

## CAPÍTULO IX - RELAÇÃO DA EUTANÁSIA COM A MORAL E A ÉTICA

### IX.1 - Eutanásia, Moral e Aceitação Social

O tema eutanásia é geralmente discutido sob as mais variadas pressões sociais, sendo permeado, tal qual anotado, de dogmas, paixões e conceitos pré-definidos, dificultando-se, com efeito, a análise racional da questão. Em certos setores da sociedade até mesmo a mera discussão no que pertine à aceitação dessa prática não é bem recebida, tornando, de certo modo, intransponíveis as barreiras colocadas, mormente enquanto não forem algo menos desapaixonados e emotivos os argumentos favoráveis e desfavoráveis à conduta eutanásica.

A moral filosófica (ou a filosófica moral, entendida como ética), a moral religiosa, a moral social (relativa a certo espaço e determinada época) e mesmo uma espécie de moral individual (modo como cada qual recebe o que lhe foi ensinado e projeta para o exterior a maneira como interpretou e aceitou o ensinamento) fazem com que a discussão acerca de assunto espinhoso, como é o da eutanásia, traga ainda mais dificuldade de conceituação e delimitação do tema, afastando uma aceitação (não da prática, porém ao menos da própria definição) mais ou menos geral.

Nessa trilha, Marilena Chauí leciona que “toda cultura e cada sociedade institui uma moral, isto é, valores concernentes ao bem e ao mal, ao permitido e ao proibido, e à conduta correta, válidos para todos os seus membros. Culturas e sociedades fortemente hierarquizadas e com diferenças muito profundas de castas ou de classes podem até mesmo possuir várias morais, cada uma delas referida aos valores de uma casta ou de uma classe social”.<sup>305</sup>

---

305. Marilena Chauí, *Convite à Filosofia* (Capítulo 5: A Filosofia Moral)

Segue ensinando que a ética ou filosofia moral, no ocidente, foi iniciada com Sócrates, o que se depreende dos textos de Platão e Aristóteles, bem como que “a simples existência da moral não significa a presença explícita de uma ética, entendida como filosofia moral, isto é, uma reflexão que discuta, problematize e interprete o significado dos valores morais”.

Assevera que Sócrates, nesse passo, indagava aos habitantes de Atenas acerca dos valores nos quais acreditavam e que respeitavam ao agir, sendo que “as perguntas socráticas terminavam sempre por revelar que os atenienses respondiam sem pensar no que diziam. Repetiam o que lhes fora ensinado desde a infância. Como cada um havia interpretado à sua maneira o que aprendera, era comum, no diálogo com o filósofo, uma pergunta receber respostas diferentes e contraditórias”. A partir de então, aduz que os sentimentos, as condutas, as ações e os comportamentos são modelados pelas condições em que vive cada indivíduo, como a família, a classe e o grupo social, a escola, a religião, o trabalho, as circunstâncias políticas, dentre outros, advindo a formação pessoal dos costumes da sociedade em que se está imerso, “que nos educa para respeitarmos e reproduzirmos os valores propostos por ela como bons e, portanto, como obrigações e deveres”, parecendo, assim, que os valores e maneiras existem por si e em si mesmos, como se fossem “naturais e intemporais, fatos ou dados com os quais nos relacionamos desde o nosso nascimento”, havendo recompensa ao serem seguidos e punição ao serem transgredidos.

Ao mesmo tempo, o avanço tecnológico na medicina e a chamada globalização, que traz, a todo instante e de modo amplo e diversificado, pela televisão, pela rede mundial de computadores e pelas mais diversas formas de acesso às notícias, em tempo real, mesmo nos rincões mais afastados dos grandes centros urbanos, uma gama quase infinita de informações, efetivamente fez com que os modelos de comportamento, mais do que em qualquer outra época da civilização humana, fossem questionados, mormente pela geração que ora se enflora, a ponto de serem passíveis de alteração bem mais célere e, por vezes, dada à rapidez, mais traumática.

Justamente no que pertine ao objeto do presente estudo, não raro há situações concretas em que o problema da eutanásia ganha feições, na sociedade e no campo judicial, de embate nacional entre grupos favoráveis e contrários a essa prática.

