a vida com a não-existência”¹⁴. O uso de conceitos demasiadamente vagos também prejudica diretamente a utilidade da teoria. É difícil precisar, com fatores objetivos, o que seria uma qualidade de vida alta ou baixa, a partir de que ponto e em que medida isso influencia na forma de encarar situações concretas dos pacientes. E a falta de precisão, ao se tratar de decisões acerca da continuidade ou não de uma vida humana, é extremamente perigosa. Para se determinar o critério de qualidade e tentar superar esse dilema, duas perspectivas podem servir como base: a objetiva e a subjetiva¹⁵.

¹¹ Idem.

¹² Idem.

¹³ Idem, p. 94.

¹⁴ Idem, p. 95.

¹⁵ Idem.

A primeira seria a busca por elementos objetivos que pudessem determinar se uma vida teria uma qualidade baixa ou não. Essa alternativa é extremamente questionável, e sua aplicação seria facilmente distorcida. Não é possível afastar por completo elementos subjetivos da análise de um tema que envolve tantos fatores. Cada experiência teria suas características particulares, que seriam percebidos de uma forma variável pelas pessoas envolvidas. Assim, já se torna difícil até mesmo escolher os critérios que fundamentariam uma suposta análise objetiva e o peso que cada um deles teria para determinar a qualidade da vida. Chega-se, dessa forma, a um risco gritante de uma arbitrariedade nesse processo. O Estado, a equipe médica responsável pelo paciente, ou mesmo ambos, teriam o poder de determinar se um paciente poderia ter sua vida encerrada por meio da eutanásia ou não.

Haveria, então, a possibilidade de se utilizar um critério subjetivo, ou seja, quem determinaria se a vida teria uma qualidade muito baixa, na forma em que está, seria o próprio paciente. A principal crítica feita a essa posição seria a de que haveria uma negligência muito expressiva em relação à vida. Por simplesmente acreditar que sua vida não tem valor, um indivíduo poderia requerer a eutanásia. De fato, é um risco que deve ser levado em consideração. No entanto, também se deve ter em conta de que a eutanásia é um tipo de tratamento de saúde, e não uma opção individual qualquer, além de que seria uma última alternativa, havendo outros tratamentos ou avaliações que poderiam anteceder-lá, como será discutido mais adiante.

Um critério subjetivo também poderia ser uma alternativa para lidar com o impasse de se comparar os estados de vida e de morte. Não haveria uma primazia intrínseca de um sobre o outro, mas uma preferência pessoal, que incidisse apenas sobre o próprio indivíduo, de um em relação ao outro. Asunción Del Río, ao expor a posição de Dworkin sobre o tema, coloca esse raciocínio:

Para empezar, el autor recomienda desechar la idea de que existen mejores o peores experiencias. Es evidente que no es mejor ni peor experiencia estar inconsciente que muerto, pues en ningún caso se tiene conciencia de la experiencia. Sin embargo, independientemente de que alguien llegue a experimentar de ese modo el final de su vida, puede ser muy importante para esa persona, mientras esté viva y consciente, la idea de ese final, pues el cierre de su vida da un significado retrospectivo a lo vivido en su totalidad. Por ello, habrá personans que consideren que su vida será peor, em su conjunto, si pasan por un periodo de inconsciencia o demencia, así como habrá otras que encuentren que su vida será peor si pierden la oportunidad de prolongarla todo lo posible, sin importar en qué condiciones¹⁶.

¹⁶ ÁLVAREZ DEL RÍO, Asunción. **Práctica y ética de la eutanásia**. Cidade do México: Fondo de Cultura Economica, 2014, p. 64.

