



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE DIREITO – FDD
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

KAMILLA CAMPOS ALLÃO

**EUTANÁSIA, SUICÍDIO ASSISTIDO E A VIDA SAGRADA: ANÁLISE DA
INFLUÊNCIA DOS ARGUMENTOS RELIGIOSOS NO DEBATE SOBRE O
DIREITO DE MORRER COM DIGNIDADE**

BRASÍLIA
2017

KAMILLA CAMPOS ALLÃO

**EUTANÁSIA, SUICÍDIO ASSISTIDO E A VIDA SAGRADA: UMA ANÁLISE DA
INFLUÊNCIA DOS ARGUMENTOS RELIGIOSOS NO DEBATE SOBRE O
DIREITO DE MORRER COM DIGNIDADE**

Monografia apresentada ao Programa de Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador: Paulo Henrique Blair de Oliveira

BRASÍLIA
2017

KAMILLA CAMPOS ALLÃO

**EUTANÁSIA, SUICÍDIO ASSISTIDO E A VIDA SAGRADA: ANÁLISE
DA INFLUÊNCIA DOS ARGUMENTOS RELIGIOSOS NO DEBATE
SOBRE O DIREITO DE MORRER COM DIGNIDADE**

Monografia apresentada ao Programa de Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito. Aprovada em,de.....de 2017, pela **Banca Examinadora** constituída pelos seguintes professores:

Dr. Paulo Henrique Blair de Oliveira
(Orientador - Presidente)

Dr. Menelick de Carvalho Netto
(Membro)

Dr. Guilherme Scotti Rodrigues
(Membro)

Dr. Argemiro Cardoso Moreira Martins
(Suplente)

BRASÍLIA
2017

“Una libertad que quita la vida no es libertad. Una vida que quita la libertad no es vida”
– *Ramón Sampedro*

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar a legitimidade da influência do discurso religioso na esfera pública em relação ao debate sobre o direito de morrer, centrada na busca pela legalização de práticas como a eutanásia e o suicídio assistido. Essa análise será feita, inicialmente, a partir de uma contextualização do tema nas perspectivas da religião, da medicina e dos projetos de lei que já tramitaram sobre o tema. Em seguida, o assunto será tratado sob a ótica da teoria sociológica do direito de Nicklas Luhmann, a chamada Teoria dos Sistemas, e por fim, à luz da teoria normativa de Ronald Dworkin, com base na interpretação do direito como integridade.

Palavras-chave: Laicidade. Religião. Eutanásia. Suicídio assistido. Direito de morrer. Vida sagrada. Direitos fundamentais. Constituição.

ABSTRACT

This study aims to analyze the legitimacy of religious arguments in public context in relation to the debate about the right to die, centered in legalization of practices such as euthanasia and assisted suicide. This analysis will initially start by the issue contextualization in religious and medical perspectives, besides the law projects about this theme which have already been discussed in legislative power. Next, the issue will be treated under the sociological law theory by Nicklas Luhmann, which is called The Systems Theory, and finally, in light of Ronald Dworkin's normative theory, based on the interpretation of law as integrity.

Key-words: Secularism. Religion. Euthanasia. Assisted suicide. Right to die. Sacred life. Fundamental rights. Constitution.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO DEBATE SOBRE O DIREITO DE MORRER A PARTIR DAS PERSPECTIVAS LEGISLATIVA, RELIGIOSA E DA ÉTICA MÉDICA	13
<i>2.1 A contextualização do debate sobre o direito de morrer e conceitos relevantes</i>	<i>13</i>
<i>2.3 A eutanásia e o suicídio assistido sob a ótica de religiões numericamente expressivas no Brasil e da ética médica.....</i>	<i>20</i>
3. OS ARGUMENTOS RELIGIOSOS NAS DISCUSSÕES SOBRE DIREITO DE MORRER À LUZ DA TEORIA DOS SISTEMAS.....	30
4. O DIREITO DE MORRER COMO DECORRÊNCIA DA INTERPRETAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO EM TERMOS IGUALITÁRIOS	45
5. CONCLUSÃO.....	55
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXO A – PROJETO DE LEI 5058/2005	62
ANEXO B – PROJETO DE LEI 2283/2007.....	65
ANEXO C – PROJETO DE LEI 3207/2008	67
ANEXO D – PROJETO DE LEI 4462/1981	69
ANEXO E – PROJETO DE LEI 1989/1991.....	74
ANEXO F – AUDIÊNCIA COM O ESPÍRITA KARDECISTA PAULO DE TARSO ..	77
ANEXO G – AUDIÊNCIA COM O PRESIDENTE DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA	79
ANEXO H – PARECER NORMATIVO N° 31/1992 DO CFM	82
ANEXO I – PARECER NORMATIVO N° 2285/2010 DO CRM/PR.....	84
ANEXO J – PARECER NORMATIVO 1382/2002 DO CRM/PR	93

1. INTRODUÇÃO

A única certeza da vida é a morte. Ainda assim, para a maioria das pessoas a morte é um tabu, um assunto ausente das conversas cotidianas. A ideia da finitude causa temor ao ser humano que, em razão disso, vê a morte como algo antagônico – justamente por ser o que dá um fim à vida -, deixando-a de lado até o momento em que falar sobre ela torna-se inevitável.

Em contrapartida, existem outras pessoas que querem, sim, falar sobre a morte. São, em sua maioria, pessoas que se encontram em estágios terminais de alguma enfermidade ou possuem doenças degenerativas, que comprometem as funções vitais, cujos efeitos impedem que a vida seja vivida dignamente, com o mínimo de bem-estar.

Essas pessoas tratam a morte, não como evento incompatível com a vida, mas como parte da vida. Nesse sentido, o verdadeiro medo delas não é a morte em si, mas as condições em que esse evento irá ocorrer, ou melhor, está ocorrendo. Por isso, algumas vezes elas são vistas lutando pelo chamado direito de morrer com dignidade, que nada mais é que o direito de escolher o jeito e o momento de morrer.

Porém, o desenvolvimento desse debate não tem sido possível. Isso porque – talvez pelo fato de que a morte seja tratada como tabu -, as pessoas não falam sobre o assunto, o qual acaba também sendo pouco discutido nas universidades, nos laboratórios e, sobretudo, no Congresso. A falta de informação sobre o tema faz com que não se saiba, ao certo, em que medidas as pessoas praticam eutanásia ou suicídio assistido, se existem muitos casos ou se são apenas aqueles poucos que vemos às vezes nos noticiários.

Ocorre que, esse silêncio, ao mesmo em que beneficia a maioria, que prefere simplesmente fingir que o assunto não existe, impede que os interesses da parcela da sociedade que luta pelo direito de morrer sejam levados em conta.

A discussão torna-se ainda mais complexa quando se insere no debate a questão sobre quem tem a legitimidade para decidir como e quando a morte deve ocorrer. Para os cristãos, maioria no Brasil, essa escolha pertence a Deus, já que ele deu a vida ao ser humano, só cabe à Ele tirá-la. Contudo, pode esse argumento - sustentando não apenas pelos cristãos, como também por outras religiões – impedir completamente um debate sobre o direito de morrer na esfera pública, principalmente em um Estado laico, em que a mesma opção religiosa não será compartilhada por todos?

Assim, embora se reconheça que o argumento religioso não seja o único a condenar a prática da eutanásia e o suicídio assistido, o presente estudo tem como objetivo analisar influência do discurso religioso na esfera pública em relação ao debate sobre o direito de morrer.

Para tanto, inicialmente, será feita uma contextualização do debate sobre a legalização de práticas como a eutanásia e o suicídio assistidos a partir das perspectivas de algumas religiões numericamente expressivas no Brasil, da ética médica e do legislativo. Assim, serão analisados os projetos de lei sobre o assunto que já tramitaram nas Casas legislativas bem como as entrevistas feitas com o Presidente do Conselho Federal de Medicina, Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, e com o espírita Paulo de Tarso, Vice-Presidente do Grêmio Espírita Atualpa Barbosa Lima e membro do Conselho Deliberativo da Federação Espírita Brasileira (FEB). Nota-se dessa análise que o debate ainda é muito incipiente nos âmbitos legislativo e da medicina, e que o pouco debate existente, trazendo em seus argumentos resquícios de uma moral religiosa, é no sentido de que a eutanásia e o suicídio assistido não podem ser permitidos na sociedade.

Em seguida, o tema será analisado sob a ótica da teoria sociológica do direito de Niklas Luhmann, a Teoria dos Sistemas. De acordo com essa teoria, a complexidade das práticas sociais na modernidade fez com que a sociedade se dividisse em diversos sistemas sociais funcionalmente diferenciados, clausurados em suas operações. Assim, na verdade, o direito, a política e a religião são sistemas sociais diferentes e autônomos, produzindo seu próprio meio de comunicação, o qual é reduzido aos códigos binários: legal/não legal, poder/não poder, imanente/transcendente.

Como consequência, essas estruturas não reconhecem a linguagem uma da outra, e, embora possam “conversar” a partir de acoplamentos estruturais, isso não deve ocorrer diretamente, mas sim através de uma espécie de “tradução” de um sistema para o outro. Assim, a influência do discurso religioso no direito e na política, sem a devida tradução, acarreta uma confusão entre os códigos, ao que se denomina corrupção sistêmica, o que é prejudicial para o funcionamento dos sistemas e para a democracia.

Por fim, a análise será feita a partir da teoria normativa de Ronald Dworkin, em que se deve tomar a sociedade como uma comunidade política de princípios que, conjuntamente, dá aos casos difíceis uma solução orientada a partir da melhor interpretação da Constituição. Nesse sentido, o estudo, a partir perspectiva do direito como integridade, permite concluir que tratar a eutanásia e o suicídio assistido como tabu, com base em uma interpretação religiosa

do direito à vida, não é dar o tratamento constitucional adequado ao tema. Isso porque, tal interpretação não se coaduna com os princípios que orientam a Constituição Federal brasileira, na medida em que, de maneira geral, reflete uma imposição de uma maioria religiosa em detrimento dos direitos fundamentais de pessoas que, em razão de doenças terminais e degenerativas, vivem sem dignidade, e não compartilham das mesmas crenças que essa maioria.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO DEBATE SOBRE O DIREITO DE MORRER A PARTIR DAS PERSPECTIVAS LEGISLATIVA, RELIGIOSA E DA ÉTICA MÉDICA

2.1 A contextualização do debate sobre o direito de morrer e conceitos relevantes

Os avanços científicos e tecnológicos que vêm sendo alcançados pela sociedade desde o início da modernidade tiveram grandes repercussões na vida dos seres humanos, principalmente no âmbito da medicina. Tais avanços possibilitaram o desenvolvimento de tratamentos preventivos mais eficazes, bem como de técnicas médicas capazes de salvar as vidas de diversas pessoas. Porém o que parece trazer somente soluções pode tornar-se, na verdade, força motivadora para o surgimento de diversas tensões, na medida em que os médicos passam a dispor

“[...] de um aparato tecnológico capaz de manter vivas - às vezes por semanas, em outros casos, por anos - pessoas que já estão à beira da morte ou terrivelmente incapacitadas, entubadas, desfiguradas por operações experimentais, com dores ou no limiar da inconsciência de tão sedadas, ligadas às dúzias de aparelhos sem os quais perderiam a maior parte de suas funções vitais, exploradas por dezenas de médicos que não são capazes de reconhecer e para os quais já deixaram de ser pacientes para tornar-se verdadeiros campos de batalha.”¹

Nesse contexto, “o avanço da medicina trouxe felicidade a uns e tristeza a outros”², considerando os confrontos morais existentes em torno das diferentes concepções acerca do direito à vida. Dessa forma, a repulsa de algumas pessoas à ideia de que a vida possa ser prolongada mesmo em situações de extremo sofrimento e dependência, contraposta à convicção de outras de que a vida é um bem digno de ser mantido a qualquer custo, tem feito com que questões sobre a terminação da vida com dignidade sejam cada vez mais presentes na sociedade.

Não é raro lembrar casos emblemáticos que invadiram os noticiários e foram debatidos ao redor do mundo, tais como o do Dr. Jack Kevorkian. Muito conhecido como Dr. Morte por toda a sociedade, Jack Kevorkian, um médico norte-americano, foi um grande símbolo da luta pelo reconhecimento de que o direito de escolher o modo como se morre, bem como o exato momento da morte, é inerente a todos os indivíduos, um direito fundamental, parte da vida, da liberdade e da busca pela felicidade.

¹(DWORKIN, 2003, p. 252).

²(SANTOS, 2011, p. 2)

Firme nesse ideal, o Dr. Morte, ao longo da sua vida, auxiliou cerca de 130 pessoas a cometerem suicídio assistido ou eutanásia. Dentre essas pessoas, encontra-se Thomas Youk³, que sofria de uma doença progressiva e fatal chamada Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), conhecida como Lou Gehrig nos Estados Unidos e no Canadá em referência a um famoso jogador de *baseball* que também a possuía. A ELA caracteriza-se pela degeneração dos neurônios motores, - células do sistema nervoso central responsáveis pela movimentação dos músculos e da sensibilidade - fazendo com que o portador apresente dificuldades de se locomover, comer, falar e até mesmo ficar em pé por muito tempo. Além disso, a evolução da doença leva ao comprometimento de diversas habilidades e, eventualmente, ao falecimento por incapacidade respiratória. Desse modo, apenas um remédio de alto custo é indicado para o tratamento da ELA, porém tal medicação pode apenas retardar sua evolução e, conseqüentemente, prolongar a vida em questão de poucos meses.

Percebendo que não havia alternativa para a cessação de seu sofrimento, senão o fim da vida, porém fisicamente incapaz de realizar qualquer ato que o levasse à morte, Youk procurou Jack Kevorkian e o autorizou, em 15 de setembro de 1998, a não apenas aplicar-lhe uma injeção letal, como filmar todo o procedimento, o qual foi posteriormente transmitido em um famoso programa de televisão norte-americano.

Em um caso anterior ao de Thomas Youk, Kevorkian também teve uma participação direta. Janet Adkins, 53 anos, era uma professora de inglês na “*Portland Community College*” e se encontrava em estágio inicial do chamado mal de Alzheimer, uma doença neurodegenerativa que interfere nas funções intelectuais, fazendo com que o indivíduo que a detém perca a memória recente, bem como apresente debilidades nas capacidades de aprendizado, atenção, orientação, compreensão e linguagem, debilidades essas que acabam por culminar na extrema dependência pessoal do portador, até mesmo nas tarefas mais básicas do dia-dia, como a higiene pessoal, por exemplo.

Embora em plena capacidade física, ao sentir dificuldade em contar pontos em uma partida de tênis com o filho, Janet se deu conta de que não queria viver até o ponto em que sua doença chegasse ao estágio mais crítico⁴. Decidiu, então, contatar o Dr. Kevorkian,

“[...] a quem havia visto na televisão discutindo a sua máquina de suicídio. Os dois se encontraram no estado do Michigan, onde o auxílio ao suicídio não é crime. Lá, num quarto de hotel, ele gravou em fita uma conversa de quarenta minutos na qual

³ As informações sobre a trajetória de Jack Kevorkian, bem como do “caso Thomas Youk”, foram retiradas do documentário “*Kevorkian: there's more to his life than death*”, de Matthew Galkin.

⁴ (DWORKIN, 2006, p.223)

ela deixava registrada a sua competência para decidir e o seu desejo de morrer. Dois dias depois, ela se deitou no compartimento traseiro do automóvel e ele lhe enfiou uma agulha na veia; depois, lhe disse qual botão deveria apertar para receber uma dose de uma substância letal. Os promotores públicos de Michigan acusaram Kevorkian de assassinato, mas o juiz o absolveu depois de ouvir a fita.⁵

Os atos de Jack Kevorkian, não apenas nos dois casos citados, como também nos das outras 130 pessoas de quem auxiliou a morte, dividiram de forma inesperada a opinião dos norte-americanos. Em uma sondagem sobre a sua condenação pela morte de Thomas Youk, cerca de 53% da população acreditava que ele não deveria ter sido preso, enquanto 40% apoiava veementemente sua condenação⁶. De qualquer forma, é evidente que

“[...] a ação deste médico fez com que a questão do sofrimento dos doentes terminais fosse debatida, não apenas nos EUA, mas ao nível mundial, em instâncias médicas, éticas religiosas e também pelos cidadãos. Pode-se dizer que Kevorkian foi o propulsor da estruturação de leis para o consentimento do direito à morte”⁷

Outra figura notória nos debates sobre eutanásia e suicídio assistido é a do espanhol Ramón Sampedro⁸. Marinheiro, aos 25 anos de idade ficou tetraplégico em razão de um acidente e, desde então, passou a lutar pelo direito de se suicidar, objetivando interromper a sua vida, que considerava sem dignidade.

Como tetraplégico Sampedro necessitava cotidianamente do auxílio de outras pessoas para realizar todos os atos da vida, dos mais simples aos mais complexos, de forma que também se encontrava incapacitado, obviamente, de cometer suicídio. Além disso, não desejava morrer clandestinamente, muito menos que a pessoa que o auxiliasse fosse responsabilizada por homicídio, mas sim dentro dos ditames legais, pois conforme afirmou no vídeo de seu próprio suicídio considerava que viver era um direito, e não uma obrigação.

Dessa forma, travou uma batalha judicial durante os últimos três anos da sua vida, tornando pública a questão do direito de morrer com dignidade, o qual considerava fruto da atribuição do direito à vida ao indivíduo, e não à sociedade.

Contudo, após várias derrotas nos tribunais espanhóis, Sampedro sucumbiu à tão temida morte clandestina e, em 12 de janeiro de 1998, faleceu, após ingerir cianeto de potássio, com a ajuda de alguns amigos, dentre eles Ramona Maneira, que chegou a ser detida pela prática de homicídio, mas nunca foi julgada por falta de provas.

⁵ (DWORKIN, 2006)

⁶ (SANTOS, 2011, p.5)

⁷ (SANTOS, 2011, p. 15)

⁸As informações da história de Ramón Sampedro foram retiradas do famoso filme “Mar Adentro” (2004), de Alejandro Amenába, que a retratou.

Por fim, vale a pena também ressaltar o caso do britânico Tony Nicklinson⁹ que, após sofrer, em 2005, um sério derrame, passou a viver em uma condição denominada, em inglês, *locked-in syndrome*. Ou seja, vivia enclausurada no próprio corpo, já que se encontrava paralisado do pescoço para baixo e incapaz de falar, embora o seu cérebro funcionasse perfeitamente. Por isso, Nicklinson denominava sua vida como miserável e desejava terminá-la.

No entanto, dada a sua condição de completa dependência para realizar qualquer ato da vida, não dispunha de meios para se suicidar sem o auxílio de outra pessoa, razão pela qual pretendia que alguém lhe facilitasse a morte através da aplicação de uma injeção letal ou de uma máquina criada pelo médico australiano Philip Nitschke, que poderia ser configurada de modo a injetar uma substância letal no momento em que Nicklinson piscasse os olhos, dando comandos que seriam interpretados por um computador.

Porém, em virtude da ilegalidade de sua pretensão, Nicklinson propôs uma ação na *High Court* com o intuito de obter uma declaração de que não seria ilegal se um médico lhe assistisse o suicídio ou, caso não lhe fosse concedida tal declaração, outra reconhecendo que a lei britânica violava seus direitos individuais. Ambos os pedidos lhe foram negados, porém Nicklinson continuou a recorrer até a sua morte, - após longos anos de sofrimento- ocasião em que sua esposa passou a representá-lo na luta judicial pelo direito de morrer com dignidade.

Mesmo que a *UK Supreme Court* maior órgão jurisdicional do Reino Unido, não tenha decidido a favor da pretensão de Nicklinson em sua decisão, considera-se que propiciou um grande avanço nas discussões sobre o tema no Reino Unido, uma vez que a maioria dos magistrados considerou que a lei que criminaliza a assistência ao suicídio na Inglaterra é incompatível com o direito à vida privada e familiar, amparado pela Convenção Européia dos Direitos Humanos, ainda que também tenham considerado que o poder de declarar que essa lei representa uma violação aos referidos direitos individuais pertence ao Parlamento, e não à Corte¹⁰.

Os casos mencionados envolvem as questões referentes à eutanásia e ao suicídio assistido, atos cujos conceitos são indissociáveis do debate em torno do direito de morrer com dignidade. Conforme ressaltam Barroso e Martell¹¹, nos últimos anos, os estudiosos da bioética têm buscado agrupar, em categorias específicas, diversos conceitos relacionados à

⁹ As informações referentes ao “caso Tony Nicklinson” foram retiradas do julgamento do processo judicial pela UK Supreme Court. Disponível em:

https://www.supremecourt.uk/decidedcases/docs/UKSC_2013_0235_Judgment.pdf

¹⁰ Disponível em: https://www.supremecourt.uk/decidedcases/docs/UKSC_2013_0235_Judgment.pdf>

¹¹(BARROSO; MARTELL, 2010, p. 4)

terminação da vida que, embora distintos, por muito tempo foram considerados meras variações da “eutanásia”, o que fazia com que esse último termo tivesse uma aceção bastante ampla e confusa.

Entretanto, atualmente, a expressão “eutanásia”, do grego “boa morte”, restringe-se ao que antes era classificado como “eutanásia ativa”. Ou seja, a eutanásia, em uma concepção restrita, consiste na

“[...] ação médica intencional de apressar ou provocar a morte – com exclusiva finalidade benevolente – de pessoa que se encontra em situação considerada irreversível e incurável, consoante os padrões médicos vigentes, e que padeça de intensos sofrimentos físicos e psíquicos.”¹²

Por outro lado, o suicídio assistido,

“[...] designa a retirada da própria vida com auxílio ou assistência de terceiro. O ato causador da morte é de autoria daquele que põe termo à própria vida. O terceiro colabora com o ato, quer prestando informações quer colocando à disposição do paciente os meios e condições necessárias à prática.”¹³

Além dos conceitos acima citados, existem outros muito utilizados, principalmente, no âmbito da medicina, quais sejam, a distanásia e a ortotanásia. A distanásia consiste na utilização de todos os meios possíveis, os quais, na maioria das vezes, se revelam artificiais, inúteis e desproporcionais, a fim de prolongar a vida de um paciente incurável, causando-o extremo sofrimento e agonia.¹⁴

Em sentido oposto, a ortotanásia, ou eutanásia passiva, ocorre quando os médicos responsáveis pelo tratamento de determinado paciente eximem-se de indicar uma ação terapêutica baseada em métodos extraordinários e desproporcionais que possam prolongar a vida apenas de modo artificial¹⁵. Na ortotanásia, a partir dos chamados “cuidados paliativos” - cuidados que visam ao conforto do paciente, sem interferir propriamente na evolução da doença - permite-se que a morte siga seu curso natural, sem que se acelere ou retarde o processo de terminação da vida.