O debate acerca do direito a morrer com dignidade é essencialmente um dilema ético, não há um posicionamento que seja absolutamente imune a qualquer questionamento ou que não tenha que se deparar com seus próprios limites. Até mesmo pelo fato de que cada vez mais novas questões surgem, com o desenvolvimento tecnológico, trazendo consigo, também, suas próprias questões éticas para somar à discussão. No entanto, a visão da qualidade de vida com base em um critério subjetivo parece ser o caminho mais promissor para uma argumentação com o objetivo de permitir a prática da eutanásia, com base nos princípios da autonomia da vontade e da dignidade da pessoa humana, que daria uma nova leitura ao direito à vida. Não se trata de ignorar a discussão travada anteriormente, já que mesmo essa alternativa possui seus desafios. Um exemplo disso são os pacientes terminais incapazes de exprimir vontade ou de ter uma real noção da situação em que se encontram, como aqueles que estão em estado vegetativo ou que possuem alguma deficiência mental severa, gerando, assim, todo um novo campo de discussão sobre a possibilidade ou não de eutanásia nesses casos específicos. Mas é preciso caminhar para alguma resposta que tenha impactos práticos, para permitir uma atuação judicial com fundamentação mais sólida sobre o tema. Nesse ponto, Villarroel ressalta:

*[...] el reconocimiento de un derecho a morir conforme a la propia voluntad no puede convertirse en la arena de unas discusiones sin fin, que terminen [...] por perder de vista y desconocer el compromiso esencial de la sociedad y del Estado con el derecho constitucional del individuo a responder autónoma y libremente ante lo que le afecta y le concierne [...]*¹⁷.

3. AS EUTANÁSIAS E OUTRAS ALTERNATIVAS PARA OS PACIENTES TERMINAIS

Feita a contextualização do debate, com o levantamento das posições principais acerca do direito à vida e dos valores envolvidos, pode-se partir para o tema da eutanásia de forma mais específica. Para isso, é importante se fazer um aprofundamento conceitual.

Alguns conceitos de eutanásia, ainda que não muito bem delimitados, são recorrentes no debate público, o que faz com que se tenha, em geral, uma noção do que se trata. Não é simples chegar a uma definição consensual entre os autores, mas algumas delas podem ser utilizadas como base para uma melhor compreensão do tema.

A primeira delas é a dada pelo professor holandês Henk Ten Have, que busca trazer a definição utilizada para a aplicação da prática em seu país de origem, onde ela é permitida.

¹⁷ VILLARROEL, Raúl. **Interesarse por la vida: ensayos bioéticos y biopolíticos**. Santiago: Editorial Universitaria, 2014, p. 68.

Assim, a eutanásia seria “*la finalización intencional, por parte de un médico, de la vida de un paciente, a petición de éste*”¹⁸. Essa conceituação apresenta três elementos principais, conforme aponta Del Río : a intenção do médico de terminar diretamente com a vida do paciente, para então se colocar fim ao sofrimento pelo qual este passa; o pedido do paciente – voluntário, explícito e reiterado – como uma justificativa moral e garantia de que se estará respeitando a sua autonomia, e não lhe impondo a morte; a presença do médico, e não qualquer pessoa ou outro profissional da saúde, para que se possa de fato falar em eutanásia, e não em homicídio¹⁹.

A segunda é a definição da própria Del Río, que a cunha depois de refletir sobre outras trazidas por diversos autores. Para ela, “*la eutanásia es el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste*”²⁰.

E, por fim, haveria um certo conceito que poderia ser extraído da etimologia da palavra. Ela se separa em dois termos: *eu*, que significa boa; e *thanathos*, cujo significado é morte. A eutanásia seria, então, uma boa morte, pois não teria sofrimento, seria uma morte não-violenta.

Tais conceitos são gerais, buscam abarcar a prática da eutanásia como um todo. No entanto, existem diversas formas distintas de realizá-la, de acordo com uma série de critérios, que também permitem uma melhor compreensão não apenas do que se entende por eutanásia, mas também em como pode se concretizar na prática.

A primeira subdivisão relevante é aquela de acordo com a vontade do paciente. Existem três tipos de eutanásia nesse sentido: a voluntária, a involuntária e a não-voluntária. A voluntária tem como base o consentimento do paciente para que lhe seja causada a morte. A involuntária, por sua vez, seria a situação em que o paciente teria sua vida encerrada contra a sua vontade. E a não voluntária, por fim, se dá quando o paciente não pode exprimir sua vontade, se está inconsciente, por exemplo.