Apresentados alguns conceitos necessários, deve-se ressaltar que, em atenção à evolução do debate acerca do direito de morrer com dignidade - intensificada por casos que lidaram diretamente com a questão, dentre os quais se encontram os já citados, bem como

¹² (BARROSO; MARTELL, 2010, p.4-5)

¹³ (BARROSO; MARTELL, 2010, p.8)

¹⁴ (BARROSO; MARTELL, 2010, p. 5)

¹⁵ (FREIRE DE SÁ, 2005)

pelo surgimento de novas concepções sobre o direito à vida - alguns países revisaram suas legislações a fim de admitir práticas como a eutanásia e o suicídio assistido¹⁶.

O Brasil, no entanto, em que pese a já iniciada discussão sobre a legalização em nível mundial, considera a prática da eutanásia e do suicídio assistido como crime. De acordo com Barroso e Martell¹⁷, nos termos da legislação penal brasileira, “tanto a eutanásia quanto a ortotanásia – aí compreendida a limitação do tratamento – constituiriam hipóteses de homicídio. No primeiro caso, na modalidade comissiva e, no segundo, na omissiva. O auxílio ao suicídio é tratado em tipo penal próprio”¹⁸.

No mesmo sentido, destacam Oliveira e Japaulo¹⁹, com base nos escritos do advogado criminalista D’urso, a possibilidade de redução da pena nesses casos:

“[...] No Brasil, segundo D’urso (1998), o médico que de alguma forma concorrer para dar a morte a alguém, cometerá homicídio, devendo o julgador perquirir para a verificação do móvel desse profissional e em razão dessa motivação escolher-se tal conduta, embora criminosa, fora contemplada com forma mais benevolente de tratamento penal, reconhecendo-se o homicídio privilegiado ou, ao contrário, se revelado motivo que justifique tratamento mais severo, qualificando o homicídio, desencadeando uma pena ainda mais severa.”²⁰

¹⁶ Pode-se extrair da compilação da legislação de diversos países, realizada pela Assembleia da República Portuguesa, que a Holanda, por exemplo, foi o primeiro país, em 2002, a permitir a eutanásia ativa. Nesse país, a eutanásia e o suicídio assistido foram regulamentados na lei denominada “*Termination of Life Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*”, a qual inseriu modificações no Código Penal holandês a fim de permitir tais práticas. Desse modo, na Holanda, passou-se a excetuar a responsabilidade do médico ou da pessoa que realize a eutanásia ou assista ao suicídio de um paciente, desde que obedecidos determinados pressupostos fixados na referida Lei, tais como: a solicitação, reiterada e convicta, do enfermo; a avaliação rígida do estado do doente, a fim de verificar se este se encontra em estado terminal, em extremo sofrimento físico e psicológico; e a certificação, por mais de um médico, da presença dos requisitos anteriores.

Assim como na Holanda, Luxemburgo também admite a prática da eutanásia e do suicídio assistido, com base em duas leis.

Na Bélgica, por sua vez, a partir da edição da Lei de 28 de maio de 2002, passou-se a admitir apenas a eutanásia, cuja legitimidade está sujeita a determinados procedimentos que devem ser observados tanto pelo paciente quanto pelo médico: o paciente deve manifestar a sua vontade, por escrito, de forma reiterada e refletida, sem pressão externa; o médico, por sua vez, deve, dentre outras medidas enumeradas no artigo 3º da Lei, informar o paciente acerca do seu estado de saúde e de sua esperança de vida, expondo as possibilidades terapêuticas às quais ainda pode ser submetido, bem como a existência dos cuidados paliativos. O médico, nos termos do artigo 14º da referida lei, não é obrigado a praticar a eutanásia, ainda que observadas as circunstâncias autorizadoras, podendo alegar objeção de consciência.

Além dos países citados, outros, como a Alemanha, a Suécia e a Suíça, admitem apenas o suicídio assistido, cada um com suas particularidades em relação a essa prática. Ademais, em que pese, em geral, ao suicídio assistido constituir crime nos Estados Unidos, cerca de cinco estados norte-americanos, considerando a sua autonomia legislativa, possuem leis no sentido de descriminalizar a conduta de alguém que ajuda um doente terminal a se suicidar.

¹⁷ (BARROSO; MARTELL, 205, p. 8-9)

¹⁸ O entendimento de que a prática de ortotanásia corresponde ao crime de homicídio na modalidade omissiva tem sido mitigado por algumas decisões judiciais de primeiro grau e pelo Conselho Federal de Medicina, com a Resolução nº 1.931/2009.

¹⁹ (OLIVEIRA; JAPAULO, 2005)

²⁰ (OLIVEIRA; JAPAULO, 2005)

De fato, nos termos do artigo 121, §1º, do Código Penal brasileiro, tem-se que:

“Homicídio simples

Art. 121 –Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

Caso de diminuição de pena

§1 - Se o agente comete o crime impelido **por motivo de relevante valor social ou moral**, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço” (grifo nosso).

Nota-se, assim, que, caso o juiz considere a prática da eutanásia como “crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral”, poderá, a seu critério, reconhecer a causa de diminuição da pena.

Em relação ao suicídio assistido, por sua vez, o Código Penal, em seu art. 122, dispõe que:

“Induzimento, instigação ou auxílio a suicídio

Art. 122 – Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou **prestar-lhe auxílio para que o faça:**

Pena – reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se a tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.”²¹(grifo nosso)

Ao mesmo tempo, a análise de projetos de lei existentes sobre o tema – que tramitam ou já tramitaram na Câmara dos Deputados ou no Senado Federal– demonstra a existência de uma completa aversão à possível legalização da eutanásia e do suicídio assistido no seio da produção legislativa no Brasil. Isso porque, dos cerca de nove projetos encontrados, cinco buscam conferir a tais práticas a natureza de crimes hediondos, enquanto os que buscam permiti-las já se encontram arquivados.

O Projeto de Lei 3207/2008, por exemplo, de autoria do deputado federal Miguel Martini, que atualmente tramita na Câmara dos Deputados, “inclui o induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio (eutanásia) e o aborto provocado nos crimes considerados hediondos”, dispondo em sua justificção que “por atentarem gravemente contra a inviolabilidade do direito à vida, tais crimes monstruosos e hediondos estão, por sua vez, a merecer um tratamento penal mais severo a fim de se sancionar de modo mais adequado os infratores e

²¹ (BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 07 de dez. de 1940. **Código Penal**, Brasília, DF, dez 2017)

desestimular a sua prática”²². No mesmo sentido dispõem outros Projetos de Lei, como o 5058/2005²³ e 2283/2007²⁴, os quais, no entanto, já se encontram arquivados.

Do exposto, nota-se a inexistência de qualquer debate legislativo mais profundo sobre o direito de morrer, o que é, no mínimo, preocupante, pois dá a impressão que, de alguma forma, os interesses de pessoas que se encontram em estágios terminais da vida não estão sendo levados em conta nas discussões sobre o tema.

2.3 A eutanásia e o suicídio assistido sob a ótica de religiões numericamente expressivas no Brasil e da ética médica

É inegável a dificuldade de inserir as questões referentes à eutanásia e ao suicídio assistidos em debates mais profundos na sociedade, sobretudo por se tratarem de temas que lidam de forma direta com as convicções morais dos indivíduos sobre o que é a vida, sendo a moral fortemente relacionada à religião.

Nesse contexto, nota-se que grande parte dos argumentos desfavoráveis à eutanásia e ao suicídio assistido em pessoas que se encontram em estados terminais faz referência à sacralidade da vida, que, por sua vez, remete à ideia de que cabe somente a Deus decidir sobre a continuidade ou não vida - é o famoso “a vida a Deus pertence”. É, inclusive, algo que aparece muito bem ilustrado no filme “Mar Adentro”, que retrata a história de Ramón Sampedro. Em determinado momento, um Padre, também tetraplégico, procura convencer Sampedro a não lutar pela morte, com o argumento de que a vida pertence a Deus.

Isso é o que preceituam uma parte das fragmentações do cristianismo, o qual, com cerca de 2,1 bilhões de adeptos, é, atualmente, considerada a maior religião do mundo, e predominante no Brasil. Algumas denominações cristãs, tais como o catolicismo e o espiritismo kardecista, por exemplo, veem a eutanásia e o suicídio assistido, cada uma com suas peculiaridades, como uma afronta à vida.

O Concílio Vaticano II – série de conferências realizadas pela Igreja Católica com o objetivo de modernizar a Igreja e atrair os cristãos afastados da religião, promovendo debates e encontros entre bispos de todo o mundo – condenou a eutanásia, não se opondo, no entanto, em relação à ortotanásia, por entender que:

²²(ANEXO C)

²³(ANEXO A)

²⁴(ANEXO F)

“[...] nada nem ninguém pode autorizar a morte de um ser humano inocente, porém, diante de uma morte inevitável, apesar dos meios empregados, é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a alguns tratamentos que procurariam unicamente uma prolongação precária e penosa da existência, sem interromper, entretanto, as curas normais devidas ao enfermo em casos similares. Por isso, o médico não tem motivo de angústia, como se não houvesse prestado assistência a uma pessoa em perigo.”²⁵

Posteriormente, em fevereiro de 1993, ante a aprovação de uma lei, pelo Parlamento holandês, que impedia que os médicos que praticassem eutanásia fossem processados, o Vaticano voltou a condená-la.

O Espiritismo, por sua vez, também de matriz cristã, é uma religião que vê não só a morte, como todos os acontecimentos da vida humana, como uma etapa da evolução individual do Espírito em cada reencarnação. Essa religião de origem francesa, mas que detém o seu maior número de adeptos no Brasil possui seus preceitos – relacionados à imortalidade da alma, a natureza dos Espíritos e suas relações com os homens, as leis morais, a vida presente, a vida futura e o porvir da humanidade - codificados no chamado “Livro dos Espíritos”, elaborado por Allan Kardec, com base nos ensinamentos dos Espíritos Superiores, - assim entendidos como aqueles que já alcançaram os mais elevados graus de evolução moral - recebidos por diversos médiuns.

Em um dos ensinamentos que constam no “Livro dos Espíritos” está a resposta para a seguinte pergunta: “quando uma pessoa vê diante de si um fim inevitável e horrível, será culpada se abreviar de alguns instantes os seus sofrimentos, apressando voluntariamente sua morte?”. Em relação à referida pergunta, a doutrina espírita responde que “é sempre culpado aquele que não aguarda o termo que Deus lhe marcou para a existência. E quem poderá estar certo de que, malgrado às aparências, esse termo tenha chegado; de que um socorro inesperado não venha no último momento?”²⁶.

No mesmo sentido, no livro “O consolador”, em que Francisco C. Xavier psicografa os ensinamentos do Espírito Superior Emmanuel, coloca-se a questão sobre se “a eutanásia é um bem, nos casos de moléstia incurável”, ao que o Espírito responde que “o homem não tem o direito de praticar a eutanásia, em caso algum, ainda que a mesma seja a demonstração aparente de medida benfazeja”. Isso porque, de acordo com Emmanuel,

“[...] a agonia prolongada pode ter finalidade preciosa para a alma e a moléstia incurável pode ser um bem, como a única válvula de escoamento das imperfeições

²⁵ (NOGUEIRA, 1995)

²⁶ (KARDEC, 2004, p.538)

do Espírito em marcha para a sublime aquisição de seus patrimônios da vida imortal. Além do mais, os desígnios divinos são insondáveis e a Ciência precária dos homens não pode decidir nos problemas transcendentais das necessidades do Espírito.”²⁷

De acordo com Paulo de Tarso²⁸, Vice-Presidente do Grêmio Espírita Atualpa Barbosa Lima e membro do Conselho Deliberativo da Federação Espírita Brasileira (FEB), diversas passagens das obras espíritas, assim como as já citadas, demonstram que o extremo sofrimento experimentado pelo corpo humano em situações de doenças terminais, tetraplegia, dentre outras, representa, na verdade, um estágio necessário para a evolução do Espírito que passa por essas moléstias.

Nesse sentido, conforme o Espiritismo, a interferência humana, através da eutanásia ou do suicídio assistido, no curso normal da vida – assim entendido como aquele cujo termo é fixado pela vontade soberana de Deus –, pode ocasionar consequências kármicas para os Espíritos que a praticam, as quais serão vivenciadas nas próximas reencarnações, ou até mesmo, no próprio plano espiritual. Isso porque, de acordo com essa doutrina, o ser humano é composto, em síntese, de corpo e Espírito, sendo que este último permanece após a morte para continuar sua evolução nas “próximas vidas”, mas através de outros corpos.

No entanto, segundo Paulo de Tarso, é necessário ressaltar que as consequências kármicas irão variar de acordo com o grau de conhecimento do Espírito em relação a essas mesmas consequências, remetendo-se à premissa segundo a qual “quanto mais você sabe, mais lhe será cobrado”. Disso, conclui-se que, na visão do Espiritismo, as consequências em outras reencarnações para um ateu que pratica a eutanásia ou o suicídio assistido, por exemplo, serão mais brandas do que para um religioso, conhecedor dos preceitos cristãos, que pratica esses mesmos atos, embora não deixem de existir.

De qualquer forma, independentemente das consequências individuais para cada Espírito, o Espiritismo entende que a permissão, pelas vias judicial ou legislativa, para a prática da eutanásia ou suicídio assistido, representa um retrocesso moral da sociedade como um todo, razão pela qual as religiões devem, sim, manifestar seus ideais na esfera pública, buscando evitar que tais práticas sejam admitidas no território nacional, como já o são em outros países.

Finalmente, apenas a título de curiosidade, é interessante mencionar que o cristianismo não é a única religião que repudia a prática de eutanásia e o suicídio assistido. No caso do

²⁷(XAVIER; EMMANUEL, 2011, pergunta 106)

²⁸(ANEXO F)

islamismo, por exemplo - que, literalmente, significa “submissão à vontade de Deus”²⁹- entende-se que

“[...] a concepção da vida humana como sagrada, aliada à “limitação drástica da autonomia da ação humana”, proíbem a eutanásia, bem como o suicídio. O médico é um soldado da vida. Os médicos não devem tomar medidas positivas para abreviar a vida do paciente.”³⁰

No mesmo sentido, o judaísmo entende a santidade da vida humana sob a ótica de que esta não pode ser abreviada à mera conveniência de quem a detém, de forma que a tradição hebraica também veda a eutanásia e considera que “o médico deve servir como um meio de Deus para preservar a vida humana, sendo-lhe proibido arrogar-se à prerrogativa divina de decisão entre a vida e a morte de seus pacientes.”³¹

Os argumentos religiosos acima explanados representam parte influente nas discussões sobre o direito de morrer com dignidade, de modo que, para entender de tal influência, bem como a complexidade desse debate, é necessário levar em conta as diferenças entre uma sociedade tradicional e uma sociedade pós-tradicional no que tange às concepções de tempo e uso do corpo³².

Uma sociedade tradicional, explicada a partir de um conjunto de tradições que são compartilhadas por todos os indivíduos, repousa na ideia de que o corpo é, não apenas algo que está em constante tensão com o espírito, mas, ao mesmo tempo, uma condição para o espírito. Logo, o corpo, em tais sociedades, é dotado de um aspecto sagrado e divino, é algo que pertence unicamente a Deus, não cabendo ao indivíduo dispô-lo da maneira como bem entenda.

Da mesma forma, a noção de interdição do corpo nas sociedades tradicionais está diretamente ligada à noção escatológica de fim dos tempos, segundo o qual haverá um juízo coletivo de todos os seres humanos em determinado momento da história. Segundo essa crença, a violação do próprio corpo acarretava consequências, não apenas para o indivíduo, mas também para toda a coletividade no momento do juízo final³³. É por tal motivo que os suicidas eram considerados seres desprezíveis.

No entanto, com o advento da modernidade, a tradição perde a sua importância na medida em que ocorre uma dissociação entre o individual e o coletivo. A morte e o uso do

²⁹ (PESSINI, 1999)

³⁰ (PESSINI, 1999)

³¹ (OLIVEIRA; JAPAULO, 2005)

³² (ARIÉS, 2012, p. 212-253)

³³ (ARIÉS, 2012, p. 212-253)

corpo são individualizados e passam a ser relacionados às escolhas laicas, e não a um compromisso do indivíduo para com a sociedade no momento do juízo final. O tempo, portanto, deixou de estar amarrado à previsão do dia do juízo final, assumindo um caráter relativizado com base no seu uso.

Porém, a grande influência que a tradição religiosa ainda possui na nossa sociedade nos mostra que as concepções das sociedades tradicionais, principalmente sobre o uso do corpo e a morte, não foram totalmente superadas. A Igreja Romana, uma estrutura histórica de longa duração³⁴, atravessou diacronicamente a história, apoiando-se nos ritos e práticas que buscam eternizá-la e acabou por possibilitar uma interpenetração entre as sociedades tradicionais e pós-tradicionais. Essa interpenetração pode explicar, embora aliado a outros fatores, as constantes tensões entre os sentidos jurídicos e religiosos do uso do corpo, tensões estas que influenciam diretamente as discussões atuais sobre eutanásia e suicídio assistido. Os sistemas de direito, que buscam certa uniformidade, se deparam com diferentes imaginários sociais sobre a vida e a morte, levantando cada vez mais controvérsias, ao invés de soluções.

Diante disso, é inevitável a reflexão sobre os limites da influência religiosa, em um Estado laico, – no qual os indivíduos possuem a prerrogativa de seguir os preceitos da religião que bem entenderem, ou, até mesmo, não seguir religião alguma - no que tange às discussões sobre o direito de morrer com dignidade. Podem os argumentos exclusivamente religiosos, indubitavelmente compartilhados pela maioria, servir como fundamento único para projetos de lei que criminalizem a eutanásia e o suicídio assistido, ou, até mesmo, para decisões judiciais que neguem a pacientes em estados terminais ou de moléstia incurável a possibilidade de anteciparem o fim de suas vidas através dessas práticas? Ou, ainda mais complexo, podem esses argumentos impedir completamente o próprio debate sobre esses temas na esfera pública, calando a voz daqueles que se encontram em estados de extrema degradação física e mental, sem possibilidade de reversão de seus quadros clínicos? Essas são questões que estão longe de terem uma solução.

Por outro lado, não é apenas a moral religiosa que influencia o debate acerca da terminação da vida a partir da eutanásia ou do suicídio assistido, devendo-se destacar também o papel da ética de médica nas constantes discussões.

O debate é ainda muito iniciante no âmbito da medicina, o que se nota a partir da quase inexistência de pareceres normativos do Conselho Federal de Medicina (CFM) que tratem o

³⁴ (BRAUDEL, 1992)

tema com a devida profundidade.³⁵ Isso porque, em consulta ao sítio eletrônico do CFM, ao buscar pelos termos “eutanásia” ou “suicídio assistido” é possível encontrar apenas três pareceres, quais sejam, o 31/1992³⁶, o 1382/2002³⁷ e o 2285/2010³⁸, sendo que estes dois últimos são pareceres normativos do Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM/PR), e não do Conselho Federal.

O Parecer Normativo 31/1992 consiste na análise do Projeto de Lei nº 1989/91³⁹, do deputado Gilvam Borges, o qual dispõe sobre a prática de eutanásia em circunstâncias específicas. De acordo com o referido projeto, a família do doente que está em fase terminal, com total impossibilidade de recuperação das funções neuro-cerebrais, poderá pedir a um médico a adoção de eutanásia. Contudo, para que a realização da eutanásia seja permitida, deve haver um laudo de junta médica - composta por um cirurgião, um clínico, e um neurologista - que ateste a cessação da vida anímica, de maneira irreversível, configurando a morte clínica. Além disso, o Projeto de Lei também limita a legitimidade para solicitar a adoção da eutanásia ao cônjuge, ou quem coabite com o paciente. aos filhos, naturais ou adotivos, aos ascendentes e ao próprio paciente.

Prevê-se, ainda, que o paciente, em plena consciência, com atestado de dois médicos de que tem menos de seis meses de vida, bem como o testemunho de dois não-parentes, pode requerer ao médico que lhe seja administrado drogas para pôr fim a sua vida, o que se assemelha ao suicídio assistido. Contudo, de acordo com o PL, o médico não é obrigado a atender à solicitação do paciente, podendo remetê-lo a um colega que concorde em fazê-lo.

O CFM, ao analisar o PL nº 1989/91 ponderou que a cessação da vida anímica, ou seja, morte encefálica, não pode ser pressuposto para a autorização da prática eutanásia, haja vista que “não se pode matar quem já está morto”⁴⁰, tratando-se tal requisito de uma mera impropriedade do texto. Quanto à habilitação para atestar a morte anímica do paciente, o CFM considerou imprópria a restrição dessa habilitação apenas a médicos de algumas especialidades “já que qualquer médico, regularmente inscrito nos Conselhos de Medicina, está habilitado legalmente para a prática de qualquer ato médico”⁴¹.

³⁵A busca foi realizado no sítio eletrônico do Conselho Federal de Medicina - http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas - a partir dos termos “eutanásia” e “suicídio assistido”, selecionando-se o campo “pareceres”.

³⁶ (ANEXO H)

³⁷ (ANEXO J)

³⁸ (ANEXO I)

³⁹ (ANEXO E)

⁴⁰ (ANEXO E)

⁴¹ (ANEXO E)

Por fim, em relação às pessoas que poderão pedir a adoção de eutanásia, o CFM constatou outra impropriedade do PL ao incluir o próprio paciente entre o rol de legitimados, uma vez que este, após cessadas as suas funções neurocerebrais, não terá condições de solicitar a eutanásia.

Em relação ao Parecer 1382/2002, o CRM/PR analisa o dilema entre a eutanásia e a distanásia ao responder a seguinte pergunta, feita por um médico: “Estou cuidando de uma paciente com ELA, em fase final, com Insuficiência Respiratória por falência de músculos intercostais, em Respiração Assistida. Até quando devo mantê-lo ligado ao respirador?”⁴²

Segundo o Conselho Regional, apressar o óbito de um doente terminal é eutanásia, a qual é vedada pelo Código de Ética Médica. Contudo, o próprio CRM/PR se questiona até que ponto manter os aparelhos ligados nesse caso não seria distanásia, cuja prática também não é recomendada no âmbito da medicina, sem, no entanto, trazer uma resposta para questionamento.

No Parecer 2285/2010, por sua vez, o CRM/PR se manifesta em relação à insistência dos familiares ou dos responsáveis para a utilização de terapias ou medidas que possam ser caracterizadas como distanásia, em desacordo com a equipe multiprofissional que atende ao paciente. Ressalta a existência de uma vedação à distanásia, explicitada no Código de Ética Médica⁴³, que, em seu artigo 41, dispõe que “nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas”.

O CRM/PR destaca, ainda, a autonomia do médico para decidir sobre os métodos empregados no tratamento dos pacientes, incentivando a utilização dos cuidados paliativos, os quais considera sempre devidos, por corresponderem à proteção inafastável à dignidade da pessoa humana:

“Em resumo, não é o caso de tratar ou não tratar, mas considerar que em situações clínicas irreversíveis e terminais, deve o médico propiciar aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados, pois o simples fato dos recursos existirem não os torna obrigatórios em todos os casos, mas apenas naqueles para os quais estão efetivamente indicados como terapêutica proporcionalmente útil e benéfica, evitando assim uma agressão desnecessária ao paciente, mesmo que a pedido da família as medidas não devem ser mantidas indefinidamente. É portanto uma decisão médica, e nenhum médico é obrigado a iniciar um tratamento que é ineficaz ou que resulta somente no prolongamento do processo do morrer, inexistindo um dever jurídico de manter a qualquer preço a vida que se esvai, pois medidas de prolongamento da vida não são obrigatórias,

⁴² (ANEXO J)

⁴³ Brasil. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de set, de 2009 (versão de bolso). Código de Ética Médica, Brasília, DF, set, 2009.

pelo simples fato de que sejam tecnicamente possíveis. Para concluir citamos a frase da DraVillas-Bôas de que 'não se pode esquecer jamais que a pessoa humana não é um objeto, um meio, mas um fim em si mesmo e como tal deve ser respeitada; a ciência e seus recursos devem existir para o bem do homem, e não o inverso.'⁴⁴

Nota-se, assim, a partir dos pareceres supracitados, que o Conselho Federal de Medicina, bem como os Conselhos Regionais, tende a considerar a distanásia uma afronta à dignidade da pessoa humana, e incentivar a ortotanásia - o que se observa a partir das recomendações quanto à utilização dos cuidados paliativos. Entretanto, no que tange à eutanásia e ao suicídio assistido, embora fique subentendido que tais práticas também são vedadas pela ética médica, não há uma análise mais aprofundada sobre o assunto, a qual se faz necessária no contexto atual, em que os debates sobre esses temas, cada vez mais presentes na sociedade, têm apontado a existência de argumentos que consideram a possibilidade de realização de eutanásia e suicídio assistido como algo imprescindível frente aos preceitos da dignidade da pessoa humana e do direito à liberdade, protegidos constitucionalmente.

Da mesma forma, verifica-se que o Código de Ética Médica também nada diz sobre a eutanásia ou o suicídio assistido, limitando-se a determinar que se evite a distanásia e recomendar a implementação de cuidados paliativos. É o que se infere, por exemplo, do artigo 41, parágrafo único, do referido Código, segundo o qual

“[...] nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.”⁴⁵

De acordo com o Presidente do Conselho Federal de Medicina⁴⁶, Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, de fato, o debate ainda é muito incipiente no âmbito da medicina, de maneira que não há até o presente momento uma posição oficial sobre o tema, a não ser as já descritas nos pareceres citados.

Contudo, considerando as discussões até então realizadas em congressos e eventos sobre o assunto, verifica-se que os Conselheiros e médicos têm se inclinado a tratar a

⁴⁴ (ANEXO I)

⁴⁵ Brasil. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de set, de 2009 (versão de bolso). Código de Ética Médica, Brasília, DF, set, 2009.

⁴⁶ (ANEXO G)

eutanásia e o suicídio assistido como algo não permitido na perspectiva da medicina, considerando, principalmente, dois aspectos: as condições estruturais e a ética profissional.

No que tange ao primeiro aspecto, segundo Carlos Vital⁴⁷, deve-se levar em conta que os conceitos do que é salvável submetem-se às questões estruturais. Isso porque, em um país de dimensões continentais como o Brasil, a existência de desigualdades sociais não permite que os cuidados paliativos e as técnicas de assistência médica, bem como as condições financeiras necessárias para aprimorá-las, estejam ao alcance das populações que vivem em cidades de interior, como o estão nas grandes metrópoles, por exemplo.

Diante desse quadro, não se pode ignorar a temeridade de uma eventual norma que permita a prática da eutanásia, na medida em que esta teria o condão de apressar a morte de pacientes que, na verdade, seriam salváveis - ou seja, não estão em condição de terminalidade irreversível - caso os métodos de cura mais sofisticados lhe fossem acessíveis. Conforme destacado por Carlos Vital, não seria a eutanásia, nesses casos, “mais um instrumento para se ser condescendente com a omissão do Estado em prover atenção à saúde digna para todo cidadão brasileiro”⁴⁸?

O segundo aspecto que deve ser inserido no debate, de acordo com o Presidente do CFM, refere-se à moral médica contemporânea, a qual, obviamente, evolui juntamente com a moral social, que, por sua vez, é inevitavelmente influenciada pela religiosidade.

Nessa conjuntura, há uma definição milenar no âmbito da medicina segundo a qual o médico não pratica a talha, ou seja, não pratica a morte. Esse preceito é, inclusive, lembrado até os dias de hoje nas cerimônias de formatura dos cursos de medicina, no momento do juramento hipocrático. Nele, os formandos da Faculdade de Medicina recitam trechos do juramento de Hipócrates, considerado o “pai da medicina”, afirmando que não praticarão a talha vesical, “operação antigamente ‘indigna’, praticada por cirurgiões-barbeiros, e que consiste na abertura de uma nova saída para a urina, quando ocorre uma obstrução grave na uretra”.

É certo, no entanto, que os princípios hipocráticos que firmaram as bases da ética médica no passado, têm sido constantemente adequados às novas realidades, uma vez que a medicina sempre esteve submetida ao processo dialético entre a tradição e a ruptura, que marca a evolução da sociedade. Nesse contexto, o antes predominante

⁴⁷ (ANEXO G)

⁴⁸ (ANEXO G)

“paradigma do paternalismo dominou a conduta médica por longo período. O médico determinava as melhores ações para tratar determinada doença, independente do desejo do paciente – concepção incluída nos primeiros códigos brasileiros, de acordo com a cultura da época, século IX”.⁴⁹

Contudo, nos últimos tempos, o paternalismo hipocrático deu lugar ao chamado paradigma do benigno-humanitário, preponderante no Código de Ética Médica atual. De acordo com Nedy Neves, influenciado pelo novo paradigma, que emprestou à medicina um aspecto mais humanista,

“[...] o código atual não representa apenas um repositório da “ética codificada”, analisando o significado e natureza do comportamento médico, pois consubstancia o compromisso do médico em favor da comunidade e, em particular, do ser humano. O essencial de seu conjunto de normas é a doutrina dos direitos humanos, atrelada aos pressupostos de benignidade, humanidade e solidariedade.”⁵⁰

Assim, conforme destacado por Carlos Vital, a mudança para o paradigma benigno-humanitário propiciou, no âmbito da medicina, uma “ênfase na dignidade da pessoa humana como algo mais importante que o saber científico e o dogma”, fazendo com que a medicina seja entendida como uma “arte a serviço da saúde, por sua vez entendida como bem estar geral do indivíduo: físico, mental e social”. Segundo ele, o referido paradigma conceitua o exercício ético da medicina como “desempenho da cidadania, em tempo integral e no mais elevado patamar da consciência”.

E, de acordo com o Presidente do Conselho Federal de Medicina, é sob a ótica do paradigma do benigno humanitário que devem ser analisadas as discussões oriundas das intersecções entre a eutanásia, o suicídio assistido e a ética médica atualmente. Para ele, a permissão ou não de práticas como a eutanásia e o suicídio assistido é uma escolha que cabe apenas à sociedade brasileira, - e não a setores isolados - e, caso ela permita tais práticas, estas não necessariamente devem ser realizadas por um médico. Isso porque “para preservação da dignidade humana no Brasil, eu não tenho que sacrificar a dignidade da profissão médica”, que, ao longo de milênios, foi estabelecida com base no preceito de que o médico, como já dito, não pratica a talha, não pratica a morte.

Portanto, nota-se que, em que pese à inexistência de uma posição oficial do Conselho Federal de Medicina sobre a prática de eutanásia e suicídio assistido, este tende a considerá-las operações vedadas na perspectiva da ética médica.

⁴⁹ (NEVES, 2007)

⁵⁰(NEVES, 2007).

3. OS ARGUMENTOS RELIGIOSOS NAS DISCUSSÕES SOBRE DIREITO DE MORRER À LUZ DA TEORIA DOS SISTEMAS

A Teoria dos Sistemas de Niklas Luhmann permite uma interessante e assertiva reflexão acerca da inter-relação entre as esferas do direito, da religião e da política na sociedade moderna, especialmente no que tange à interferência do discurso religioso de forma tão presente nas discussões sobre eutanásia e suicídio assistido, ao ponto de atravancar um possível processo legislativo que regulamente o tema.

A partir da referida teoria, o sociólogo busca reescrever a modernidade apenas a partir de descrições sociais, sem emitir qualquer juízo de valor ou defender uma posição de neutralidade. De fato, de acordo com Neves,

“A teoria dos sistemas sociais é uma tentativa de ultrapassar os pressupostos e conceitos clássicos e criar um novo paradigma, com novos conceitos, para explicar e analisar a sociedade contemporânea. É uma tentativa de observar à modernidade, aqui incluída a extrema velocidade das transformações sociais, sem, no entanto, preocupar-se com a previsão a priori dessas transformações”⁵¹.

Ele considera que, ao longo da história, os setores que compõe a sociedade passaram por constantes processos de modificações e segmentações, com vistas a reduzir a complexidade e a desordem do ambiente em torno de si. Contudo, em um dado momento, – por volta do século XVIII – a multiplicidade das comunicações na sociedade alcançou níveis tão complexos que foi necessária a separação das estruturas sociais em diferentes sistemas parciais, segundo um processo denominado por Luhmann de diferenciação funcional⁵².

A especialização desses setores, propiciada pela diferenciação funcional entre eles, os enclausurou em torno de suas próprias interações, “pela operação básica por meio da qual a sociedade complexa é dividida em dois campos: um sistema e o seu ambiente, formado por tudo o que não está no interior do sistema”⁵³. Essa dinâmica “sistema-entorno” define uma espécie de fronteira, que, por sua vez, delimita os elementos internos do sistema, afastando os elementos externos, não pertencentes àquele domínio diferenciado, a partir da identificação de

⁵¹ (NEVES, 2005, p. 9)

⁵² (CORSI; ESPOTASIO; BARALDI, 1996, p. 58)

⁵³ (NEVES, 2005, p.17)

meios de comunicação simbolicamente generalizados⁵⁴, aqui denominados como códigos binários, os quais são próprios e exclusivos de cada sistema.

Os sistemas sociais caracterizam-se, portanto, principalmente, pelo seu fechamento operacional em torno dos processos comunicativos que são válidos dentro de si, o que se faz por meio da autopoiese, a qual permite que essas estruturas gerem e reproduzam seus elementos internos sem a influência dos elementos que se encontram no entorno. Da mesma forma, os sistemas também são autorreferenciais, pois “todos os processos comunicativos internos dizem respeito a elementos internos e são definidos a partir de orientação interna”.⁵⁵

Nota-se, assim, que a Teoria dos Sistemas baseia-se na análise da sociedade como um amplo sistema social no interior do qual se articulam os sistemas parciais, cada um deles responsável pela produção de seus próprios processos comunicativos, de modo que, em regra, não há coordenação entre eles, sendo independentes entre si.

Nesse sentido, o que se aplica ao sistema do direito, não necessariamente valerá também para o sistema da política e da religião, por exemplo. Isso porque, enquanto o sistema do direito opera a partir do código binário legal/ilegal, os sistemas da política e da religião funcionam, respectivamente, com base nos códigos poder/não poder e imanente/transcendente, de modo que é excluída das operações desses sistemas qualquer comunicação que não possa ser identificada com os seus respectivos códigos.

Contudo, deve-se destacar a peculiaridade existente nas relações entre os sistemas do direito e da política, os quais, embora autônomos, se complementam mutuamente, por meio de uma interação recíproca. Conforme observa Luhmann, “de certa forma, o direito já estava presente quando o Estado Moderno começou a se consolidar politicamente”⁵⁶, de modo que, nas sociedades pré-modernas, o conteúdo das normas jurídicas era fixado por imposição da tradição e da instituição divina, e não a partir de uma decisão política.

Ocorre que, com o surgimento das sociedades modernas, alterou-se significativamente a relação entre os sistemas jurídico e político, sendo que, atualmente, em que pese à diferenciação funcional, é notável o liame entre eles. É o que se nota do fato de que

“[...] os direitos subjetivos só podem ser estatuídos e impostos por meio de um poder político organizado que toma decisões coletivamente vinculantes e, sob outro

⁵⁴ De acordo com Neves, simbolicamente generalizados são os meios de comunicação que utilizam generalizações para simbolizar a relação entre seleção e motivação, representando-a como uma unidade (NEVES, 2005, p.18)

⁵⁵ (NEVES, 2005, p.20)

⁵⁶ “*Em cierto modo, el derecho se encontraba ya presente, cuando el Estado moderno comenzó a consolidars e políticamente*” (LUHMANN, 2003, p.292, tradução nossa)

ângulo, tais decisões devem sua obrigatoriedade à forma jurídica da qual se revestem, bem como à consonância de seu conteúdo à ordem normativa vigente, sobretudo à Constituição”.⁵⁷

Luhmann destaca que, no Estado de Direito, estabelece-se uma relação de troca entre o direito e a política, o que contribui para a especialização desses setores como sistemas sociais autônomos:

“[...] a fórmula do Estado de Direito expressa uma relação parasitária entre o direito e a política. O sistema político se beneficia com o fato de que na outra parte (no direito) se encontra codificada e administrada a diferença entre o que é conforme ao direito/e o discrepante. Em contrapartida, o sistema jurídico se beneficia com o fato de que a paz - a diferença de poderes claramente estabelecida e o fato de que as decisões se podem impor pela força - está assegurada na outra parte: no sistema político. O termo “parasitário” não expressa outra coisa, aqui, senão possibilidade de crescer graças a uma diferença externa”⁵⁸.

Dessa maneira, para o sociólogo, o direito é um dos elementos essenciais para a configuração da política⁵⁹, sendo que a interpenetração entre esses dois sistemas é propiciada pela existência da Constituição. A institucionalização da separação dos poderes e a previsão de direitos fundamentais na Constituição permitem que as decisões e procedimentos políticos sejam conduzidos pelo direito, vinculando-os ao princípio da legalidade, ao passo que também beneficiam a diferenciação funcional e a autonomia entre os sistemas. Assim, “a Constituição possibilita a limitação do poder e impede a sobreposição do código poder/não poder sobre os demais (ou a prevalência dos critérios políticos em todas as esferas de comunicação).”⁶⁰

A relação entre a religião e o direito, por sua vez, em nada se assemelha com a que este sistema possui com a política. Por muito tempo, a religião exerceu sua hegemonia em relação a todos os aspectos da vida, prevalecendo uma visão unitária do mundo, que submetia todos os acontecimentos à figura de Deus.

Assim, a religião se confundia com a própria sociedade, de maneira que, a partir processo de diferenciação funcional, os sistemas tiveram que se diferenciar na sociedade ao mesmo tempo em que se diferenciavam também da religião. Esse processo propiciou a

⁵⁷ (SALIM; SILVA, 2016, p.101)

⁵⁸ “La fórmula Estado de Derecho expresa una relación parasitaria entre política y derecho. El sistema político se beneficia con el hecho de que em otra parte (em el derecho) se encuentra codificada y administrada la diferencia entre lo que es conforme a derecho/y lo discrepante. A la inversa, el sistema jurídico se beneficia con el hecho de que la paz - la diferencia de poderes claramente establecida y el hecho de que las decisiones se puedan imponer por la fuerza- está asegurada em otra parte: em el sistema político. El término “parasitario” no expresa otra cosa, aquí, que la posibilidad de crecer gracias a una diferencia externa” (LUHMANN, 2003, p. 304, tradução nossa)

⁵⁹ (LUHMANN, 2003, p. 305)

⁶⁰ (SALIM; SILVA, 2016, p.103)

“crescente fragmentação da ordem moral-cosmológica feudal”, passando a religião a ser apenas mais um sistema social na sociedade, o qual opera a partir do código imanente/transcendente.

Esse código, por meio do qual a religião produz sua comunicação, atribui a cada situação mundana o sentido da transcendência. Nas religiões monoteístas cristãs, por exemplo, há a personificação do código imanente/transcendente na figura de Deus, sendo ele o observador capaz de remeter todo evento que ocorre no mundo imanente à transcendência⁶¹.

Do mesmo modo, com a secularização da sociedade, “em um mundo caracterizado pela multiplicação de lógicas comunicativas próprias que não permitem recobrar um fundamento religioso unitário para a condução da vida, a religião teve de se exilar no íntimo do indivíduo”, o que demonstra uma estreita conexão entre religião e moral, que, por sua vez, opera a partir do código bem/mal.

Ocorre que, não apenas os sistemas do direito e da política, como todos os demais sistemas, não podem ser limitados pela moral, sobretudo diante da incompatibilidade de seus respectivos códigos com os juízos de valor estabelecidos por ela. Segundo Luhmann,

“a partir das características típicas da diferenciação funcional, os sistemas parciais são fundamentalmente amorais: seus códigos não são congruentes com o da moral. O verdadeiro não pode ter a conotação de algo bom, tampouco o não verdadeiro de algo mau; assim como aquele que é sujeito a sanções morais não pode e não deve ter automaticamente erros do ponto de vista jurídico”⁶².

Em relação à incompatibilidade entre os diferentes códigos, não se pode confundir a autonomia dos sistemas, propiciada pelo fechamento operacional, com o seu completo isolamento termodinâmico. Isso porque, os sistemas são abertos cognitivamente, consolidando-se em bases paradoxais, pois levam em consideração as informações externas – as quais recebem como ruído, perturbação ou irritação – para elaborar os processos comunicativos internos.

É o que Luhmann descreve como acoplamentos estruturais, mecanismo essencial para a evolução de um sistema. De fato, de acordo com Neves⁶³

⁶¹(CORSI; ESPÓSITO; BARALDI, 1996, p.140)

⁶² “*Por las características típicas de la diferenciación funcional [véase diferenciación de la sociedad], los sistemas parciales son fundamentalmente amorales: sus códigos no son congruentes con el de la moral . Lo verdadero no puede ser connotado como algo bueno, ni tampoco lo no verdadero como algo malo; así como el que es sujeto a sanciones morales no puede y no debe tener automáticamente errores desde el punto de vista jurídico*” (CORSI; ESPÓSITO; BARALDI, 1996, p. 113, tradução nossa).

⁶³ (NEVES, 2005, p.63)

“[...] cada um dos sistemas permanece como ambiente do outro e um representa para o outro, ao mesmo tempo, um suporte de estrutura e um conjunto de perturbações e desordem. Essas perturbações constituem-se em ruído para um e para outro, que, por sua vez, vão constituir elementos a serem trabalhados internamente por meio da auto-referência, com relação à referência externa. Esses ruídos e perturbações poderão ser traduzidos, em cada um dos sistemas, como informações e fornecer subsídios para operações internas. Essa irritação mútua possibilita a evolução dos sistemas”.

No entanto, não se pode tomar o acoplamento estrutural como algo que possa ir além dos processos comunicativos próprios de cada sistema. Ou seja, um sistema exterior pode apenas contribuir para o aperfeiçoamento da comunicação no interior de outro sistema, mas “não tem competência para definir o modo de funcionamento interno do sistema em questão”⁶⁴, impondo que determinado evento seja interpretado de maneira diversa do que seu código binário permite.

Nesse sentido, entende-se que a religião não pode, sob o pretexto de estar atuando com respaldo no mecanismo do acoplamento estrutural, impor o seu entendimento sobre determinados eventos para os demais sistemas, mas apenas compartilhar o evento em si, permitindo que cada estrutura interprete a informação de maneira própria e independente, a partir de seus respectivos processos comunicativos.

Assim, a interferência dos argumentos religiosos no direito no sentido de fixar, a partir dos dogmas de uma determinada religião, o que é legal ou ilegal, causa irritação no sistema jurídico, sendo entendido por ele como ruído, uma vez que o código característico do sistema da religião, carregado de forte influência da moral, não pode ser estabelecido como uma falsa tradução para a linguagem jurídica.

Em uma sociedade democrática, em que os sistemas sociais são funcionalmente diferenciados e possuem suas respectivas esferas de valor, não pode a religião buscar impor sua própria esfera de valor aos demais setores, pretendendo ser a entidade unificadora tal como era na Idade Média, e anular a pluralidade de crenças que marca o processo de secularização - conseqüentemente, excluindo cidadãos que partilham de crenças diferentes ou não possuem crença religiosa alguma.

A religião deve, portanto, permanecer no íntimo dos indivíduos, abstendo-se de impor seus dogmas nas esferas do direito e da política, sob pena de causar perturbação e corromper a separação desses sistemas. Ocorre que, isso nem sempre tem sido observado na prática, em que se observa a forte influência das crenças religiosas em debates judiciais e legislativos

⁶⁴ (NEVES, 2005, p.57)

sobre os mais variados temas, inclusive no que tange às discussões sobre a eutanásia e suicídio assistido.

O Presidente do Conselho Federal de Medicina, por exemplo, afirma que um dos aspectos que devem ser levados em conta nas discussões sobre o tema é o aspecto moral da profissão médica, a qual, ele mesmo afirma, não pode ser dissociada da moral da sociedade, que, por sua vez, é influenciada em larga medida pela religiosidade dos indivíduos que a compõem.

Assim, segundo ele - embora não haja uma posição oficial do Conselho Federal de Medicina sobre o tema -, o princípio hipocrático de que “o médico não pratica a talha” faz com que o debate, no âmbito na medicina, se incline no sentido de ser proibido ao médico praticar a eutanásia ou auxiliar o suicídio de alguém, ainda que venha a existir uma lei ou uma decisão judicial que permita tais práticas.

No entanto, o Presidente também declara que o significado desse mesmo princípio molda-se às novas realidades que se impõem com a evolução da sociedade, e, por isso, atualmente, ele deve ser entendido a partir do paradigma benigno-humanitário, o qual dirige a atuação do profissional da medicina para a dignidade da pessoa humana.