Conforme indica Holland²¹, a eutanásia voluntária é moralmente preferível, no entanto, uma série de fatores de cada caso faz com que outras alternativas sejam defendidas por alguns, ainda que, como a maior parte dos temas da bioética e do biodireito, permaneçam controversos. Apesar de a involuntária apresentar evidentes complicações morais, sendo difícil diferenciá-la do homicídio, a eutanásia não-voluntária, por exemplo, seria a única possível para os pacientes

¹⁸ Ten Have apud ÁLVAREZ DEL RÍO, Asunción. **Práctica y ética de la eutanásia**. Cidade do México: Fondo de Cultura Económica, 2014, p. 29.

¹⁹ ÁLVAREZ DEL RÍO, Asunción. **Práctica y ética de la eutanásia**. Cidade do México: Fondo de Cultura Económica, 2014.

²⁰ Idem, p. 30.

²¹ Idem.

que estivessem em algum estado de inconsciência e não tivesse deixado qualquer tipo de diretriz antecipada.

As diretrizes antecipadas seriam orientações, expressas pelo paciente em um documento, acerca de quais tratamentos o próprio gostaria que não lhe fossem aplicados e em quais circunstâncias optaria pela eutanásia, para o caso de não poder expressar sua vontade no futuro.

Em segundo lugar, há uma distinção de acordo com o tipo de conduta que leva à morte do paciente. A eutanásia ativa seria a ação direta de encerrar a vida do paciente, como uma injeção letal, por exemplo. Já a passiva, também chamada de ortotanásia, se dá por meio de uma omissão, quando não se interfere no curso natural da doença ou condição debilitante da qual sofre o paciente, deixando-o morrer em virtude dela.

Há, também, uma diferença entre rejeição e interrupção do tratamento. A primeira situação reflete uma opção do paciente por não se iniciar um tratamento de preservação de vida. A interrupção, por sua vez, é a decisão de se parar um tratamento desse tipo que já se encontra em andamento. Esses dois tipos, em geral, são colocados na categoria de eutanásia passiva. No entanto, existe uma área duvidosa, ambígua, nesse sentido, fazendo com que essa classificação não possa ser tratada como absoluta e inflexível. Desligar as máquinas de suporte vital, uma forma de interrupção do tratamento, é um exemplo disso. O ato não é a causa direta da morte do paciente, o que de fato o mata é sua condição médica, que o impede de se alimentar ou de respirar. No entanto, tampouco se trata de uma omissão. Alguém, ativamente, realiza a conduta de desligar os aparelhos. Nesse sentido, “parar o tratamento parece estar mais próximo de uma ação positiva do que não chegar a iniciá-lo”²².

Apesar de a eutanásia normalmente ser o grande foco dos debates acerca da terminação da vida, existem outras alternativas que podem estar disponíveis aos pacientes terminais, para que decidam sobre sua vida no estado em que se encontra. Para a discussão aqui proposta, duas delas se mostram mais relevantes: o suicídio assistido e os cuidados paliativos.

O suicídio assistido é uma prática pela qual o médico apenas fornece os meios para a morte do paciente e ensina a ele como utilizá-los. Dessa forma, não há uma interferência médica como na eutanásia, em que o profissional é o agente ativo da morte do enfermo, mas apenas uma assistência, uma participação bem mais sutil.

Os principais benefícios seriam aliviar o peso moral da ação do médico e garantir que o paciente possa reforçar ainda mais a sua autonomia, sendo ele próprio quem causa sua morte, quando a deseja. Além disso, é uma opção melhor do que o suicídio comum por não abranger

²² Idem, p. 122.

métodos violentos, sendo o conhecimento técnico do médico extremamente útil para isso. Uma pessoa que opta pelo suicídio simples se utiliza dos meios que consegue ter à sua disposição, e que costumam ser violentos e apresentar riscos de falhas indesejadas. O suicídio medicamente assistido evitaria tais problemas e aproximaria ainda mais essa prática do conceito de “boa morte”, no qual a eutanásia também se baseia.