Há, portanto, uma contradição em sua fala, na medida em que deixa de levar em conta que o debate sobre o direito de morrer busca garantir que a dignidade do indivíduo seja respeitada também no momento da morte, entendendo-a como parte da vida, uma etapa da existência pela qual todos devem passar. Dessa maneira, se o próprio paradigma benigno humanitário também faz com que o princípio de que “o médico não pratica talha” deva ser entendido à luz dignidade da pessoa humana, qual seria o impedimento da ética médica em permitir que os médicos pratiquem eutanásia e suicídio quando os cuidados paliativos não são suficiente para que se possa garantir a vida digna?

Tudo isso leva a crer que a interpretação do princípio hipocrático coloca as concepções de uma moral majoritária - fortemente influenciada pela religião -, que condena práticas que apressem a morte, acima do paradigma benigno humanitário, o que demonstra a forte influência das convicções religiosas no âmbito da medicina.

No âmbito legislativo não é diferente. Em uma análise dos poucos projetos de lei sobre o assunto - a maioria arquivada - que já tramitaram nas Casas do Congresso Nacional, verifica-se que há apenas dois projetos que, de certa forma, tentaram regulamentar a prática da eutanásia no Brasil. No Projeto de Lei 4662/1991, de autoria do Deputado Inocencio Oliveira, buscou-se possibilitar o desligamento, por iniciativa do médico, dos aparelhos de um

paciente em estado de coma terminal, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível.⁶⁵ Por sua vez, o Projeto de Lei 1989/1991, de autoria do Deputado Gilvam Borges, tentou permitir a adoção da eutanásia a pedido da família, no caso de enfermos terminais, desde que diagnosticada a morte cerebral.

No entanto, em relação ao primeiro projeto, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ) da Câmara dos Deputados – responsável pela análise da constitucionalidade das proposições que tramitam na esfera legislativa - opinou pela sua desconformidade com a Constituição Federal, destacando que:

“[...] Dentre as garantias e os direitos individuais consagrados por nossa Carta política está a inviolabilidade do direito à vida. Qualquer tentativa no sentido de abreviá-la, ou de exterminá-la, encontra barreira intransponível no texto constitucional. Em nome do direito deve ser repellido qualquer tipo de eutanásia, mesmo que haja o consentimento do próprio paciente, ou de seus familiares, que não têm o direito de dispor da própria vida ou de terceiros. A questão é muito delicada. Deixar-se a critério de um único profissional o destino de uma vida seria conforme as normas da prudência? E a falibilidade dos médicos quanto à certeza da incurabilidade dos pacientes?”⁶⁶

Em contrapartida, no que tange ao segundo projeto, nem sequer pode se considerar que ele esteja tratando de eutanásia, pois coloca como condição para a possibilidade de realização da mesma a cessação das funções neurocerebrais. Ocorre que, embora o conceito jurídico de morte seja um conceito aberto, – “assim considerado porque seus elementos constitutivos são dados pela ciência médica, mas sua interpretação é jurídica”⁶⁷ – pode-se extrair da Resolução 1.480/1997 do Conselho Federal de Medicina que o conceito médico-forense de morte é o de morte encefálica, a qual se caracteriza pelo “estado irreversível de cessação de todo o encéfalo e funções neurais, resultante de edema e maciça destruição dos tecidos encefálicos, apesar da atividade cardiopulmonar poder ser mantida por avançados sistemas de suporte vital e mecanismos de ventilação.”⁶⁸

Por outro lado, os demais projetos buscam, não apenas criminalizar a eutanásia⁶⁹ ou equipará-la aos crimes de instigação e auxílio ao suicídio, como também conferi-la o caráter da hediondez.⁷⁰ Nota-se, nesses projetos, que o principal argumento utilizado pelos respectivos

⁶⁵ (ANEXO D)

⁶⁶ (ANEXO D)

⁶⁷ (SANTOS, 1997)

⁶⁸ (SANTOS *apud* AJMR 17, 1997, p.731-735)

⁶⁹ “Criminalizar a eutanásia”, aqui, deve ser entendido como torná-la um tipo próprio no Código Penal, uma vez que, atualmente, ela é punida

⁷⁰ Os crimes hediondos, previstos na Lei nº 8.072 Hediondo é o termo que usamos para descrever um grupo de crimes que são encarados de forma particularmente negativa, recebendo uma reprovabilidade maior por parte da

deputados, responsáveis pela autoria, funda-se na supremacia do direito a vida, cuja proteção constitucional é conferida pelo artigo 5º, *caput*, da Carta Magna, que dispõe: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.”⁷¹

Por sua vez, o Projeto de Lei 2283/2007, do Deputado Dr. Talmir, por exemplo, não apenas trata a eutanásia como uma violação ao direito natural à vida, como também repudia o comportamento “imoral” daqueles que a defendem, dispondo em sua justificativa que:

“[...] Ao garantir os direitos individuais fundamentais e invioláveis a todas as pessoas, a Constituição Federal cita, em primeiro lugar, o direito à vida. Fá-lo com toda a lógica, posto que, sem esse direito, que é de todos o primeiro, nenhum sentido teriam os demais. É dever do Estado, portanto, garantir a todos, antes de mais nada, o direito à vida, obrigação que se impõe mais ainda quando os sujeitos do direito são indefesos, sem condições próprias para reagirem. Os doentes e os idosos devem ser merecedores de proteção especial, dada a sua condição de fragilidade. No entanto há quem defenda a prática da eutanásia com relação a estas pessoas desprotegidas. Além de não possuírem condições de defesa, encontram-se psicologicamente fragilizadas pela debilidade física ou pela doença. Assim, é possível, a adoção da eutanásia nessas pessoas, levadas pelo sofrimento, perdem o instinto inato de preservação e sobrevivência, ficando o vulneráveis física e psicologicamente, em face do seu estado de debilidade física e mental. Desse modo, como bem lembra o Professor Ives Gandra da Silva Martins, em seu trabalho Fundamentos do Direito Natural à Vida, a eutanásia constitui violação ao direito natural à vida, principalmente porque exercida contra insuficientes. É indispensável, portanto, que se explicita a natureza hedionda deste crime, bem como se vedem legalmente quaisquer ações nesse sentido”.

Cumpra, no entanto, fazer a seguinte pergunta: que concepção do direito à vida adotam os parlamentares ao afirmar que a proteção dele impede qualquer discussão sobre uma possível regulamentação da prática da eutanásia? Não há nas justificativas dos projetos de lei qualquer aprofundamento sobre o tema. Por outro lado, a simples menção ao dispositivo constitucional não parece um argumento legítimo para encerrar qualquer debate em torno do assunto, na medida em que o próprio ordenamento jurídico mitiga o direito à vida, aqui entendido em sua literalidade, em diversas situações, tais como o aborto legal, a legítima defesa e a possibilidade de pena de morte em tempos de guerra, sendo esta última prevista na própria Constituição.

sociedade e da legislação penal, o que se reflete no *quantum* de suas respectivas penas. Dentre os crimes considerados hediondos, atualmente, pela referida Lei, encontram-se o homicídio – quando praticado em atividade típica de grupo de extermínio - , a lesão corporal dolosa de natureza gravíssima, a lesão corporal seguida de morte, o latrocínio, estupro de vulnerável, etc. Todos encontram-se presentes no artigo 1º da Lei)

⁷¹BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

Além disso, partir do pressuposto de que todas as pessoas que se encontram em estágios terminais da vida são “coitadinhos”, cuja situação de debilidade os impede de fazer, com o necessário discernimento, qualquer escolha sobre a vida, tampouco se revela uma justificativa razoável. É claro que as questões em torno da vida das pessoas devem, sim, ser tratadas com a devida cautela. Contudo, isso não pode dar margem à tamanha generalização, excluindo totalmente a capacidade dos indivíduos que se encontram em situações terminais de expressarem sua vontade, uma vez que tais indivíduos - ao lutarem judicial e politicamente pelo direito de que não sejam obrigados a viver sem dignidade - demonstram um elevado nível de reflexão sobre o tema e sobre suas próprias escolhas em relação à vida.

Assim, ao que parece, embora os parlamentares busquem utilizar o argumento jurídico-constitucional em suas motivações, na verdade, encontram-se movidos por um conceito de direito à vida como algo, em qualquer hipótese, intangível ao ser humano, o qual acaba por refletir suas convicções religiosas particulares. Trata-se, portanto, de uma tentativa de fazer com que as convicções e valores morais pertencentes a um grupo específico, apresentem-se no debate legislativo como argumentos com fundamento constitucional.

Isso, a partir da ótica da teoria luhmanniana, é extremamente preocupante, sobretudo porque, conforme observa o sociólogo, estabelece-se como um princípio a ideia de que a Constituição não deve possuir identidade com as cosmovisões acerca do universo e das relações sociais, sejam elas de cunho moral, social ou religioso⁷². Nesse sentido, ressalta ele que:

“[...] A não identidade se apresenta com outros nomes, como pluralismo. Portanto isso significa que a Constituição aceita diferentes concepções de mundo no terreno da política e que, como texto exclusivo do direito, não se inclina por nenhuma delas. Ademais, no texto se encontra uma pluralidade de valores diferentes sem que haja nenhuma regra consistente para dirimi-los. Pense-se, por exemplo, em liberdade e igualdade. Isso demonstra que a Constituição pressupõe um sistema jurídico operante para decidir sobre tais conflitos; isto é, a Constituição se remete para dentro do direito e não para fora. Com isso confirma indiretamente (e na prática inevitavelmente) que o direito se remete a tudo que ele mesmo afirma e que todos os acessos aos valores costumeiros ou aos pontos “mais altos” da sociedade apenas servem para conformar uma decisão: partem do direito e regressam ao direito.”⁷³

De fato, conforme já dito, o direito, a política e a religião são sistemas sociais distintos e independentes, os quais operam apenas através de códigos binários específicos inerentes a cada um deles, não sendo capazes de compreender a comunicação binária produzida nos demais sistemas. A interação entre os diferentes sistemas é possível desde que os seus

⁷² (LUHMANN, 2003, p. 65)

⁷³ (LUHMANN, 2003, p.66)

respectivos códigos possam ser traduzidos para os sistemas que o recebem, a partir dos acoplamentos estruturais.

Nesse sentido, o código da religião não pode ser compreendido pelos sistemas do direito e da política, justamente por ser algo externo a eles, ou seja, por fazer parte do entorno, e também não pode ser traduzido, por ser um código carregado de influência da moral. Assim, quando há uma tentativa de interferência da religião, com o seu código imanente/transcendente, na esfera do direito e da política, que somente operam a partir das dualidades direito/não direito – ou legal/ilegal – e poder/não poder, haverá apenas ruídos, fazendo com que os sistemas se irriem.

Dessa forma, a penetração da comunicação produzida pela religião no debate político-legislativo sobre o direito de morrer é o que pode ser interpretado como corrupção sistêmica, pois implica em uma confusão entre os diferentes códigos, fazendo com que a discussão sobre o tema não se restrinja apenas aos princípios jurídicos, tal como deveria ser.

Isso porque o conceito jurídico de vida é um construto cultural, o qual deve ser posto em um debate que possa abranger a sociedade como um todo, não se restringindo a determinados dogmas religiosos. É, assim, um conceito que deve se compatibilizar com as características de uma sociedade plural, aplicando-se de forma uniforme tanto àqueles que possuem diferentes religiões, como àqueles que não possuem religião alguma, que tenham optado por ser ateus, por exemplo.

O conceito religioso de vida, em contrapartida, apresenta uma noção de excludência, pois observado a partir de uma perspectiva do que é sagrado, o que não se coaduna com o sistema jurídico. A questão fica ainda mais complexa quanto se leva em conta que, dentro do próprio sistema religioso, permeiam também as convicções de diferentes religiões, que não necessariamente são as mesmas no que tange ao conceito de sacralidade da vida.

Contudo, deve-se levar em que conta, ainda, que há uma enorme dificuldade por parte do sistema da religião em não buscar influenciar na produção comunicativa dos demais sistemas, principalmente o da política e do direito. De fato, o encerramento do debate sobre o direito de morrer, levando-se em conta um único sentido de vida, sentido este que se confunde com o religioso de que a vida é sagrada, demonstra que a religião está cada vez mais se envolvendo na esfera pública.

Isso ocorre, justamente, em razão do código binário através do qual a religião produz sua comunicação, qual seja, imanente/transcendente. Nesse sentido, observa Luhman que a dinâmica desse código faz com que “eventos nesse mundo não recebem um sentido religioso

até que sejam vistos pela perspectiva da transcendência. Mas a produção de sentido por si é também a específica função da transcendência, e isso não existe dentro ou fora dela”.⁷⁴

No mesmo sentido, conforme dispõe Patias:

“[...] O fenômeno religioso divide-se em duas partes: o sagrado e o profano, prevalecendo uma visão dualista, onde um se opõe ao outro. Nessa linha de pensamento, Émile Durkheim em seus estudos sobre a religião observa que ‘o sagrado e o profano foram pensados pelo espírito humano como gêneros distintos, como dois mundos que não têm nada em comum’ e conclui: ‘existe religião tão logo o sagrado se distingue do profano’.”⁷⁵

Assim, para esse sistema, é difícil tratar a vida como um evento meramente imanente, de forma que, ao tomá-la como algo transcendente, torna impossível que seja observada de outra perspectiva que não a do sagrado, colocando-a em um patamar intangível pelo homem⁷⁶, uma vez que o que é o sagrado senão

“[...] tudo aquilo que está ligado à religião, magia, mitos, crenças. Em qualquer tipo de religião, a concepção do sagrado se manifesta sempre como uma realidade diferente das naturais, remetendo ao extraordinário, ao anormal, ao transcendental, ao metafísico. Quando o processo é tratado como um fato natural, biológico, normal, estamos no campo do profano, de tudo aquilo que não é sagrado”.⁷⁷

Por outro lado, a colocação da questão em torno do sagrado religioso, que é absoluto, acaba por encerrar o debate nesses termos, fazendo com que pessoas com doenças terminais que não partilham das mesmas concepções sejam marginalizadas e excluídas de um debate sobre o tema da eutanásia e suicídio assistido, o qual lhes afeta diretamente. Isso porque, exigirá que a norma jurídica que protege a vida seja entendida a partir de um único sentido, sentido este que decorre da observação dessa norma a partir da perspectiva da transcendência.

Ao contrário, de acordo com Luhmann, a norma jurídica não deve ser compreendida a partir de valores comunitários, devendo ser válida por si mesma, a partir da sua vinculação ao próprio direito. Para o sociólogo, o sistema jurídico deve buscar a inclusão de todos os indivíduos com respaldo no princípio da igualdade, funcionando a partir da ideia de que se deve “tratar os iguais de forma igual e os desiguais de maneira desigual”⁷⁸.

⁷⁴ “Solamente vistos desde la transcendencia adquieren un sentido religioso los sucesos de este mundo. Pero la donación de sentido es entonces también la función específica de la transcendencia”. (LUHMANN, 2000, p.69, tradução nossa)

⁷⁵ (PATIAS, 2007 apud DURKHEIM, 1996)

⁷⁶ (LUHMANN, 2000, p.4)

⁷⁷ (PATIAS, 2007)

⁷⁸ (LUHMANN, 2013, p.70)

E é nesse contexto que deve ser inserido o debate sobre o direito de morrer dignidade. Isso porque, o tratamento que deve ser dado, nessas situações, à escolha de uma pessoa que se encontra em estado terminal ou acometida por alguma doença degenerativa, sem qualquer possibilidade de cura, – o que faz com que essas pessoas recorram à eutanásia ou ao suicídio justamente por considerarem que não vivem em condições minimamente dignas de acordo com suas próprias concepções do que é uma vida digna - não deve ser o mesmo a ser dado a uma pessoa saudável, em plena capacidade física e psicológica.

Por outro lado, também deve ser levado em conta que o processo de diferenciação funcional da religião ocorreu reativamente à diferenciação dos demais sistemas. De fato, conforme explica Bachur:

“[...] A religião representa um caso peculiar de diferenciação funcional por uma razão quase simples: partindo da hegemonia por ela exercida sobre todos os aspectos da vida na Idade Média, os sistemas sociais diferenciaram-se da sociedade na medida em que se diferenciaram concomitantemente da religião. A passagem à sociedade funcionalmente diferenciada tem então um duplo significado: enquanto os sistemas funcionais se diferenciaram da sociedade e, nessa medida, diferenciaram-se simultaneamente da religião; a própria religião, por sua vez, diferenciou-se funcionalmente neste movimento de conjunto. Trata-se de reconhecer a especificidade histórica da diferenciação funcional da religião – que ocorre, na verdade, como efeito colateral, em reação à diferenciação funcional dos âmbitos não religiosos da sociedade.”⁷⁹

Nota-se, assim, que a diferenciação funcional da religião ocorreu como efeito colateral da diferenciação de sistemas como o direito, a política e a economia, por exemplo, de maneira que, para se defender da autonomização desses setores não religiosos da sociedade, se defendeu a partir da radicalização da sua codificação binária imanência/transcendência, transferindo a produção de sentido religioso da esfera social, comunicativa, para a esfera individual da consciência, da fé.⁸⁰ Desse modo, “a participação na comunicação religiosa parece depender muito estreitamente do comprometimento e do engajamento efetivo da consciência – por intermédio da fé –, o que dificultaria a manutenção de sua fronteira sistema/ambiente”.⁸¹

Dessa forma, verifica-se que, atualmente, a religião tenta cumprir um papel aglutinador entre os demais sistemas, pois a moral individual, cujo código distintivo (bem *versus* mal) é constantemente influenciado pela religião,

⁷⁹ (BACHUR, 2011, p.180)

⁸⁰ (BACHUR, 2011, p. 182)

⁸¹ (BACHUR, 2011, p.179)

“[...] permaneceria no entorno de cada um dos subsistemas sociais, em meio à contingência que envolve a relação sistema/ ambiente de cada esfera autônoma, de maneira que qualquer delas pode estar sujeita ao código da moral, em prejuízo da aplicação dos critérios constitutivos do próprio subsistema.”⁸²

É o que se nota, como visto, da fala do espírita Paulo de Tarso no sentido de a legalização da eutanásia e o suicídio assistido, ou a autorização de tais práticas por meio de decisões judiciais, representaria uma regressão moral da sociedade em vários aspectos. Segundo ele, em razão disso, as religiões devem lutar na esfera pública contra isso, sobretudo no Brasil, que é a pátria do Evangelho⁸³.

Em contrapartida, não se pode deixar de lado o fato de que a colocação da religião no espaço íntimo do indivíduo e a fragmentação da crença, como características da diferenciação desse sistema na modernidade ocidental, ampliaram o nível subjetividade das escolhas morais de cada indivíduo. Para Luhmann, esse aumento de possibilidades revela-se um fator de risco, na medida em que a imprevisibilidade da conduta individual do ser humano, principalmente no que tange às questões religiosas, pode se moldar às expectativas sociais ou trilhar por um “caminho diverso e imprevisível, como no caso de fundamentalismos construídos contra o critério normativo predominante num determinado grupo, com efeitos para toda sociedade.”⁸⁴

Nesse sentido, depreende-se, a partir da teoria luhmanniana, que a existência de uma sociedade plural, democrática e que permita a inclusão de todos os cidadãos, exige a abertura do sistema religioso com o fim de propiciar a liberdade religiosa, assim entendida como a liberdade para manifestar uma religião – dentre as várias religiões existentes – ou não manifestar religião alguma. Nessa sociedade, não se pode deixar que uma religião, com o aumento de seu número de adeptos, avance nas instituições democráticas, - impondo que temas afetos ao interesse da coletividade, tal como a eutanásia e o suicídio assistido, sejam discutidos exclusivamente à luz de seus dogmas – pois se deve permitir que “os religiosos e os não religiosos sejam socialmente aceitos e dotados de capacidade comunicativa”.⁸⁵

Conclui-se, assim, que em uma sociedade na qual os sistemas sociais são autônomos e produzem seu próprio meio de comunicação, o entendimento de que é vida sagrada a partir do código comunicativo de determinada religião não pode ser usado para produzir comunicação dentro do sistema jurídico. Há, inclusive, nesse sentido, uma interessante decisão da UK *Supreme Court*, que ao julgar o caso do britânico Tony Nicklinson – anteriormente citado –

⁸² (CARVALHO, 2012, p.127)

⁸³ (ANEXO F)

⁸⁴ (ANEXO F)

⁸⁵ “El modo de vida religioso y el indiferente a la religión, sean dotados de capacidad comunicativa y se los acepte socialmente” (LUHMANN, 2000, p. 127, tradução nossa).

enumera diversas concepções sobre a vida que permeiam nos argumentos contra e a favor da eutanásia e do suicídio assistido, concluindo que não cabe ao direito apropriar-se de maneira excludente de qualquer uma delas:

Os argumentos e contra-argumentos são dos mais variados. Há uma convicção de que a vida humana é sagrada, cujo corolário é o de que a eutanásia e o suicídio assistido estão sempre errados. Essa visão é baseada na Igreja católica romana, no islamismo e em outras religiões. Há, ainda, uma visão secular de que a vida é sagrada, muitas vezes compartilhada por ateus e agnósticos. Por outro lado, há muitas pessoas que não acreditam nessas crenças. Para muitos a autonomia pessoal dos indivíduos é predominante. Eles argumentam que se trata de um direito moral que os indivíduos tem de dizer quando e como devem morrer. Em sentido contrário, há os argumentos utilitaristas. Os doentes terminais e aqueles que sofrem grande dor de doença incurável estão frequentemente vulneráveis. E nem todas as famílias, cujos interesses estão em jogo, são completamente altruístas e amorosas. Existe o risco de que o suicídio assistido seja deturpado no sentido de que as pessoas sejam persuadidas para quererem morrer ou para pensar que deveriam morrer. Outra linha é a de que, quando o indivíduo conhece genuinamente o desejo de morrer de um paciente com doença terminal, eles não devem ser forçados no sentido continuar uma vida que não mais conseguem suportar. Essa visão é contrariada por aqueles que dizem que ela representa escolha arriscada ou apenas uma pequena parte do problema. Também é argumentado que a eutanásia e o suicídio assistido, sob supervisão médica, não desgastarão a confiança entre médico e paciente. É dito que salvaguardas não funcionam. As intervenções dos filósofos morais, médicos especialistas e pessoas comuns não têm fim. A literatura é vasta ... Não cabe a nós, nesse caso, expressar a visão desses argumentos. Mas é de grande importância considerar que essa é uma questão muito antiga, sobre qual, milhões de pessoas já tiveram posições diametralmente opostas.⁸⁶

Do mesmo modo, no sistema da política, as decisões que vincularão a todos os cidadãos – religiosos e não religiosos – não podem ser tomadas com base nos sentidos religiosos em torno do termo “vida”, justamente por seu aspecto excludente, que não é

⁸⁶ *“The arguments and counter arguments have ranged widely. There is a conviction that human life is sacred and that the corollary is that euthanasia and assisted suicide are always wrong. This view is supported by the Roman Catholic Church, Islam and other religions. There is also a secular view, shared sometimes by atheists and agnostics, that human life is sacred. On the other side, there are many millions who do not hold these beliefs. For many the personal autonomy of individuals is predominant. They would argue that it is the moral right of individuals to have a say over the time and manner of their death. On the other hand, there are utilitarian arguments to the contrary effect. The terminally ill and those suffering great pain from incurable illnesses are often vulnerable. And not all families, whose interests are at stake, are wholly unselfish and loving. There is a risk that assisted suicide may be abused in the sense that such people may be persuaded that they want to die or that they ought to want to die. Another strand is that, when one knows the genuine wish of a terminally ill patient to die, they should not be forced against their will to endure a life they no longer wish to endure. Such views are countered by those who say it is a slippery slope or the thin end of the wedge. It is also argued that euthanasia and assisted suicide, under medical supervision, will undermine the trust between doctors and patients. It is said that protective safeguards are unworkable. The countervailing contentions of moral philosophers, medical experts and ordinary people are endless. The literature is vast It is not for us, in this case, to express a view on these arguments. But it is of great importance to note that these are ancient questions on which millions in the past have taken diametrically opposite views and still do”.* (Disponível em: https://www.supremecourt.uk/decidedcases/docs/UKSC_2013_0235_Judgment.pdf, p. 16, tradução nossa)

compatível o regime democrático, em que o pluralismo exige o respeito às diferenças. Conforme destaca Carvalho:

“[...] Se a fragmentação da sociedade moderna e a diferenciação de seus sistemas parciais tiveram como efeito a privatização da crença como condição da liberdade religiosa e do direito de escolha da própria identidade individual, a pretensão de neutralidade na relação entre Estado e segmentos religiosos só se realiza se aquele se mantém equidistante de todos os credos na reprodução do direito e da política, mediante a institucionalização de procedimentos discursivos fundados na razão secular”.⁸⁷

A Constituição, de fato, estabelece que o direito à vida é inviolável, mas não atribui um conceito fechado ao termo, o qual pode ser muito bem compreendido a partir dos princípios jurídicos da dignidade da pessoa humana e da liberdade, remetendo ao que se chama de vida digna, ao invés de ser lido com base em determinados dogmas religiosos.

Portanto, a leitura do dispositivo constitucional, que considera a vida como um dos princípios fundamentais da República, sob a ótica exclusiva do sagrado, é uma tentativa de “desdiferenciação funcional” entre os sistemas, implicando em corrupção das esferas do direito e da política.

O afastamento dos argumentos religiosos, por outro lado, proporcionaria um aspecto constitucional e democrático às discussões sobre a eutanásia e o suicídio assistido no âmbito legislativo, na medida em que possibilitaria que o tema não fosse tratado como tabu, além do que propiciaria a inclusão dos enfermos não religiosos no debate, permitindo que eles façam suas escolhas de forma laica, sem serem obrigados a levar em conta certos preceitos religiosos que não compartilham.

⁸⁷ (CARVALHO, 2012, p.128)

4. O DIREITO DE MORRER COMO DECORRÊNCIA DA INTERPRETAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO EM TERMOS IGUALITÁRIOS

Como visto na análise da perspectiva externa do direito, o afastamento de argumentos estritamente religiosos, sem a devida tradução, da esfera pública é benéfico à democracia, na medida em que propicia a preservação da diferenciação funcional entre os sistemas, permitindo que o debate sobre o direito de morrer seja pautado pela interpretação jurídica dos princípios constitucionais.

Porém, embora uma perspectiva externa do direito seja essencial, ela não pode deixar de levar em conta a dimensão interna do direito, cujo foco é a compreensão da natureza argumentativa da prática jurídica. E é justamente no ponto de vista interno do direito que se centra a teoria normativa de Ronald Dworkin.

De fato, conforme destaca Dworkin, “ao contrário de muitos outros fenômenos sociais, a prática do direito é argumentativa”⁸⁸. Para ele, o fato de existir “divergência teórica” no direito – entendida como aquela em que advogados e juízes divergem sobre quais fundamentos do direito conferem legitimidade a uma determinada lei ou proposição jurídica - demonstra que a compreensão da norma, transbordando de seu conteúdo positivo, exige uma atitude interpretativa por parte do operador do direito.

A interpretação do direito, tal como a das produções artísticas e demais práticas sociais, ocorre de forma construtiva, pautando-se pela interação entre a finalidade e o objeto. No entanto, dispõe Dworkin, que a finalidade não é aquela atribuída pelo legislador “autor” da norma quando de sua elaboração, mas sim pelo intérprete. De acordo com ele:

[...] “a interpretação das obras de arte e das práticas sociais, como demonstrarei, na verdade, se preocupa com o propósito, não com a causa. Mas os propósitos que estão em jogo não são (fundamentalmente) os de algum autor, mas os do intérprete”⁸⁹.

A partir desse ponto de vista, ele rejeita a interpretação puramente originalista, entendida como aquela que busca compreender o sentido da norma a partir da intenção do legislador ao tempo em que a elaborou. Ao contrário, a prática interpretativa no direito é nada mais que uma questão de “impor um propósito a um objeto ou prática, a fim de torná-lo o

⁸⁸ (DWORKIN, 2007, p. 17)

⁸⁹ (DWORKIN, 2007, p. 64)

melhor exemplo possível da forma ou do gênero aos quais se imagina que pertençam.”, o que varia de acordo com o intérprete.⁹⁰ Nesse sentido,

“a ideia da intenção do autor, quando se torna um método de interpretação, implica em si mesma as convicções artísticas do intérprete: esta serão muitas vezes fundamentais para estabelecer aquilo em que, para tal intérprete, realmente consiste a intenção artística desenvolvida”.⁹¹

Dessa forma, independentemente de quem tenha sido o autor da proposição jurídica ou qual tenha sido sua intenção, a interpretação no direito é sempre uma atitude criativa de quem está interpretando.

Por outro lado, deve-se também destacar o papel da integridade como ideal político, ao qual a atuação estatal - incluída aí a interpretação das leis - deve estar vinculada. Dworkin parte do pressuposto de que a sociedade toma a integridade como um ideal certo e distinto daqueles que estão em constante conflito nas práticas políticas, os quais às vezes devem ser sacrificados em prol daquela. Isso ocorre porque se acredita na ideia de equidade política, em que “cada pessoa ou grupo da comunidade deve ter um direito de controle mais ou menos igual sobre as decisões tomadas pelo Parlamento ou o Congresso, ou pelo legislativo estadual”⁹², ao mesmo tempo em que se rejeitam soluções meramente conciliatórias.

A integridade política nesses termos, por sua vez, implica em um modelo de comunidade de princípios, em que seus membros “aceitam que são governados por princípios comuns, e não apenas por regras criadas em um acordo políticos”⁹³. Nesse sentido, conforme destaca Patullo,

“ [...] a concepção de legitimidade no pensamento dworkiniano parte da noção de que os indivíduos atuam na comunidade vinculados por “obrigações morais genuínas”, as quais decorrem exatamente do fato de o Estado aceitar a integridade como ideal político e, por conseguinte, firmar um compromisso com um conjunto de valores insculpidos em princípios políticos, os quais regem a atuação estatal. Tais obrigações são, portanto, “associativas”, ou seja, decorrem do relacionamento dos indivíduos em uma comunidade fraternal, o que significa que os indivíduos têm que atuar de forma comprometida e honesta, em virtude da identificação recíproca com o ente coletivo personificado. Mas qual o fundamento para esse compromisso firmados entre os concidadãos da comunidade? É o reconhecimento de que a comunidade é governada por um sistema de princípios comuns, amplamente aceitos pelos cidadãos, dos quais derivarão todos os direitos e obrigações, dentre as quais a de que o direito será escolhido, modificado, desenvolvido e interpretado de um modo global, fundado em princípios”.⁹⁴

⁹⁰ (DWORKIN, 2007, p. 64)

⁹¹ (DWORKIN, 2007, p.70)

⁹² (DWORKIN, 200, p.216)

⁹³ (DWORKIN, 2007, p. 254)

⁹⁴ (PATULLO, 2007, p.131-132)

Nota-se, assim, que a integridade na teoria dworkiniana, é a aceitação, pela comunidade política, de uma carta comum de princípios, que, por sua vez, se constituirá como direito dentro dessa comunidade, conferindo garantias e impondo deveres a todos os cidadãos que a compõem. Disso, decorre que a produção legislativa e a prática jurídica devem estar comprometidas com esses princípios compartilhados, ao passo que “os magistrados e tribunais, representando uma manifestação da comunidade personificada, devem buscar a concretização desses princípios nas relações entre seus membros”⁹⁵.

Logo, a integridade também possui uma dimensão jurídica, pois, esse ideal, ao mesmo tempo em que “pede aos legisladores que tentem tornar o conjunto de leis moralmente coerente”⁹⁶, exige que essa coerência se mantenha na aplicação da lei. Assim,

“[...] O direito como integridade pede que os juízes admitam, na medida do possível, que o direito é estruturado por um conjunto coerente de princípios sobre a justiça, a equidade e o devido processo legal adjetivo, e pede-lhes que os apliquem nos novos casos que se lhes apresentem, de tal modo que a situação de cada pessoa seja justa e equitativa segundo as mesmas normas”⁹⁷.

Conforme já dito, a prática jurídica é essencialmente interpretativa e a interpretação construtiva, por sua vez, tentar tornar o seu objeto o melhor possível do ponto de vista do intérprete. Contudo, deve-se destacar que essa liberdade interpretativa apresenta uma limitação: deve ser coerente com o texto da lei e com as decisões anteriormente tomadas. Nesse sentido, afirma Dworkin que:

“[...] uma interpretação tem por finalidade mostrar o que é interpretado em sua melhor luz possível, e uma interpretação de qualquer parte do nosso direito deve, portanto, levar em consideração não somente a substância das decisões tomadas por autoridades anteriores, mas também o modo como essas decisões foram tomadas: por quais autoridades e em que circunstâncias”⁹⁸.

Há, portanto, certas proposições jurídicas, em que é possível compreender com clareza o que o legislador buscou garantir aos cidadãos de acordo com a integridade política, são os chamados casos fáceis. Em contrapartida, existem os casos difíceis, em que se diverge sobre que princípios devem nortear a compreensão do texto legal.

⁹⁵ (PATULLO, 2007, p.133)

⁹⁶ (DWORKIN, 2007, p. 214)

⁹⁷ (DWORKIN, 2007, p. 291)

⁹⁸ (DWORKIN, 2007, p. 292)

É aqui que se insere o direito como integridade como uma teoria interpretativa do direito, a qual impõe ao intérprete, ao decidir esses casos difíceis, o dever de interpretar a lei sob a sua melhor luz em termos de moralidade política. Segundo o autor:

[...] os casos difíceis se apresentam, para qualquer juiz, quando sua análise preliminar não fizer prevalecer uma entre duas ou mais interpretações de uma lei ou de um julgado. Ele então deve fazer uma escolha entre interpretações aceitáveis, perguntando-se qual delas apresenta em sua melhor luz, do ponto de vista da moral política, a estrutura das instituições e decisões da comunidade”⁹⁹.

Dessa forma,

[...] os juízes que aceitam o ideal interpretativo da integridade decidem casos difíceis tentando encontrar, em algum conjunto coerente de princípios sobre os direitos e deveres das pessoas, a melhor interpretação da estrutura política e da doutrina jurídica de sua comunidade.”¹⁰⁰

Isto posto, pode-se concluir que a integridade, tanto na dimensão política quanto na dimensão jurídica, coloca-se como uma questão de princípios nas discussões existentes nas comunidades que a aceitam como seu ideal: sobre que princípios devem pautar as decisões políticas e, ainda, sobre que princípios os magistrados e tribunais devem levar em conta ao buscar conferir à lei a melhor interpretação possível.

Nesse contexto, o debate sobre o direito de morrer insere-se em um campo muito mais complexo que aquele no qual os parlamentares responsáveis pelos projetos de lei anteriormente citados pretendem enquadrá-lo. Isso porque, ao mesmo tempo em que eles utilizam a literalidade do direito à vida para justificar a necessidade de tornar a eutanásia e o suicídio assistido crimes hediondos, outras pessoas utilizam esse mesmo dispositivo constitucional para afirmar que possuem um direito à realização de tais práticas.

Nota-se aí um caso difícil, consubstanciado na controversa questão sobre se as pessoas que se encontram em estágios terminais de alguma enfermidade ou possuem doenças degenerativas têm o direito de escolher como e quando a morte deve ocorrer. Não se trata, assim, da mera invocação da literalidade do dispositivo constitucional que garante o direito à vida, mas sim de uma questão jurídica sobre a correta interpretação da Constituição com o fim de respeitar a coerência entre os princípios compartilhados por uma comunidade que admite a integridade, ainda que esses princípios não estejam enumerados expressamente na Carta Magna.

⁹⁹ (DWORKIN, 2006, p.306)

¹⁰⁰ (DWORKIN, 2006, p.305)

Dworkin defende que, em casos como esses, as decisões, tal como todos os atos estatais, para alcançarem a melhor solução, devem ser justificadas com base em um par conceitual, que possui ligação direta com a dignidade da pessoa: igualdade e liberdade. Ao contrário do senso comum, que costuma pensar que esses termos estão sempre em conflito, o autor tenta demonstrar, colocando-os como conceitos interpretativos, que essas “virtudes”, em verdade, se pressupõem, e, juntas, colocam-se como os “princípios legitimadores, que formam a fonte mais abstrata dos direitos políticos”¹⁰¹.

A igualdade liberal, postulado máximo da justiça, estabelece que “o governo deve agir para tornar melhor a vida daqueles a quem governa, e deve demonstrar igual consideração pela vida de todos”¹⁰². Por sua vez, a igualdade, nesses termos, exige também o respeito à liberdade, pois se crê que a vida vivida em liberdade tem mais valor, “por ser uma vida mais autônoma, mais autêntica, ou ter mais dignidade, ou melhor em qualquer outro aspecto”¹⁰³.

Da igualdade, assim, decorre o conceito de *liberty*, que pressupondo que uma pessoa tem certa autonomia para agir em uma comunidade política, remete à “porção da sua autonomia que essa comunidade não lhe pode retirar sem a ofender de algum modo especial, comprometendo a sua dignidade, ao negar-lhe a preocupação igual ou uma característica essencial da responsabilidade pela sua própria vida”¹⁰⁴. Esse conceito de liberdade, portanto, vez, está estreitamente ligado à independência ética, que desemboca no valor da responsabilidade pessoal, de maneira que não pode ser negado aos indivíduos o poder de participar na tomada das decisões sobre as questões éticas fundamentais que poderão, de certa forma, comprometer a sua dignidade.

Desse modo, a conciliação entre esses dois princípios – igualdade e liberdade - impõe que “uma comunidade política só tem autoridade moral para exercer coerção sobre alguém, criando-lhe e impondo-lhe obrigações se respeitar dois requisitos: igual consideração e respeito; e respeito às responsabilidades individuais”¹⁰⁵. De acordo com Dworkin, ao admitir a liberdade como conceito interpretativo e interpretá-la como *liberty*, colocando-a no interior da igualdade de recursos – que, segundo o autor, é melhor interpretação do princípio igualitário –, resta clara a necessidade, em uma sociedade plural, de “tornar a distribuição o

¹⁰¹ (RAMALHO, 2016, p. 107)

¹⁰² (DWORKIN, 2005, p. 171)

¹⁰³ (DWORKIN, 2005, p. 171)

¹⁰⁴ (RAMALHO, 2016, p. 112)

¹⁰⁵ (RAMALHO, 2016, p.107)

mais sensível possível às escolhas que as pessoas fazem ao elaborar seus próprios planos e projetos”¹⁰⁶.

Nesse contexto, ao analisar o debate referente ao direito de morrer com dignidade à luz de sua teoria, Dworkin levanta a questão sobre se “uma maioria moral pode limitar a liberdade de cidadãos individuais sem uma justificativa melhor que a de desaprovar suas escolhas pessoais”¹⁰⁷, questionamento esse que se encontra em quase todas as discussões sobre o tema:

“[...] Embora quase todos os americanos concordem que a vida humana tem algum aspecto sagrado, discordam se isso implica que ninguém deve se matar, mesmo que seja para evitar dores terríveis ou a indignidade de uma deficiência extrema, e mesmo quando morrerão em breve de qualquer maneira. Alguns acham que degrada a vida encerrá-la prematuramente, mesmo nessas circunstâncias; outros pensam que é degradante não morrer com dignidade quando continuar vivendo seria consternador. **Tal decisão deveria ser individual, cada pessoa decidindo a própria vida com base em suas próprias convicções? Ou coletiva, para que as convicções da maioria sejam impostas, mesmo àqueles cujas convicções mais fundamentais sejam com isso prejudicadas?**”¹⁰⁸

A questão colocada por Dworkin não é uma preocupação dissociada da realidade, na medida a maioria das pessoas acredita que qualquer decisão que possa permitir a eutanásia e o suicídio assistido, para que seja legítima, deve ser tomada pela coletividade, mesmo que isso signifique negar a escolha pessoal dos indivíduos cuja dignidade será diretamente comprometida por essa decisão. O Presidente do Conselho Federal de Medicina, por exemplo, faz alusão a essa convicção ao afirmar que tais práticas só podem ser autorizadas caso a sociedade brasileira se manifeste nesse sentido, através de um plebiscito. É assim que também se posiciona o espírito Paulo de Tarso, que, ao dizer que a eutanásia é uma decisão da sociedade brasileira, que, se tomada, representará uma regressão moral coletiva, remete à concepção medieval de que as escolhas dos indivíduos, inclusive no que tange ao próprio corpo, acarretam consequências para toda a coletividade no momento do julgamento final – ideia essa, por vezes, compartilhada pela maioria religiosa.

No entanto, a interpretação da Constituição em termos igualitários – que, segundo Dworkin, seria a forma de interpretá-la sob sua melhor luz – estipula determinados direitos que não podem ser atacados pela maioria, pois buscam dar às pessoas alguns meios para tomar as decisões por si mesmos, colocando-os “trunfos inerentes a todo e qualquer cidadão,

¹⁰⁶ (DWORKIN, 2005, p. 205)

¹⁰⁷ (DWORKIN, 2005, p. 645, *grifo nosso*)

¹⁰⁸ (DWORKIN, 2005, p.545)

de modo que o Estado comete um erro ao restringir esses trunfos com base no interesse geral.”¹⁰⁹

Isso porque, o autogoverno em uma concepção constitucional da democracia, defendida por Dworkin, se funda não apenas na ideia de que “o povo governa a si mesmo quando a premissa majoritária é obedecida”¹¹⁰, mas na compreensão de que “esse ‘majoritarismo’ só garante o autogoverno quando todos os membros da comunidade em questão são seus membros morais”¹¹¹. Assim, são exigidas algumas condições democráticas que permitam a participação moral na comunidade política, as quais não podem ser restringidas pela premissa meramente majoritária: todos os membros, nos processos de decisão política, devem ser tratados com igual consideração e respeito às responsabilidades individuais.

Dessa maneira, de acordo com Dworkin, “uma comunidade política não pode fazer de nenhum indivíduo um membro moral se não der a essa pessoa uma *participação* em qualquer decisão coletiva, um *interesse* nessa decisão e uma *independência* em relação à mesma decisão”¹¹². Ao mesmo tempo, exige-se o respeito ao que o autor chama de independência moral, de forma que

[...] “a pessoa que acredita deter a responsabilidade pelos valores centrais de sua vida não pode entregar essa responsabilidade a um grupo, mesmo que disponha de um voto igual aos outros nas deliberações desse grupo. Portanto, a comunidade política verdadeira é uma comunidade feita de agentes morais independentes. Ela não pode determinar o que seus cidadãos devem pensar a respeito da política ou da ética, mas deve, por outro lado, propiciar circunstâncias que lhes permitam chegar a crenças firmes em matéria de ética e política através de sua própria reflexão de e, por fim, de sua convicção individual”¹¹³.

De acordo com Dworkin, esse entendimento “endossa a tese liberal de que não se podem justificar proibições legais com base somente em que a conduta proibida é ofensiva a alguma religião predominante ou ortodoxia moral”.¹¹⁴ Isso porque, “se uma determinada liberdade for exigida pelo princípio da igual consideração e respeito, então ela merece reconhecimento enquanto um direito forte, um verdadeiro trunfo contra o Estado”¹¹⁵, de maneira que não se admitem restrições a essa liberdade com base em uma verdade religiosa

¹⁰⁹ (RAMALHO, 2016, p. 147)

¹¹⁰ (DWORKIN, 2006, p. 35)

¹¹¹ (DWORKIN, 2006, p.36)

¹¹² (DWORKIN, 2006, p. 38)

¹¹³ (DWORKIN, 2006, p. 40)

¹¹⁴ (DWORKIN, 2005, p. 207)

¹¹⁵ (RAMALHO, 2016, p. 147)

ao argumento de que ela retrata a visão compartilhada pela maioria dos indivíduos que compõem a comunidade política.

Assim, encerrar o debate sobre o direito de morrer na premissa majoritária é incompatível com a Constituição, pois impede que os indivíduos que possuem doenças degenerativas ou sofrem de algum outro mal incurável participem de uma decisão que compromete diretamente sua dignidade - ou seja, impede que eles utilizem um direito que possuem como trunfo contra o Estado. Isso porque, a interpretação do direito constitucional à vida com base no entendimento da maioria das pessoas que, movidas por suas convicções religiosas, afirmam que a vida é sagrada - e, dessa maneira pertence a Deus - não permite que os membros da comunidade que não possuem essa crença sejam tratados com igual consideração e respeito, retirando-lhes a autonomia.

Por outro lado, Dworkin propõe uma visão laica da “vida sagrada”, essa sim compatível com a Constituição, pois concentra o debate sobre a eutanásia e o suicídio assistido em torno da liberdade dos cidadãos individuais, ao invés de impor a eles a crença de uma “maioria moral”.

Em uma sociedade moderna, é necessário que a vida sagrada seja entendida como a vida digna, ou seja, como aquela que permite a antecipação de atos e planejamentos que, de acordo com as concepções de cada um, se crê que serão construtores de um patamar de vida mais feliz¹¹⁶. Da mesma forma, as pessoas, “na medida do possível, querem que sua morte expresse, e ao fazê-lo, confirme vigorosamente os valores que acreditam ser os mais importantes para suas vidas”¹¹⁷.