No entanto, esse método não pode se aplicar a todos os casos. Tendo em vista que seria o paciente quem conduziria o processo de sua própria morte, ele deve possuir capacidade física e mental para fazê-lo. Assim, ficam excluídos dele os pacientes inconscientes, com debilidade motora incapacitante ou com deficiência mental severa.

A outra alternativa seriam os cuidados paliativos, uma assistência médica voltada para pacientes terminais com o foco de aliviar a dor e o sofrimento causados por sua condição de saúde, trazendo, assim, uma melhoria para sua qualidade de vida. Ao apresentar essa opção, Del Río²³ ressaltava as reflexões de Marie De Hennezel, psicóloga francesa que trata do tema do fim da vida. Ela se coloca contra a eutanásia, afirmando que ela seria uma decisão precipitada, uma tentação por parte do paciente e da equipe médica, e não a melhor escolha para garantir a dignidade das pessoas. Para ela, os cuidados paliativos não seriam apresentados como uma opção viável para o paciente, que veria suas escolhas limitadas ao sofrimento completo trazido por sua doença ou à sua morte.

Uma série de elementos levariam a essa decisão precipitada pela eutanásia. Um deles seria a ausência de uma abordagem séria acerca do tema, que de fato colocasse como uma opção que seria seguida pela equipe médica. Além disso, o fato de a temática da morte ser tratada como um certo tabu impede que se discuta amplamente sobre como lidar com ela. Não se aprende a lidar com a presença prolongada da morte, situações como as dos pacientes terminais, em que ela estará iminente, pois a pessoa estaria a pessoa se encontraria em um verdadeiro limite entre a vida e a morte. Desse modo, não só se dá uma preferência a evitar essas situações limítrofes entre a vida e a morte, como até se evita contato com a própria pessoa que nela se encontra, exatamente por não se saber como lidar com a situação. E, a partir do momento em que os pacientes se sentem socialmente mortos, podem fazer uma escolha precipitada pela eutanásia. Nesse sentido,

La tentación de la eutanasia, como solución precipitada, se da cuando un paciente solicita ayuda para morir y se encuentra con la angustia de un médico que quiere terminar con el sufrimiento del enfermo porque lo considera intolerable y cree que no tiene nada más que ofrecerle²⁴.

²³ Idem.

²⁴ Idem, p. 43.

Frente às frustrações de não conseguir garantir uma cura para o paciente e às dificuldades em se lidar com essa iminência da morte, a equipe médica poderia transmitir, até mesmo de forma inconsciente e não verbal, a ideia de que não suporta o sofrimento do paciente. E este, vendo que nem mesmo os profissionais conseguem lidar bem com a sua situação, seria profundamente impactado por isso, sem contar possíveis abandonos de familiares.

Com o sentimento de que não é possível conviver com a sua condição, a presença de sintomas que prejudiquem seu bem-estar ou algumas funções de seu corpo e um possível desenvolvimento de um quadro de depressão por conta do acúmulo de todos esses fatores, o paciente escolheria a eutanásia. Não por livre e espontânea vontade, mas sim por acreditar que seria sua única opção. De Hennezel afirma, em suma, que sob o pretexto de se tentar garantir o exercício de direitos advindos do princípio da dignidade da pessoa humana, a eutanásia estaria, na verdade, reforçando uma mensagem negativa de que a vida daquele paciente não teria valor, tanto que poderia ser terminada na primeira oportunidade de escolha.

Essa série de considerações é extremamente importante para que se entenda a complexidade e a seriedade do debate em questão. Cada decisão envolve uma série de valores e princípios que devem ser considerados, ainda mais tendo em mente que não se poderá voltar atrás para algumas opções nos casos concretos. No entanto, é preciso fazer também algumas ressalvas a essas colocações.

Para Del Río²⁵, o erro principal dessa linha de argumentação é tentar formar uma regra geral para casos em que as motivações e outros fatores que influenciam na decisão são variáveis. Nesse sentido, reforça a alternativa pela adoção de um critério subjetivo, após o paciente passar por um processo de decisão autêntico e com um prazo razoável.