Ou seja, a importância de escolher o modo e o momento da morte está em garantir que tal morte esteja de acordo com as convicções de cada indivíduo em relação àquilo que ele considera como uma vida digna. É, assim, defensável a tese de que a eutanásia e o suicídio assistido, como aspectos centrais do debate sobre o direito de morrer com dignidade, protegem a liberdade de pessoas que não consideram uma vida ligada a aparelhos, ou até mesmo sob a permanente assistência de outras pessoas, como parte de suas convicções do que seria uma vida digna. De acordo com Dworkin,

“[...] as convicções de uma pessoa sobre os seus próprios interesses críticos são opiniões sobre o que significa o bom desenvolvimento da própria vida humana, e

¹¹⁶ (UNIAKE, 2004)

¹¹⁷ (DWORKIN, 2003, p. 298)

essas convicções podem, portanto, ser mais bem compreendidas como uma aplicação especial de seu compromisso geral com a santidade da vida.”¹¹⁸

De fato, “a pessoa trata a vida como algo sagrado pelo qual ela é responsável, algo que ela não pode pôr a perder, acredita ser intrinsecamente importante viver bem e fazer isso com integridade”.¹¹⁹ E é esse aspecto da vida que um debate constitucional sobre o direito de morrer deve refletir, independentemente da crença religiosa de cada um.

Assim, a ideia de que a vida não pode, sob hipótese alguma, ser abreviada com base na justificativa de que a vida pertence a Deus acaba por suprimir o caráter complexo e aberto das interpretações acerca do que é o caráter sagrado da vida em um Estado laico. Além disso, acaba por ignorar completamente os interesses mais fundamentais de pessoas como Ramón Sampederro, Tony Nicklinson e todas aquelas cujo suicídio foi auxiliado pelo Dr. Jack Kevorkian, uma vez que os priva da possibilidade de formularem “por si mesmo, os juízos mais crucialmente definidores de sua personalidade naquilo que diz respeito a suas próprias vidas”.¹²⁰

Por fim, além da ilegitimidade da utilização da premissa majoritária em um debate como o direito de morrer, também não se coaduna com a concepção constitucional de democracia a alegação de que a eutanásia e o suicídio não podem ser permitidos, pois abrem espaço para que o Estado cometa arbitrariedades de modo que pessoas que poderiam continuar vivas acabem mortas. Esse argumento é utilizado pelo Presidente do Conselho Federal de Medicina, ao ressaltar a temeridade de uma norma que permita a eutanásia em um país como o Brasil, no qual a desigualdade social faz com que os conceitos do que é salvável variem em cada região do país.

De fato, conforme ressalta Dworkin, há uma preocupação nesse sentido, que se materializa no argumento do efeito-dominó, compartilhado por grande parte dos adversários da eutanásia. Segundo esse argumento,

“[...] se a eutanásia for legalizada, os moribundos cujo tratamento é dispendioso ou complicado podem vir a pedir ajuda para se suicidar só porque se sentem culpados; além disso, os familiares podem tentar coagi-los ou envergonhá-los de forma que os levem a tomar essa decisão”.¹²¹

¹¹⁸ (DWORKIN, 2003)

¹¹⁹ (DWORKIN, 2003)

¹²⁰ (DWORKIN, 2003)

¹²¹ (DWORKIN, 2006, p.232)

No entanto, a liberdade de escolher o modo e o momento da morte é uma exigência do princípio da igual consideração e respeito, sendo um direito que se coloca como um verdadeiro trunfo contra o Estado. Desse modo, ele não pode restringido com base na alegação de que esse mesmo Estado seria incapaz de elaborar leis e políticas públicas eficientes com o fim de evitar que sejam autorizados pedidos de eutanásia e suicídio assistido “influenciados pela culpa, pela depressão, pela insuficiência de cuidados médicos ou por precauções econômicas”¹²².

De acordo com Dworkin,

“[...] nenhum conjunto de regulamentações pode ser perfeito. Mas seria uma perversidade obrigar pessoas competentes a morrer cobertas de dor ou mergulhadas no estupor da analgesia só por esse motivo – aceitando-se um mal grande e conhecido para evitar o risco de um mal que só existe em nossas especulações.”¹²³

Assim, a preocupação do Presidente do Conselho Federal de Medicina e por todos aqueles utilizam o argumento do efeito-dominó é motivada por meras especulações, as quais não podem se colocar como empecilho para que sejam garantidos aos cidadãos os direitos fortes que lhes são inerentes. Para Dworkin, esses argumentos são muito fracos, e mais “parecem meros disfarces assumidos pelas convicções mais profundas que de fato movem a maioria dos adversários da eutanásia”¹²⁴: a concepção de que a vida deve ser tratada como um dom sagrado vindo de Deus e que, por isso, não pode se submeter às escolhas pessoais dos indivíduos.

¹²² (DWORKIN, 2006, p. 232)

¹²³ (DWORKIN, 2006, p. 232)

¹²⁴ (DWORKIN, 2006, p. 233)

5. CONCLUSÃO

Como já dito anteriormente, o complexo debate que envolve a eutanásia e o suicídio assistido é um problema muito presente na sociedade moderna, tendo em vista os inúmeros avanços que a ciência trouxe ao modo de viver do ser humano, avanços estes que, por vezes, chegam a desagradar algumas pessoas ao mesmo tempo em que parecem não causar maiores problemas a outras.

É possível, na verdade, quase certo, que em um futuro próximo ou distante as questões sobre a possibilidade de abreviação da vida possam se tornar ainda mais complexas. É, ainda, possível que tais questões deixem de existir para dar lugar a outras questões referentes à santidade da vida, como destaca Dworkin:

“[...] dentro de uma ou duas gerações, as grandes batalhas sobre o aborto ou a eutanásia, talvez, já tenham sido substituídas no imaginário popular e no debate político, por questões ainda mais complexas sobre o valor intrínseco da vida humana. A ciência promete - ou ameaça - alterar dramaticamente os processos de reprodução humana e do desenvolvimento do embrião, aperfeiçoar as técnicas de fertilização sem sexo e, talvez, inclusive, desenvolver novas técnicas para o nascimento sem fertilização, alterar ou criar códigos e produzir crianças segundo um modelo previamente escolhido, clonar pessoas dotadas de qualidades muito apreciadas ou que, por serem ricas, anseiam pela imortalidade. A ciência promete - ou ameaça - produzir novas técnicas médicas e cirúrgicas que aumentem a expectativa de vida, levando-a, em alguns casos, a magnitudes bíblicas, mas a um custo tão exorbitante, que o desenvolvimento dessas técnicas - e, mais ainda, o desafio de colocá-las ao alcance não apenas de uma minoria insignificante - acabaria com todos os recursos necessários para tornar a vida das pessoas igualmente boa e prolongada.”

Porém, independentemente de todas as promessas ou ameaças, a ciência, para não perder sua legitimidade e cientificidade, deve admitir o caráter não universal de seus ideais e permitir que suas descobertas e procedimentos sejam colocados em debate na sociedade. Ressalta-se, todavia, que, em uma sociedade plural, marcada pela predominância de diferentes tradições, valores e costumes, uma sociedade laica – na qual as pessoas detêm o direito de aderirem qualquer crença religiosa, ou, até mesmo, não ter religião alguma –, não cabe a uma única instituição, seja ela política, religiosa, científica ou jurídica, se apropriar de forma excludente de uma discussão que pertence a uma sociedade inteira.

Infelizmente, conforme visto, no Brasil, não há sequer um debate sobre o tema, restringindo-se a tratar, nos âmbitos político e legislativo, a inviolabilidade do direito a vida como um suposto obstáculo para a prática de eutanásia e suicídio assistido em pacientes em estado terminal ou que sofrem de doenças degenerativas. Porém, cabe indagar: o sentido dado

a vida nesses âmbitos tem sido amparado pelos princípios constitucionais, tal como deveria ser em um Estado laico?

Ao que parece, não. As crenças religiosas particulares dos cidadãos que estão a frente das mais altas instâncias decisórias, tais como o Congresso Nacional, o Conselho Federal de Medicina e os tribunais, tem influencia, ainda que de forma inconsciente, têm influenciado as decisões que afetam os direitos de pessoas que nem sequer compartilham dessas crenças.

A partir da perspectiva da teoria luhmaniana, essa interferência dos dogmas religiosos na esfera pública, de modo a encerrar em torno do aspecto sagrado da vida, - sem nem mesmo levar em conta os princípios jurídico-constitucionais que protegem o direito à vida - é inadmissível em uma democracia compreendida a partir da diferenciação dos sistemas sociais.

Isso porque, em uma sociedade na qual os sistemas sociais do direito, da política e da religião, são autônomos e produzem seu próprio meio de comunicação, o entendimento do que é sagrado a partir do código comunicativo religiosos, não pode, sem a devida tradução, produzir comunicação dentro do sistemas jurídico e político. A intromissão das crenças religiosas na esfera pública como imposição, e não como mera manifestação de opinião, causa perturbação entre os sistemas – o que Luhmann denomina como corrupção sistêmica - e exclui do debate cidadãos que não compartilham determinadas convicções religiosas, o que não se coaduna com um Estado laico.

Por outro lado, o afastamento dos argumentos religiosos como dogmas emprestaria um aspecto constitucional e democrático ao debate sobre o direito de morrer, verificando-se que a partir desse ponto de vista, em verdade, não há qualquer impedimento para que sejam permitidas as práticas de eutanásia e suicídio assistido.

Ao contrário, o entendimento sociedade como uma comunidade política de princípios que, conjuntamente, dá aos casos difíceis uma solução orientada a partir da melhor interpretação da Constituição, exige que essa interpretação seja feita em termos igualitários. Ou seja, deve-se permitir a participação moral de todos os membros da comunidade, tratando-os com igual consideração e com respeito pelas suas escolhas individuais.

Essa concepção igualitária impõe que o Estado proteja o direito fundamental à vida digna como um elemento essencial da liberdade, o que não é compatível com a convicção religiosa majoritária de que a vida é sagrada por pertencer unicamente a Deus. Conforme destaca Dworkin, “obrigar uma pessoa a morrer de um modo que agrada aos outros, mas que, a seu ver, contradiz a sua própria dignidade, é uma forma grave, injustificada e desnecessária de tirania”.

Assim, no que diz respeito à eutanásia e o suicídio assistido, existência de diferentes sentidos de sagrada em uma sociedade moderna deve ser levada em conta para que o interesse de pessoas em estágios terminais da vida não sejam obscurecidos diante da imposição de uma determinada crença religiosa, pois, em verdade, “o maior insulto á santidade da vida é a indiferença ou a preguiça diante de sua complexidade”¹²⁵. Em uma comunidade de princípios, a ideia constitucional de respeito implica a existência de uma exigência mínima de diferentes crenças, ainda que extremamente antagônicas, sejam igualmente consideradas, quando necessárias para garantir a dignidade dos indivíduos que as possuem.

Dessa maneira, as pessoas que se encontram em estágios terminais de alguma enfermidade ou possuem doenças degenerativas, que comprometem as funções vitais, em que pese às objeções da maioria, também possuem o direito de terem suas convicções levadas em conta e de fazerem “por si mesmos, os juízos mais crucialmente definidores de sua personalidade naquilo que diz respeito a suas próprias vidas”¹²⁶.

¹²⁵ (DWORKIN, 2006, p.344)

¹²⁶ (DWORKIN, 2003)

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÈS, Philippe. **História da morte no ocidente: da Idade Médica a nossos dias.** Trad. **Priscila Viana de Siqueira.** Rio de Janeiro: Nova fronteira, 2012.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. **Eutanásia e Suicídio assistido - Legislação Comparada.** Direitos reservados nos termos do artigo 52º da Lei nº 28/2003, de 30 de julho, 2016. Disponível em: < https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/Eutanasia_Suicidio_Assist_1.pdf >. Acesso em: 30.out.2017.

BACHUR, João Paulo (2010). **A diferenciação funcional da religião na teoria social de Niklas Luhmann.** *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2011, vol.26, n.76, pp.177-190. ISSN 1806-9053. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092011000200010> >. Acesso em: 30.out.2017.

BARROSO, L. R.; MARTEL, L. C. V. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida.** Rio de Janeiro, GZ, 2010.

BRAUDEL, Fernand. **A longa duração. In: Escritos sobre a História.** Lisboa: Perspectiva, 1992.

CARVALHO, Alexandre Douglas Zaidan. **Entre Política e Religião: Diferenciação Funcional e Laicidade Seletiva no Brasil.** Disponível em: < https://www.academia.edu/3635313/Entre_Política_e_Religião_Diferenciação_Funcional_e_Laicidade_Seletiva_no_Brasil >. Acesso em: 30.out.2017.

CORSI, Giancarlo; ESPÓSITO Elena; BARALDI, Claudio. **Glosario sobre La teoría social de Niklas Luhmann.** Tradução: Miguel Romero Perez, Calos Villalobos. Guadalajara, México: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) y Barcelona, Espanha, Editorial Anthropos, 1996.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 1996

D'URSO, Luiz Flávio Borges. *A eutanásia no Brasil*. Disponível em: <<http://www.direitopenal.adv.br/artigos.asp?pagina=19&id=632>>. Acesso em: 19.nov.2004.

DWORKIN, Ronald. **A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Domínio da vida**. Trad. Jefferson Luiz Camargo. 1.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____. **O direito da liberdade: a leitura moral da Constituição norte-americana**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **O império do direito**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

FREIRE DE SÁ, Maria de Fátima. **Direito de morrer**. Belo Horizonte: Del Rey. 2005.

KARDEC, Allan. **O Livro dos Espíritos: princípios da Doutrina Espírita**. Trad. de Guillon Ribeiro. 86. ed. Rio de Janeiro: FEB, 2005.

KEVORKIAN: There's more to his life than death. Direção: Matthew Galkin. Estados Unidos: HBO, 2010.

LUHMANN, Niklas. **La religión de la sociedad**. Madrid: Editorial Trotta, S.A, 2007.

_____. **Constituição como aquisição evolutiva**. Tradução: Menelick de Carvalho Netto, Giancarlo Corsi e Raffaele de Giorgi, 1990.

_____. **El derecho de la sociedad**, versão 5.0 de 13/01/2003, formatação eletrônica.

MAR ADENTRO (Original). Direção: Alejandro Amenábar. Produção: Alejandro Amenábar e Fernando Bovaira. Espanha: Venezia 61, 2004.

NEVES, Nedy. **Contextualização do Código de Ética Médica: o impacto em repensar as normas,** Revista de Bioética do CFM: 2007. Disponível em < <http://www.portalmédico.org.br/JORNAL/jornais2007/Set/pag22-23.html> >. Acesso em: 30.out.2017.

NEVES, Rômulo Figueira. **Acoplamento estrutural, fechamento operacional e processos sobrecomunicativos na teoria dos sistemas sociais de Nicklas Luhmann.** 2005. Dissertação de Mestrado – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2005.

NOGUEIRA, Paulo Lúcio. **Em defesa da vida: aborto, eutanásia, pena de morte, suicídio, violência linchamento.** São Paulo: Saraiva, 1995

OLIVEIRA, Lílian Carla; JAPAULO, Maria Paula (2005). **Eutanásia e direito à vida: limites e possibilidades.** Disponível em: < https://www.conjur.com.br/2005-set-24/eutanasia_direito_vida_limites_possibilidades#author >. Acesso em: 06.dez.2017.

PATIAS, J. C. **O espetáculo no telejornal sensacionalista,** in COELHO, C. N. P. e CASTRO, J. V de (orgs.), 2007. Disponível em: < <http://www.pluricom.com.br/forum/o-sagrado-e-o-profano-do-rito-religioso-ao> >. Acesso em: 06.dez.2017.

PATULLO, Marcos Paulo Falcone. **A igualdade no pensamento de Ronald Dworkin -** 2009. Dissertação (Mestrado em Direito Político e Econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2010.

PESSINI, Leonardo. (1999). **A eutanásia na visão das grandes religiões**. Revista de Bioética, v. 7, n 1, p. 83-98.

RAMALHO, Ana Luiza Nuñez. **Igual consideração e respeito, independência ética, e liberdade de expressão em Dworkin: Uma reconciliação entre igualdade e liberdade e a possibilidade do discurso do ódio em um ordenamento coerente de princípios**. 2016. 184p. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Direito da Universidade de Brasília.

SALIM, Jacqueline; SILVA, Juvêncio. **Relação entre direito e política sob a perspectiva de Nicklas Luhmann: parâmetros para a atuação política do Judiciário**. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/RECHTD/article/viewFile/rechtd.2016.81.10/5322>> Acesso em: 30.out.2017.

SANTOS, M. C. C. L.. **Conceito médico-forense de morte**. Revista da Faculdade de Direito (USP), São Paulo, v. 92, 1997.

SANTOS, Sandra Cristina Patrício dos. **Eutanásia e suicídio assistido: o direito e liberdade de escolha**. Coimbra : [s.n.], 2011

UNIAKE, Suzzane. **Is life sacred?** In: ROGERS, Ben. Is nothing sacred? Londres, Nova York: Routledge, 2004.

UNITED KINGDOM. **The Supreme Court. Apellant: Tony Nicklinson. Respondent: Ministry of Justice**. Lord Neuberger, President. UK, 25 de junho de 2014. Disponível em: <https://www.supremecourt.uk/decided-cases/docs/UKSC_2013_0235_Judgment.pdf>. Acesso em: 30.out.2017.

XAVIER, Chico; EMANNUEL, Espírito. **O consolador**. 28. ed. Rio de Janeiro: FEB, 2011.

ANEXO A – PROJETO DE LEI 5058/2005

PROJETO DE LEI Nº, DE 2005

(Do Sr. Osmânio Pereira)

Regulamenta o art. 226, § 7º, da Constituição Federal, dispondo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei regulamenta o art. 226, 7º, da Constituição Federal, dispondo sobre a inviolabilidade do direito à vida, definindo a eutanásia e a interrupção voluntária da gravidez como crimes hediondos, em qualquer caso.

Art. 2º. O art. 122 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 122.....

.....

Parágrafo único. Incorre na mesma pena aquele que de algum modo contribuir para a realização de eutanásia.”

Art. 3º. Fica revogado o art. 128, **caput** e incisos I e II, do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

Art. 4º. O art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, passa a vigorar acrescidos dos seguintes incisos VIII, IX e X:

“Art. 1º.....

- I. – aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento (art. 124 do Código Penal);
 - II. –aborto provocado por terceiro (arts.125e126do Código Penal);
 - III. – eutanásia (art. 122, parágrafo único, do Código Penal).
- (...)

Art. 6º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Justificativa

Ao garantir os direitos individuais fundamentais e invioláveis a todas as pessoas, sem qualquer distinção e, portanto, sem distinguir, tampouco, o estágio da vida em que se encontre, a Constituição Federal cita, em primeiro lugar, o direito à vida. Fá-lo com toda a lógica, posto que, sem esse direito, que é de todos o primeiro, nenhum sentido teriam os demais.

É dever do Estado, portanto, garantir a todos, antes de mais nada, o direito à vida, obrigação que se impõe mais ainda quando os sujeitos do direito são indefesos, sem condições próprias para reagirem, como é o caso dos nascituros, cujos direitos o art. 4º de nosso Código Civil determina que sejam protegidos pela lei, independentemente da personalidade jurídica vir a ser obtida com o nascimento. Os nascituros são, portanto, sujeitos de direitos, do mesmo modo que os já nascidos, nessas hipóteses resguardadas pela lei. Não haveria nenhuma razão para que esses direitos fossem garantidos aos nascituros, como a propriedade, a herança, entre outros, se, antes de tudo, o direito à vida não lhes fosse assegurado.

Do mesmo modo que os nascituros não possuem meios de defesa contra as agressões externas, os doentes e os idosos também são merecedores de proteção especial, dada a sua condição de fragilidade. No entanto há quem defenda a prática da eutanásia com relação a estas pessoas desprotegidas. Além de não possuírem condições de defesa, encontram-se psicologicamente fragilizados pela debilidade física ou pela doença. Assim, é possível, que neste estado de debilidade física e mental, acabem concordando com antecipação de sua

ANEXO B – PROJETO DE LEI 2283/2007

PROJETO DE LEI Nº , DE 2007

(Do Sr. Dr. Talmir)

Acrescenta parágrafo ao art. 122 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e inciso ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei equipara a eutanásia ao crime de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio e considera sua prática crime hediondo.

Art. 2º O art. 122 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, passa a vigorar acrescido do § 2º, passando o parágrafo único a § 1º:

“Art. 122.

§ 1º

§ 2º Incorre na mesma pena do § 1º deste artigo quem, de qualquer modo, concorre para a prática da eutanásia (NR).”

Art. 3º O art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso VIII:

“Art. 1º

.....

(...)

VIII – eutanásia (art. 122, § 2º).

Parágrafo único.(NR).”

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação

oficial.

Justificativa

Ao garantir os direitos individuais fundamentais e invioláveis a todas as pessoas, a Constituição Federal cita, em primeiro lugar, o direito à vida. Fáz-lo com toda a lógica, posto que, sem esse direito, que é de todos o primeiro, nenhum sentido teriam os demais.

É dever do Estado, portanto, garantir a todos, antes de mais nada, o direito à vida, obrigação que se impõe mais ainda quando os sujeitos do direito são indefesos, sem condições próprias para reagirem.

Os doentes e os idosos devem ser merecedores de proteção especial, dada a sua condição de fragilidade. No entanto há quem defenda a prática da eutanásia com relação a estas pessoas desprotegidas. Além de não possuírem condições de defesa, encontram-se psicologicamente fragilizadas pela debilidade física ou pela doença. Assim, é possível, a adoção da eutanásia nessas pessoas, levadas pelo sofrimento, perdem o instinto inato de preservação e sobrevivência, ficando vulneráveis física e psicologicamente, em face do seu estado de debilidade física e mental.

Desse modo, como bem lembra o Professor Ives Gandra da Silva Martins, em seu trabalho *Fundamentos do Direito Natural à Vida*, a eutanásia constitui violação ao direito natural à vida, principalmente porque exercida contra insuficientes.

É indispensável, portanto, que se explicita a natureza hedionda deste crime, bem como se vedem legalmente quaisquer ações nesse sentido.

São as razões pelas quais contamos com o apoio de nossos ilustres Pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, em de de 2007.