Além disso, ela traz o posicionamento de Salvador Pániker, filósofo e presidente da *Asociación por el Derecho a Morir Dignamente*, da Espanha, que defende que não há uma oposição real entre cuidados paliativos e eutanásia. Na verdade, ambos seriam complementares.

*Según él, no debe haber eutanasia sin cuidados paliativos previos, así como tampoco cuidados paliativos sin una posible eutanasia. Y añade que el simple hecho de saber que existe la posibilidad de la eutanasia tiene un efecto benéfico y tranquilizador, porque los enfermos saben que al llegar a ciertos límites el horror puede detenerse*²⁶.

Dessa forma, em um mesmo sistema de saúde, tanto a eutanásia quanto os cuidados paliativos poderiam ser disponibilizados. Estes viriam inicialmente, junto com um acompanhamento psicológico, e aquela estaria disponível como última opção ou como medida para casos mais extremos. Afinal, conforme indica Del Río na obra citada, mesmo De Hennezel

²⁵ Idem.

²⁶ Idem, p. 53.

afirma que em casos nos quais as tentativas de aliviar o sofrimento fracassaram, o pedido pela eutanásia seria uma “reivindicação existencial”²⁷, havendo uma justificativa moral para a adoção da prática, ainda que julgue certo manter a responsabilidade penal do médico. Possíveis dificuldades práticas de garantia de número de funcionários ou de equipamentos para a manutenção dessas duas práticas já se encontram em um outro nível de discussão, mais específico de determinadas experiências concretas, e não como uma contraposição geral à eutanásia em si.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conclusões que se podem chegar a partir desse debate não são muitas e, certamente, não podem ser tratadas como definitivas, absolutas. Para além de todas as dificuldades de se encarar esse verdadeiro dilema moral, o avanço tecnológico influencia constantemente o andamento de toda a discussão, oferecendo novas possibilidades, conceitos e, conseqüentemente, questões a se enfrentar.

Mas justamente a compreensão da complexidade, e também de certa urgência, do debate resulta nas principais conclusões a que se pode chegar por enquanto. Não se pode adotar uma posição, ainda mais uma que seja legislativa ou institucional, sem uma fundamentação elaborada. A adoção de uma doutrina da santidade da vida no Brasil de forma acrítica, raramente considerando pontos fundamentais como os trazidos anteriormente, com todos os princípios e direitos constitucionais que estão envolvidos no tema, é um problema muito sério, fundamentando decisões que são cruciais para a vida de pessoas que estão em situação terminal. Além do fato de ser inegável que, na sociedade brasileira hoje, a discussão está recheada de argumentos com bases religiosas, o que, no debate público em um país que tem um Estado laico, é um vício a ser sanado.

Quanto à possibilidade do uso do princípio da dignidade humana como fundamentação de um direito a morrer sem sofrimento, alguns caminhos argumentativos foram apresentados. Ainda que não seja pertinente colocar uma posição como a única possível ou aceitável, a adoção de um critério subjetivo para a qualidade da vida do próprio indivíduo parece ser a mais promissora para justificar, com base na dignidade da pessoa humana, tanto a existência de um direito a morrer com dignidade, sem sofrimento, quanto a implementação dos métodos para atendê-lo. Desse modo, se evitam todos os empecilhos de se adotar um suposto critério objetivo,

²⁷ Idem, p. 49.

que não estaria livre de subjetividades daqueles que o definem. Com todo um acompanhamento e apoio, que permitisse que o paciente estivesse plenamente informado de sua situação e suas possibilidades, se permitiria um atendimento mais humanizado e digno para essas pessoas. Com todas as faltas de certeza e dificuldades em se estabelecer uma posição como a correta, torna-se difícil a tarefa de determinar como outras pessoas deveriam decidir passar o final de sua vida.

5. REFERÊNCIAS

ÁLVAREZ DEL RÍO, Asunción. **Práctica y ética de la eutanásia**. Cidade do México: Fondo de Cultura Economica, 2014.

HOLLAND, Stephen. **Bioética: enfoque filosófico**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2008.

VILLARROEL, Raúl. **Interesarse por la vida: ensayos bioéticos y biopolíticos**. Santiago: Editorial Universitaria, 2014.