Deputado **DR. TALMIR**

ANEXO C – PROJETO DE LEI 3207/2008

PROJETO DE LEI N^o, DE 2008

(Do Sr. Miguel Martini)

Acresce os incisos VIII, IX e X ao art. 1^o da Lei n^o 8.072, de 25 de julho de 1990.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1^o Esta Lei acresce os incisos VIII, IX e X ao art. 1^o da Lei n^o 8.072, de 25 de julho de 1990, para dispor que são hediondos os crimes tentados ou consumados de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio (art. 122, *caput* e parágrafo único, do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940- Código Penal), aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento (art. 124 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940- Código Penal) e aborto provocado por terceiro com ou sem o consentimento da gestante (artigos 155, 126, *caput* e parágrafo único, e 127, do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940- Código Penal).

Art. 2^o. O art. 1^o da Lei n^o 8.072, de 25 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos incisos VIII, IX e X:

“Art. 1^o

.....

VIII – induzimento, instigação ou auxílio a suicídio (art. 122, *caput* e parágrafo único, do Decreto-lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal).

(...)

Art. 3^o Esta lei entra em vigor na data de sua publicação oficial.

Justificação

Matérias jornalísticas veiculadas frequentemente nos meios de comunicação dão conta de que se encontra disseminada neste País a prática do aborto ilegal, além de registrarem diversos casos de eutanásia.

Por atentarem gravemente contra a inviolabilidade do direito à vida, tais crimes

ANEXO D – PROJETO DE LEI 4462/1981**PROJETO DE LEI Nº , DE 1981****(Do Sr. Inocêncio de Oliveira)**

Permite ao médico assistente o desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de um medicamento que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, em comum acordo com os familiares, e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º É permitido ao médico assistente o desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de um medicamento que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, em comum acordo com todos os familiares.

Parágrafo único. O médico assistente deve oficialar o fato ao Conselho Regional de Medicina, descrevendo o quadro clínico do paciente.

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação oficial.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

Justificação

Em nossos dias, todo mundo vem se discutindo sobre a eutanásia.

A nossa proposição não devemos considerá-la o direito de se praticar a eutanásia passiva, pois acredito que existe apenas a eutanásia (morte sem sofrimento; prática pela qual se procura abreviar sem dor ou sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável). O nosso projeto visa apenas regulamentar um fato que os profissionais vêm se deparando comumente, causando problemas à classe, aos hospitais e aos familiares.

Frequentemente vem a debate este tema, com implicações médicas, jurídicas, religiosas, etc.

Do ponto de vista médico, o profissional deve lutar para preservar a saúde, prolongar a vida e abreviar os sofrimentos, mas deve ter o direito de decidir da inutilidade de prolongar uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofríveis. Além do mais a determinação de morte, não se faz pela ausência dos batimentos cardíacos, mas, sobretudo pela cessação da atividade cerebral: Assim, um coma irreversível com a detecção de irrecuperação, mantida a vida apenas por um conjunto de aparelhos e medicações, traz problemas ao paciente, aos familiares, ao médico e ao hospital, que tem de proporcionar uma assistência especializada, sem qualquer chance de recuperação. Apesar dos progressos da medicina, depois de se constatar a lesão cerebral irreversível não existe possibilidade de recuperação de uma vida.

Do ponto de vista jurídico, não existe respaldo legal para a eutanásia mas não creio existir óbice para o que pretende a nossa proposição. O código penal, no Título I - Dos crimes contra a pessoa, no capítulo I - Dos crimes contra a vida, no seu art. 121 que trata de homicídio simples, qualificado e culposo, creio não se enquadrar nesta nossa proposição pois o que se pretende é resolver uma situação de fato e não provocá-la.

Também do ponto de vista religioso, a própria Igreja admite a indicação para esta atuação médica, pois o Padre Jaime Snock, falando sobre o caso de Arme Kathreen disse: "Os pais tinham o direito de reivindicar para sua filha o direito de morrer tranqüilamente ou de sobreviver se fosse vontade de Deus. Os médicos é que estavam abusando do seu poder, pressionados, ao que parece, pela justiça. No plano ético não existe aqui, pelo menos em princípio, maior problema. Pio XII já foi muito explícito em admitir esta forma de "eutanásia". Tampouco se pode censurar o uso criterioso de analgésicos que visem aliviar as dores insuportáveis, ainda que isto acelere o momento do desenlace. E continua: quanto à eutanásia ativa - só esta deveria ser chamada de eutanásia - que visa acabar com uma vida, julgada "inútil", seja no caso de um doente incurável, na fase final, a seu próprio pedido, seja no caso de um aborto provocado por motivos de eugenia, outros decidindo que esta vida, não pode ser vivida, contra ela sempre houve uma forte resistência na tradição ética, sobretudo na inspiração cristã,"

Assim, o que desejamos com o nosso projeto, é ensinar ao médico mais algumas condições necessárias para o exercício pleno de sua profissão.

Portanto, submetemo-la a apreciação dos nobres pares.

Sala das Sessões, em 26 de maio de 1981 – **Inocência Oliveira.**

Parecer – Comissão de Constituição e Justiça

RELATÓRIO

Cuida o projeto de lei da permissão de um tipo de eutanásia, palavra de origem grega, que tem o seguinte significado: morte doce, morte suave, morte calma, morte boa.

Para Ariosto Licurzi, citado por Evandro Correa de Menezes, em seu livro "Direito de Matar, 2ªed. 1977, Freitas Bastos, Rio de Janeiro, fls. 51", há três modalidades de eutanásia: morte libertadora, morte piedosa e morte econômica ou eugênica.

A morte libertadora seria "a morte benéfica, quando um enfermo ou traumatizado grave, seguramente incurável, pede que se lhe abrevie com urna morte calma, indolor, a agonia dolorosa, insuportável e rebelde a todo sedativo físico e espiritual".

A morte piedosa é "a morte sem dor que, movido por um profundo sentimento de piedade, se dá aos moribundos inconscientes no final de longas enfermidades, penosas, e nos grandes traumatismos crânio-medulares, para suprimir do res insuportáveis e inúteis e evitar o inútil e impressionante espetáculo das agonias horrivelmente atrozes".

Morte eugênica ou econômica seria "a supressão eutanásica dos apsíquicos absolutos e sociais absolutos, digenéticos, monstros de nascimento, idiotas graves, loucos incuráveis, e, em geral, todos aqueles que são alheios à vida moral no mundo humano".

Ricardo Royo Villanova Y Morales, em sua obra "El Derecho a Morir SIN DOLOR (El Problema de la eutanásia), ed. Aguilar, Madri, 1929, ensina que existem quatro tipos de eutanásia: a natural, a eugênica, a terapêutica e a legal.

A eutanásia terapêutica vem definida como "o direito que deveria conceder-se aos médicos de suprimir com a rápida e não dolorosa agonia o enfermo que, padecendo horrivelmente, não tem esperança de cura e cuja agonia é larga cadeia de sofrimentos".

Entendemos que a eutanásia proposta seria a terapêutica, pois permite ao médico "o desligamento dos aparelhos médicos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de uma medicação que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, em comum acordo com os familiares".

Sob o ponto de vista constitucional, devemos ter em mente o "caput" do art. 153 da Constituição in verbis:

"A Constituição assegura aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade ... "

Portanto, entre as garantias e os direitos individuais consagrados por nossa Carta política está a inviolabilidade do direito à vida.

Qualquer tentativa no sentido de abreviá-la, ou de exterminá-la, encontra barreira intransponível no texto constitucional

Em nome do direito deve ser repellido qualquer tipo de eutanásia, mesmo que haja o consentimento do próprio paciente, ou de seus familiares, que não têm o direito de dispor da própria vida ou de terceiros.

Mesmo que a proposição não viesse a ferir e contrariar qualquer norma de direito constitucional, seríamos contrários à sua aprovação quanto ao mérito, que entendemos ser da competência da Comissão de Constituição e Justiça, por força do art. 28, §4º do Regimento Interno da Câmara dos Deputados.

O assunto, a nosso ver, enquadra-se na área do direito penal, matéria da alçada desta Comissão, pois trata-se de tornar atípica uma conduta médica dirigida no sentido da morte de alguém da morte.

A questão é muito delicada. Deixar-se a critério de um único profissional o destino de uma vida seria conforme as normas da prudência?

E a falibilidade dos médicos quanto à certeza da incurabilidade dos pacientes?

O saudoso NELSON HUNGRIA já afirmava:

"Defender a eutanásia é, sem mais, nem menos, fazer a apologia de um crime. Não desmoralizemos a civilização contemporânea com o preconício do homicídio. Uma existência humana, embora irremissivelmente empolgada pela dor e socialmente inútil, é sagrada. A vida de cada homem, até o seu último momento, é uma contribuição para a harmonia suprema do Universo e nenhum artifício humano, por isso mesmo, deve truncá-la. Não nos acumplicemos com a morte" (Comentários ao Código Penal, vol. V, 4ª ed. Forense-Rio, 1958, fls. 131)".

O direito à vida não é somente defendido intransigentemente pelos juristas.

Ilustres profissionais da Ciência de Hipócrates também a defendem com o mesmo entusiasmo, como se pode ver dos seguintes ensinamentos do também saudoso professor HÉLIO GOMES:

"O critério da incurabilidade é, por igual, extremamente frágil. Em primeiro lugar, pode-se considerar um doente como portador de doença incurável e ser ele sofredor de outro mal, curável. Seria um erro de diagnóstico. Impossível na prática? Não. A Medicina não atingiu a tamanho grau de perfeição que não admita erros de diagnósticos, além de que há médicos e médicos ... Não se deve ainda esquecer de que a Medicina é uma ciência biológica e não ciência matemática, e o homem, um desconhecido. Doenças antigamente consideradas incuráveis são hoje curáveis, o que nos leva a admitir que as que agora são incuráveis, amanhã possam tornar-se remediáveis. A história da Medicina não prova outra coisa: cânceres terríveis, a tuberculose, a paralisia geral, a esquizofrenia, tidas como incuráveis, são hoje acessíveis ao tratamento precoce eficiente. A sífilis, que Montesquieu julgava iria

extinguir o gênero humano, estará, ela sim, extinta dentro de mais alguns anos. A civilização não é mais a sivilização.

O pedido do enfermo, para que lhe demos a morte, para que o aliviemos, para que o poupemos dos seus males, nenhum valor possui. É uma solicitação nula, porque parte de um cérebro desorganizado pelo sofrimento. O desejo de morrer dos moribundos e incuráveis, é mais formalístico do que real. Basta uma noite mais tranquila, um alívio transitório, para que a vontade de morrer desapareça.

Quanto ao ônus econômico que os doentes incuráveis representam, é dever das famílias e do Estado suportá-lo, além de que, pelo exemplo de uma vida ilibada, um enfermo economicamente pesado aos seus e à sociedade, pode ser moralmente útil a todos.

Por esses motivos, resumidamente expostos, a eutanásia é inadmissível. Se não damos a vida, por que a haveremos de tirar? Se a função da Medicina é curar, aliviar sofrimentos ,consolar, por que há de ela desanimar e matar? Não! Nunca! (Medicina Legal, Vol. II, 4ª ed. 1957, Freitas Bastos, São Paulo, fls.951)”.
.

VOTO

Ante o exposto, o nosso Parecer é pela rejeição do presente projeto de lei, nos termos do art. 49, §8º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados.

Sala da Comissão, em de 1981.

Deputado Brabo de Carvalho
Relator

ANEXO E – PROJETO DE LEI 1989/1991**PROJETO DE LEI N^o, DE 1991****(Do Deputado GILVAM BORGES)**

Dispõe sobre a adoção da eutanásia, a pedido da família, no caso de enfermos terminais, diagnosticada a morte cerebral.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1^o A família do doente em fase terminal, diagnosticada a total impossibilidade de recuperação das funções neurocerebrais, poderá pedir a um médico a adoção da eutanásia.

Parágrafo único. Para cumprir-se o permissivo deste artigo, é exigível o laudo de junta médica, composta, por um cirurgião, um clínico e um neurologista, afirmando a cessação da vida anímica, de maneira irremissível, configurada amorte clínica.

Art. 2^o. Poderão pedir a adoção da eutanásia, nas condições prevista no artigo anterior, respectivamente:

- I– os cônjuges ou quem o coabite com o paciente;
- II– os filhos, naturais ou adotivos;
- III – os ascendentes;
- IV – o paciente

§ 1^o - Nos casos previstos nos itens II e III deste artigo, é necessária a concordância, se vivos, dos dois ascendentes em primeiro grau ou de todos, havendo mais de um filho.

§ 2^o - Quando não haja ascendentes em primeiro grau, o pedido será feito pelos avós e, inexistentes filhos do paciente, a decisão caberá aos netos de maioridade.

§ 3^o - Quando a solicitação for efetuada pelo paciente o mesmo será submetido a uma junta médica para avaliação do quadro.

Art. 3º. Pacientes em plena consciência, com atestado de dois médicos de que têm menos de seis meses de vida e testemunho de dois não-parentes, podem requerer que lhes sejam administradas drogas para pôr fim às suas vidas.

§ 1º - O médico pode recusar a cumprir o desejo do paciente, mas deve remetê-lo a um colega que concorde em fazê-lo.

Justificação

A eutanásia, morte sem dor ou sofrimento, constitui-se um ideal grego, praticada na mais longínqua antiguidade, diante de doenças crônicas e incuráveis, de prognóstico fatal e doloroso.

Geralmente, a decisão era do doente, que não queria recorrer ao suicídio. Mas podia resultar de solicitação feita por membro da família.

A eutanásia negativa consiste na suspensão dos medicamentos que estão prolongando a vida meramente vegetativa; a positiva se exerce através de meios que abreviam os padecimentos do enfermo ou pela aplicação de medicamentos que produzam a parada cardíaca.

Em nome do famoso juramento de Hipócrates, que reclamava todos os esforços para a salvação da vida e alívio do sofrimento, quando a medicina era incerta, no domínio da tanatologia, sem seguras previsões sobre a duração das enfermidades mesmo fatais, não se admitia a prática da eutanásia.

Mas hoje, a medicina prevê, com segurança, a incurabilidade de certos males, crescentemente dolorosos.

Há até mesmo especialistas em prolongar essa sobrevivência meramente vegetativa, quando a coma já destruiu as funções cerebrais, com enormes gastos para a família, a ocupação prolongada de leitos hospitalares, acrescidos os sofrimentos dos parentes do enfermo terminal.

Com a evolução da cirurgia e o transplante de órgãos, a eutanásia daria ensejo à utilização dos órgãos não comprometidos do paciente, encorajando as respectivas famílias a permiti-la.

Não se trata de um homicídio legal.

Os pacientes terminais, descerebrados, praticamente não têm vida, não se relacionando com o meio circundante.

Sala das Sessões, em / / /

Deputado GILVAM BORGES

ANEXO F – AUDIÊNCIA COM O ESPÍRITA KARDECISTA PAULO DE TARSO

Data: 19/03/2017

Horário: 10:00

Local: Grêmio Espírita Atualpa Barbosa Lima (GEABL) – SGAS II, St.de Grandes Áreas Sul 610 – Brasília, DF.

Anotações

Pergunta 1: Qual é a visão do espiritismo sobre a eutanásia e o suicídio assistido?

Somos feitos de carne e espírito O espírito permanece após a morte, para desencarnar em outra vida, em um processo de constante evolução. O processo de sofrimento é necessário para evolução. A prática da eutanásia e suicídio assistido interrompe o processo de evolução da pessoa que a realiza, pois impede que ela aprenda com o sofrimento, ela precisa passar por esse sofrimento para cumprir sua missão.

Pergunta 2: Quais são as consequências da prática da eutanásia e do suicídio assistido para as pessoa, incluindo as que não são espíritas ou cristãs?

Quanto mais nós sabemos, mais nos será cobrado – não se pode dizer que não haverá consequências, mas serão mais brandas em relação àqueles que possuem algum conhecimento da doutrina espírita ou da Bíblia. O Brasil é a pátria do evangelho, aqui foi deixada a cruz de Cristo, então é dever moral da religião espírita lutar para que a eutanásia não seja legalizada. A prática de eutanásia só pode ser permitida pela sociedade como um todo, só ela pode tomar essa decisão – se assim o fizer, representará uma regressão moral da coletividade.

Áudio

ANEXO G – AUDIÊNCIA COM O PRESIDENTE DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Data: 29 de maio de 2017 (segunda-feira)

Horário: 10hrs

Local: Sede do Conselho Federal de Medicina (CFM), localizada na SGAS 915, Lote 72, Asa Sul, Brasília – DF.

Anotações

Pergunta 1: Qual é a posição do Conselho Federal de Medicina sobre a eutanásia e o suicídio assistido?

A eutanásia está presente desde o retrospecto da humanidade até hoje. Argentinas – “las acobadoras” (matar as pessoas que pediam pelo sufocamento).

Os países que legalizaram a eutanásia lidaram com questões locais, morais e religiosas.

Não há uma posição oficial do CFM, o debate ainda é incipiente.

Opinião pessoal + o que se infere dos debates em congressos sobre o assunto – o médico não pratica a morte.

Devem ser levados em conta dois aspectos: 1. aspecto estrutural – o Brasil é um país de dimensões continentais, de forma que não há as mesmas condições de acesso à tratamentos médicos em todas as regiões, algumas são mais precárias que as outras; 2. ética profissional – preceito hipocrático milenar que o médico não pratica a talha; a ética médica é influenciada pela ética e moral da sociedade, que é fortemente influenciada por aspectos religiosos, culturais, etc.

É temerário por parte do Estado legalizar a eutanásia diante do grave problema estrutural – os conceitos de salvável nas diversas regiões variam, de maneira que poderíamos acabar matando pessoas de regiões com saúde mais precário, que se tivessem as mesmas condições de tratamento das grandes capitais, continuariam vivas.

A ética médica, assim como a moral social, muda seus sentidos de acordo com as rupturas paradigmáticas imposta pela evolução da sociedade, assim, atualmente, a ética profissional do médico é baseada no paradigma benigno humanitário.

Paradigma benigno-humanitário – centra na pessoa humana, a partir do princípio da dignidade da pessoa humana; não basta manter viva, tem que manter a vida em condições dignas. – fundamento para os cuidados paliativos, mas não para a eutanásia.

A legalização da eutanásia só pode ser feita a partir de uma escolha da sociedade brasileira – plebiscito. Mas, não se deve impor ao médico a realização desses procedimentos, pois não é compatível com a ética da profissão (para preservar a dignidade da pessoa humana, não se deve acabar a dignidade da profissão médica)

Áudio

ANEXO H – PARECER NORMATIVO Nº31/1992 DO CFM

ASSUNTO: ANÁLISE DO PROJETO DE LEI Nº 1989 DE 1991 DO DEP. GILVAM BORGES QUE DISPÕEM SOBRE A PRÁTICA DE EUTANÁSIA NAS CIRCUNSTÂNCIAS QUE ESPECÍFICA.

INTERESSADO: Deputado José Linhares

RELATOR: Cons. Nei Moreira da Silva

O mencionado Projeto de Lei do Dep. Gilvam Borges prevê a prática da eutanásia nas seguintes condições:

"Artigo 1º - a família do doente em fase terminal, diagnosticada a total impossibilidade de recuperação das funções neuro-cerebrais, poderá pedir a um médico a adoção de eutanásia;

Parágrafo Único - Para cumprir-se o permissivo deste artigo e exigível o laudo de junta médica, composta por um cirurgião, um clínico e um neurologista, afirmando a cessação da vida anímica, de maneira irreversível, configurada a morte clínica".

Julgamos que este artigo contém várias impropriedades a saber:

1º - se já está configurada a morte encefálica do paciente, não se trata de praticar eutanásia, posto que não se pode matar quem já está morto, conforme os termos da Resolução CFM 1346/91.

2º - julgamos também impróprio estipular que a constatação da morte, prevista no artigo, seja feita por médicos de determinadas especialidades, no caso, cirurgia, clínica e neurologia, já que qualquer médico, regularmente inscrito nos Conselhos de Medicina, está habilitado legalmente para a prática de qualquer ato médico.

No artigo 2º, o ilustre Deputado prevê, que "poderá pedir a adoção de eutanásia, nas condições previstas no artigo anterior, respectivamente:

- 1) o cônjuge ou quem coabite com o paciente;
- 2) os filhos, naturais ou adotivos;
- 3) os ascendentes;
- 4) o paciente".

Novamente nos parece que existem impropriedades no texto, já que, se o paciente, conforme prevê o artigo anterior, está com total impossibilidade de recuperação das funções neurocerebrais, se já cessou a vida anímica, se já configurou-se a morte clínica do paciente,

como poderá este pedir a eutanásia? Em relação à previsão sobre os filhos naturais ou adotivos, julgamos importante prever a maioridade dos mesmos.

No artigo 3º, prevê o projeto que o paciente, em plena consciência, com atestado de dois médicos de que tem menos de 6 meses de vida e testemunho de dois não-parentes, pode requerer que lhe seja administrado drogas para por fim a sua vida. Também entendemos que este artigo é impróprio, porque, questionamos como poderão os médicos prever que um paciente tenha menos ou mais do que tanto tempo de vida?

No parágrafo 1º deste artigo está dito que o médico pode se recusar a cumprir o desejo do paciente, mas deve remetê-lo a um colega que concorde em fazê-lo. Também não concordamos com este parágrafo, porque impõe-se ao médico a obrigação de ter um verdadeiro cadastro de quais são os colegas que concordam ou não com a prática da eutanásia.

Assim sendo, julgamos o referido projeto de lei totalmente improcedente e este Conselho deve manifestar-se contrário a ele, como, aliás, bem o fez o relator, ilustre deputado José Linhares.

É o parecer.

NEI MOREIRA DA SILVA

Conselheiro

Aprovado em Sessão Plenária

Dia 11/12/92

ANEXO I – PARECER NORMATIVO Nº 2285/2010 DO CRM/PR**PARECER Nº 2285/2010 CRM-PR****PROCESSO CONSULTA N.º 151/2010 – PROTOCOLO N.º 18026/2010****ASSUNTO: RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES****PARECERISTA: CONS.^a EWALDA VON ROSEN SEELING STAHLKE**

EMENTA: Distanásia, eutanásia passiva, ortotanásia e cuidados paliativos.

CONSULTA

Em e-mail, encaminhado a este Conselho Regional de Medicina a Dr.^a D. G. J. P., faz consulta como seguinte teor:

“Solicitação: Após avaliar última Resolução CFM de Ética Médica, solicito a gentileza do parecer da seguinte questão: Sou cardiopediatra e intensivista, trabalho na UTI cardíaca do Hospital Pequeno Príncipe, alguns de nossos pacientes apresentam cardiopatias congênitas complexas graves e após esgotados todos os recursos clínicos e cirúrgicos não apresentam melhora ou perspectiva de melhora. A dúvida que tenho e muitos colegas intensivistas é: se o representante legal do paciente não aceita os cuidados paliativos e acusa a equipe médica de negligência até quando "empreender ações diagnósticas e terapias obstinadas"? Exemplo 1: paciente, 5 meses, com drenagem anômala de veias pulmonares inoperável pela hipertensão pulmonar grave, VM prolongada altos parâmetros, sem possibilidade de extubação, quadros sépticos de repetição. Exemplo 2: Sd. Down, 8 meses entubada com bronquiolite obliterante grave com prognóstico reservado pela pneumologia, IM grave pós EB, sépsis de repetição... Quando dizer chega se a família não admite cuidados paliativos?? Agradeço antecipadamente, Dra D. G. J. P. Justificativa: Distanásia?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O tema é de fundamental importância e tem motivado debates e artigos entre os profissionais das áreas médica, jurídica, teológica e da sociedade organizada, tampouco será esgotada neste parecer. O levantamento bibliográfico sobre a decisão em prolongar a vida a qualquer custo está sempre associada ou ao médico ou ao próprio paciente, independentemente da motivação, seja por obstinação daquele ou por necessidade ou vontade deste, no entanto, a família responsável por menor ou por dependente, pouco é considerada nestes artigos, embora exista a recomendação de mantê-la informada e com ela tomar a decisão quando o paciente não possuir mais autonomia para tal.

O ponto a ser discutido relaciona-se à insistência dos familiares ou dos responsáveis para a utilização de terapias ou medidas que possam ser caracterizadas como distanásia, em desacordo com a equipe multiprofissional que atende ao paciente.

Até meados do século XVII, a morte era aceita como uma ocorrência natural e seu significado transcendido através da religião era um momento totalmente humanizado, o qual tentava-se tornar o mais confortável possível com a presença dos familiares e dos amigos, fosse para despedir-se ou para ser dito o até então não dito, entretanto, com o advento da medicina moderna, a morte tornou-se uma inimiga a ser combatida, melhor seria se a denominássemos **morte precoce ou antecipada**.

É inquestionável o **direito primordial** do paciente, **de qualquer idade, em pleitear o alívio da sua dor, uma melhor qualidade de vida ou uma melhor qualidade de morte**. Conceitualmente, **qualidade de vida é a distância entre as aspirações e a possibilidade de realização desses sonhos**, ela é ruim quando existe um grande distanciamento desta perspectiva.

O cuidado médico é um *continuum* e não há dúvida alguma que **o objetivo principal da prática médica, é modificar a história natural da doença**, cuja correspondência é a fase curativa, onde o desconforto trazido pelos medicamentos suplanta o mal produzido pela doença; no entanto, temos diversas situações em que as terapias ou procedimentos utilizados causam efeitos colaterais que se sobrepõem aos benefícios da eliminação da doença base, seja adquirida ou congênita, em que as recidivas, as dores e as co-morbidades tornam contraditórias ou ambivalentes as terapêuticas instituídas. Frente a esta situação na metade do século XX surgiu o conceito de **cuidados paliativos, ou seja, a utilização de recursos com a finalidade de atenuar um mal ou adiar uma crise**, que não tem a intenção de curar, mas de mitigar o sofrimento causado, no caso, por uma doença.

Como norteador da prática médica, o Código de Ética Médica vigente (Resolução do CFM n.º1931/2009), também incluí o tema, que em seus princípios fundamentais assim

se manifesta: “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”, mais adiante temos que “**nas situações clínicas 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**”, e na mesma linha de raciocínio o capítulo V, em especial o parágrafo único, está assim redigido “**nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas**”, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”.

A Organização Mundial de Saúde define os **Cuidados Paliativos** como a **assistência ativa e integral** a pacientes cuja doença não mais responde ao tratamento curativo, visando em especial a garantia da melhor qualidade de vida, tanto para o paciente como para seus familiares.

A Medicina Paliativa, calcada no Código de Ética Médica, tem como princípios básicos que a morte é um processo normal; que não se deve apressar ou retardar a morte; que é essencial promover o alívio da dor e de outros sintomas incomodativos; que a integração dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais permitem ao paciente aceitar a própria morte da forma mais natural e integral possível; que é necessário oferecer suporte para que o paciente possa viver da forma mais ativa e criativa possível até a morte; assim como oferecer suporte para os familiares durante a doença do paciente e no seu luto.

Para melhor juízo é necessário o entendimento sobre a diferença entre omitir ou suspender arbitrariamente condutas que ainda seriam indicadas e que poderiam trazer benefícios ao paciente, caracterizando a **eutanásia passiva**, em contrapartida das condutas médicas restritivas, lastradas em critérios médicos e científicos de indicação ou não-indicação, optando-se conscienciosamente pela abstenção de algo que serviria somente para prolongar a vida artificialmente, sem proporcionar melhora à existência terminal, o que caracterizaria a **ortotanásia**. Diferentemente das anteriores a **distanásia** é a morte decorrente de um abuso na utilização dos recursos médicos, mesmo quando flagrantemente infrutíferos para o paciente, de maneira desproporcional, impingindo-lhe maior sofrimento ao Identificar, sem reverter, o processo de morrer já em curso.

A ortotanásia, na definição da Dra Villas-Bôas, é o objetivo médico quando já não se pode buscar acura, e visa prover conforto ao paciente, sem interferir no momento da

morte, sem encurtar o tempo natural devida nem adiar-lo indevida e artificialmente, possibilitando que a morte chegue na hora certa, quando o organismo efetivamente alcançou um grau de deterioração incontornável; e mais do que uma atitude, a ortotanásia é um ideal a ser buscado pela Medicina e pelo Direito, dentro **da inegabilidade da condição de mortalidade humana.**

A prática da ortotanásia visa a evitar a distanásia, esta, segundo Palmer, submeteria o paciente a uma degeneração antinatural, lenta e muitas vezes dolorosa, apenas por ser tecnicamente possível, o que não só seria incivilizado e sem compaixão para o paciente e sua família, mas também violação da liberdade individual, uma vez **que o direito à vida não inclui o dever de adiar indefinidamente a morte natural**, pelo uso de todos os recursos protelatórios existentes, mesmo quando sumamente cruentos e contra-indicados; **não há pois um dever de sobrevida artificial.**

A Dra Maria Elisa Villas-Bôas, pediatra, bacharel, mestre e doutora em Direito, em interessante artigo na Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina, assim se expressa que:

“A hipótese defendida é a de que a restrição de recursos artificiais não é crime se eles não representam benefício efetivo para o enfermo sendo, unicamente, condições de obstinação terapêutica. A indicação ou contra-indicação de uma medida é **decisão médica**, que deverá ser discutida com o paciente e sua família, para garantir a dignidade da pessoa humana em final de vida. **Mesmo a pedido da família as medidas não devem ser mantidas indefinidamente, pois isso implicaria agressão desnecessária ao paciente, o que não é objetivo nem dever médicos.** Decisões de não-tratamento, de omissão ou de suspensão de suporte vital fútil não são nem devem ser considerados atos de eutanásia, mas de exercício médico regular”. Nesse sentido, Pessini e Barchifontaine advertem: iniciar ou continuar um tratamento que é medicamente fútil ou que não preveja um efeito benéfico é considerado prática não-profissional. **Nenhum médico é obrigado a iniciar um tratamento que é ineficaz ou que resulta somente no prolongamento do processo do morrer.** Aliviar a dor e o sofrimento é considerado um dever médico, mesmo quando as intervenções implicam que a vida pode ser abreviada como consequência. A Dra Villas-Bôas destaca **que o fato de os recursos existirem não os torna obrigatórios em todos os casos, mas apenas naqueles para os quais estão efetivamente indicados como terapêutica proporcionalmente útil e benéfica.** Nesse mesmo sentido, Roxin adverte que inexistente um dever jurídico de manter a qualquer preço a vida que se esvai, pois medidas de prolongamento da vida não são obrigatórias, pelo simples fato de que sejam

tecnicamente possíveis. Na mesma ótica, Carvalho aponta: esses progressos trouxeram consigo a obstinação terapêutica, na medida em que a superveniência da morte passa a ser vista como fracasso médico e a vida tende a ser perseguida e prolongada indefinidamente, a todo custo; o acréscimo de dias ou horas a uma existência que se tornou um ônus e uma tortura para o indivíduo, por vezes contra sua vontade, quando o organismo já se encontra em falência global e irremediável, não pode ser visto como benefício ou dever médico.

Os cuidados paliativos, por sua vez, são sempre devidos, pois correspondem à proteção inafastável à dignidade da pessoa, como atitude de respeito pelo ser humano. Por cuidados paliativos entendem-se os cuidados que visam ao conforto do paciente, sem interferir propriamente na evolução da doença e de que são exemplos a analgesia e outras medicações sintomáticas, a higienização, a atenção devida à pessoa e à família naquele momento de dificuldade. Para Torreão, em consonância com a definição adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), são as ações empregadas no paciente terminal com o objetivo principal de melhorar a sua qualidade de vida. Não só o paciente terminal, mas todos os enfermos, indistinta e incontestavelmente, fazem jus a esses cuidados.

Para termos noção da importância do tema, os cuidados paliativos constam, entre outros, nos seguintes documentos:

- Recomendação 779/1976, Conselho Europeu: Direitos dos doentes e moribundos;
- II Concílio Ecumênico do Vaticano, 1980: Declaração sobre a eutanásia;
- Comunicado de Tóquio, Cúpula Global de Comissões Nacionais de Bioética, 1998;
- Recomendação 1.418/1999, Conselho Europeu: Proteção dos direitos humanos e da dignidade dos doentes incuráveis e terminais;
- V Assembléia Geral, Pontifícia Academia da Vida, 1999: A dignidade da pessoa que está morrendo;
- Parecer63/2000, Comitê Consultivo Nacional de Ética da Saúde e Ciências da Vida da França: Final de vida, terminando a vida, eutanásia.

Léo Pessini, Professor e Doutor em Teologia Moral, em artigo na Revista Bioética define *“distanásia como uma ação, intervenção ou procedimento médico que não atinge o objetivo de beneficiar a pessoa em fase terminal e que prolonga inútil e sofridamente o processo do morrer, procurando distanciar a morte; os europeus a chamam de obstinação terapêutica; e os norte-americanos, de medicina ou tratamento fútil e inútil”*; e destaca que *“este paradigma médico da benignidade humanitária e solidária”* em conjunto

com “a teologia moral procuram outras abordagens na tentativa de resolver o dilema entre tratar o doente terminal em excesso (distanásia) ou deixar de tratá-lo o suficiente (eutanásia), as duas têm em comum provocar a morte “fora da hora; procurando “mostrar que atribuir grande valor à vida humana não significa optar por uma frieza cruel diante do sofrimento e dor do paciente terminal”; sendo que a medicina que atua dentro deste conceito e considera a “saúde como bem-estar tende a optar por um meio-termo: o processo de morrer, mas procurar uma morte sem dor, na hora certa, cercada de ternura, enfim, digna”.

No mesmo texto, Pessini, faz menção à Lei nº 10.241/99 do estado de São Paulo que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado, que em seu artigo 2º, XXII, permite ao cidadão “recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida” e ainda no parágrafo XXIV “optar pelo local de morte”. Segue-se o comentário sobre estes parágrafos proferido pelo teólogo moralista Dr. Márcio Fabri dos Anjos: “O prolongamento não razoável, a qualquer custo, quando a hora da morte já chegou, é distanásia: do grego *dis+thanasia*, “morte lenta”, ansiosa e com muito sofrimento; pode ser até violência, uma vez que acaba submetendo a pessoa a recursos terapêuticos dolorosos ou degradantes, que não levam a nada; o inciso XXIII, portanto, dá **substrato humano à terminalidade**”.

Pessini continua com as seguintes colocações “ocorre que as decisões médicas são sempre prováveis, quase nunca dominadas pela certeza. Surge, então, a questão de se identificar um índice aceitável para a tomada de decisões que envolvem pacientes críticos. Trata-se, enfim, de optar por uma decisão prudente que reduza ao máximo a probabilidade de erro. A incerteza, pois, deve reduzir-se a um mínimo prudencial que não é absoluto”. Segundo Diego Gracia, eminente médico e bioeticista espanhol esse “limite está entre 1% e 5%; assim sendo, poder-se-iam considerar fúteis todas as medidas de suporte vital em um paciente crítico cujas chances de morrer são superiores a 95%; procedimentos médicos fúteis não contemplam a beneficência, sendo eticamente maléficos, portanto condenáveis” e sem “sustentação moral; em suma, praticar distanásia significa executar procedimentos médicos fúteis, extraordinários e desproporcionais que apenas adiam por um curto período de tempo a morte que se sabe, para o caso, inevitável”.

Perseguindo esta trilha humanista, o Dr. Márcio Pallis Horta resume com felicidade, na visão do Dr. Pessini, esta questão polêmica e aponta para um desafio: “Quando a vida física é considerada um bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria. A medicina promove implicitamente esse

culto idólatra da vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte. Rebelarmo-nos contra a organização médica do morrer é tarefa inadiável. A medicina e a sociedade brasileira têm hoje diante de si um desafio ético, ao qual é mister responder com urgência, o de humanizar a vida no seu ocaso, devolvendo-lhe a dignidade perdida. Centenas ou talvez milhares de doentes estão hoje jogados a um sofrimento sem perspectiva em hospitais, sobretudo nas suas terapias intensivas e emergências. Não raramente, acham-se submetidos a uma parafernália tecnológica que não só não consegue minorar-lhes a dor e o sofrer como ainda os prolonga e os acrescenta, inutilmente”.

Ainda na visão de Kipper, **“o contexto de decisões médicas no final da vida é sempre um momento único, crítico e absolutamente individual para o médico, o paciente e os familiares. Estas decisões são menos complicadas quando existe uma boa relação médico-paciente-família e quando se tem a convicção de que a conduta proposta é a melhor para aquele doente, naquele lugar e naquele momento”.**

“Diálogo é a palavra-chave na relação médico-paciente-família. Na visão do médico Joaquim Antônio César Mota, quem trabalha com pacientes criticamente enfermos além de ter um treinamento intensivo e extensivo de técnicas de preservação e/ou restauração das funções vitais dos mesmos, necessita estar preparado para refletir sobre estas questões e ser capaz de dialogar com todas as partes envolvidas no processo, que tem como interlocutores os pacientes, os familiares e outros profissionais comprometidos na atenção do paciente. Esse diálogo deve ter como meta o melhor interesse do paciente, sem o que perde o sentido, além de assumir como pressuposto que a ciência não pode responder às questões éticas, embora as fundamente via análise de dados e perspectivas científicas. **A escolha é sempre fruto de uma decisão ética.** Este é o desafio ético no cuidado do paciente criticamente enfermo. Quando e como agir, fazendo o melhor possível para atender aos seus interesses, sem transpor a linha da futilidade, tarefa difícil, bem mais que apenas dominar o uso de tecnologia sustentadora de vida”.

Reinaldo Ayer Oliveira, também em artigo na Revista Bioética, pondera sobre a “complexa compreensão do que significa um ser **humano**, sobretudo considerando conceito de vida como as **relações entre seres e, destes, com o meio em que vivem.** Na relação médico-paciente, pensar na família significa pensar no paciente, no pai, na mãe, no marido, nos filhos, etc. Mas o conceito de família deve ser ampliado às pessoas que realmente têm preocupação com aquele paciente, como o companheiro, o amigo, o vizinho, o padre, o rabino, o pastor, a enfermeira, etc. A questão da família deve ser

tratada com especial cuidado. Ampliar o conceito de família é uma postura ética que devemos assumir como cidadãos e cidadãs, que certamente tornará mais fácil, na sociedade, a discussão da questão da terminalidade da vida”.

Portanto, são pais, familiares, amigos e religiosos, **extremamente dedicados, repletos de fé e de desmedido amor, que estão lutando com todas as forças pelo ente querido, no caso o filho muito amado e também por algo que acham absolutamente correto.** Explicar com paciência e compaixão, a todos os envolvidos, com a participação de parte ou se possível de toda a equipe que atende ao paciente, com detalhes sobre a verdadeira condição, no caso, do pequeno paciente, dar um tempo para reflexão, demonstrar que não há indiferença, e que o problema não está nos custos, mas na falta de probabilidades e perspectivas, que a equipes e importa com todos, mas em especial com o bravo ser humano que se encontra sob seus cuidados, que a exposição a toda uma gama de procedimentos pode ter em si o risco de até abreviar mais rapidamente esta vida, que o respeito que esta vida enseja não justifica toda uma sequência de atos desumanos, mas que se trata de dar assistência e suporte sem aumentar o grau de sofrimento, e que se o pequeno enfermo pudesse escolher, certamente escolheria não submeter-se a procedimentos inúteis. Quando a luta é irremediavelmente perdida, inicia a compaixão, **o amor que verdadeiramente liberta a alma e dá a ela a condição de descansar em paz.**

Compaixão (do *latim* *compassione*) pode ser descrito como a compreensão do estado emocional de outrem. A compaixão freqüentemente combina-se a um desejo de aliviar ou minorar o sofrimento de outro ser senciente, bem como demonstrar especial gentileza com aqueles que sofrem. A compaixão diferencia-se de outras formas de comportamento prestativo humano no sentido de que seu foco primário é o alívio da dor e sofrimento alheios.

Somos essencialmente mortais e a manutenção da vida em algum momento poderá ser uma atitude fútil, desprovida de bom senso. O médico não é obrigado ética e moralmente a preservar a vida a “todo custo”, mas tão somente quando do ponto de vista biológico for sustentável e não um mero prolongador do processo de morte. Também não cabe ao médico o papel nem o direito de reduzir o tempo de vida do paciente. **Não é o caso de tratar ou não tratar, mas, qual o tratamento mais apropriado do ponto de vista biológico, do paciente, da equipe, e das circunstâncias.**

Ao tornar-se terminalmente doente, ou severamente limitado física e mentalmente, mesmo que eventualmente possa existir uma mínima e remota possibilidade de melhora inesperada, ocorrem ocasiões nas quais se torna mais apropriado **“dar uma chance**

para a morte”, traduzido aqui como um ato de amor supremo, ou seja, permitir que o ser muito amado parta, quando nada mais existe para se recuperar, correndo o risco de através de intervenções invasivas, que podem gerar dor e desconforto, prolongar a vida de quem, exaurido, permanece vivo, para confortar e preparar seus dedicados pais ou responsáveis para sua inevitável partida.

É essencial que todos os envolvidos tenham serenidade suficiente para identificar a fase paliativa, onde a Medicina não tem mais que vencer a doença ou a morte, mas aliviar o sofrimento, limitar o mal e acalmar a dor, momento em que a medicina chamada curativa não tem mais o direito de imiscuir-se na vida daqueles que daquela não necessitam mais, restando ao médico a sua mais nobre função, ou seja, consolar e solidarizar-se ao paciente e seus familiares até o momento do término de sua vida.

Em resumo, não é o caso de tratar ou não tratar, mas de considerar que em situações clínicas irreversíveis e terminais, deve o médico propiciar aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados, pois o simples fato dos recursos existirem não os torna obrigatórios em todos os casos, mas apenas naqueles para os quais estão efetivamente indicados como terapêutica proporcionalmente útil e benéfica, evitando assim uma agressão desnecessária ao paciente, mesmo que a pedido da família as medidas não devam ser mantidas indefinidamente. É, portanto, uma decisão médica, e nenhum médico é obrigado a iniciar um tratamento que é ineficaz ou que resulta somente no prolongamento do processo do morrer, inexistindo um dever jurídico de manter a qualquer preço a vida que se esvai, pois medidas de prolongamento da vida não são obrigatórias, pelo simples fato de que sejam tecnicamente possíveis.

Para concluir citamos a frase da DraVillas-Bôas de que *“não se pode esquecer jamais que a pessoa humana não é um objeto, um meio, mas um fim em si mesmo e como tal deve ser respeitada; a ciência e seus recursos devem existir para o bem do homem, e não o inverso”*.

É o parecer, s. m. j.

Curitiba, 08 de novembro de 2010.

Cons.^a EWALDA VON ROSEN SEELING STAHLKE

Parecerista

Aprovado em Sessão Plenária n.º 2646 de 13/12/2010 – CÂM II

ANEXO J – PARECER NORMATIVO 1382/2002 DO CRM/PR**PARECER Nº 1382-2002 – CRM/PR****PROCESSO-CONSULTA Nº 027/2001 – PROTOCOLO Nº 1726/2001****ASSUNTO: DOENTE TERMINAL – EUTANÁSIA - DISTANÁSIA****PARECERISTA: CONS. NIAZY RAMOS FILHO**

Trata o presente sobre a Consulta nº 027/01, efetuada pelo Dr. D. S., CRM/PR xxxx, com o seguinte teor:

“... Estou cuidando de uma paciente com ELA, em fase final, com Insuficiência Respiratória por falência de músculos intercostais, em Respiração Assistida. Até quando devo mantê-lo ligado ao respirador..”

Ao assunto tenho a aduzir:

A presente consulta, motiva alguma reflexão sobre o compromisso com a defesa da dignidade da vida. O sofrimento no fim da vida é um dos grandes desafios da profissão médica, que se depara com a “medicalização” da morte e com tecnologias que podem abreviar ou prolongar o processo de morrer. O atual Código de Ética Médica (1988), em seu artigo 6º, afirma que o médico deve guardar absoluto respeito a vida humana, atuando sempre em benefício do paciente, que não deve usar a medicina para gerar sofrimento, nem para ofender a dignidade das pessoas e, menos ainda, para o extermínio do ser humano. No artigo 66, se vê o complemento do artigo 6º, visto que o mesmo diz ser vedado ao médico “utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal”. Desta forma, a eutanásia pode ser entendida como uma ação ou omissão que provoca a morte, ainda que seja para aliviar qualquer tipo de dor, ou seja, apressar o óbito de um doente terminal, é eutanásia.

Por outro lado, a distanásia é a obstinação terapêutica, ou seja, investir todos os recursos possíveis para prolongar a vida ao máximo, sem levar em conta a qualidade desta vida.

Assim, está criado um dilema que envolve a questão técnica de prolongar a vida de uma pessoa, em fase avançada de sua doença e a questão bioética, até quando se deve investir neste empreendimento? Que sentido tem este investimento?

Nos dias atuais não se discute mais a morte encefálica, pois ela está estabelecida. Neste entendimento, qualquer procedimento pós-morte encefálica não pode ser caracterizado como eutanásia.

É o parecer.

Curitiba, 12 de junho de 2001.

Cons. Niazzy Ramos Filho

Parecerista

Aprovado em Reunião Plenária n.º 1300, de 07/01/2002