Tal embate, em virtude da tecnologia da informação, rompe as barreiras locais, regionais e mesmo nacionais e se irradia por todos os continentes, como se fora um episódio de encenação artística em que pessoas de países distantes e de diferentes culturas se transformam em aficionados na expectativa de uma resolução do problema que mais lhe agrade, diante de suas próprias convicções filosóficas, sociais, políticas, culturais ou religiosas.<sup>306</sup>

É o caso algo recente, observado diariamente pela imprensa, como capítulos de um drama, de norte-americana personagem de uma polêmica havida acerca da eutanásia, travada entre seu marido, de um lado, e seus pais, de outro, na Justiça do estado norte-americano da Flórida. O marido solicitava que o tubo de respiração e alimentação que mantinha viva sua mulher, em estado vegetativo, há oito anos, fosse desligado.

Cinco anos mais tarde (treze anos, portanto, após o início da manutenção artificial da vida), houve decisão judicial determinando o

---

306. Os embates acerca da eutanásia, mais ou menos apaixonados, ganham não raramente as páginas da grande imprensa. Em interessante artigo, Rubem Alves, por exemplo, anota respeitável opinião em defesa da eutanásia, anotando que “sempre que se fala em eutanásia, os seus opositores invocam razões éticas e teológicas. Dizem que a vida é dada por Deus e que, portanto, somente Deus tem o direito de tirá-la. Eutanásia é matar uma pessoa e há um mandamento que proíbe isso. Assim, em nome de princípios universais, permite-se que uma pessoa morra em meio ao maior sofrimento.” De todo o modo, diz-se favorável à eutanásia por motivos éticos, eis que todos os princípios éticos que possam ser inventados por teólogos e filósofos caem por terra diante da palavra ‘amar’. Aduz, daí, que Deus é amor, bem como que o amor, segundo os textos sagrados, é fazer aos outros aquilo que desejaríamos que fosse feito conosco numa semelhante situação. Assim, o amor faz com que se queira aliviar o sofrimento de quem se ama, sendo justamente o que se deseja que se faça conosco em caso de mesma situação de sofrimento. Defende que tudo se faça para que a vida se exprima na exuberância da sua felicidade, e para tal todos os esforços devem ser feitos. Assevera que “a vida não pode ser medida por batidas de coração ou ondas elétricas. Como um instrumento musical, a vida só vale a pena ser vivida enquanto o corpo for capaz de produzir música, ainda que seja a de um simples sorriso”. Segue argumentando que a vida é dada por Deus e que somente Ele pode tirá-la, sendo que qualquer intervenção mecânica ou química que tenha por objetivo fazer com que a vida dê o seu acorde final seria pecado ou assassinato. Nesse diapasão, conclui que “se Deus é o senhor da vida e também o senhor da morte, qualquer coisa que se faça para impedir a morte, que aconteceria inevitavelmente, se o corpo entregue à vontade de Deus, sem os artifícios humanos para prolongá-la, seria também uma transgressão da vontade divina. Tirar a vida artificialmente seria tão pecaminoso quanto impedir a morte artificialmente, porque se trata de intromissões dos homens na ordem natural das coisas determinadas por Deus ....” (*in* Folha de São Paulo, Caderno Cotidiano, p. C-2, de 8 de janeiro de 2008)

desligamento dos aparelhos. Baseado em lei estadual, o governador da Flórida mandou religá-los e somente mais dois anos após, considerada inconstitucional a citada lei, determinou a Suprema Corte do Estado o cumprimento da primeira ordem judicial.

Ainda assim, indicando o nível de ebulição das paixões e alegadas razões no tocante ao tema, o congresso nacional, com apoio do executivo, aprovou às pressas lei que transferia o caso à Justiça federal, para a qual os pais da interessada recorreram, tendo todos os recursos sido improvidos. Cerca de quinze anos após, foram efetivamente desligados os aparelhos, ocorrendo a morte em mais doze dias.<sup>307</sup>

De igual modo causou espanto a ocorrência também recente, amplamente noticiada, de ex-médico, conhecido como ‘Doutor Morte’, que ajudava pacientes em estado terminal a morrerem, particularmente no estado norte-americano de Michigan. Afirmou-se ter ele ajudado cerca de cento e trinta pessoas a por fim às suas vidas, muitas mediante uso do que se chamou de ‘máquina de clemência’, por meio da qual se injetava droga letal na corrente sanguínea do interessado.

Após ser posto em liberdade, prometeu o ex-médico não mais aconselhar pessoa alguma no que pertine à opção eutanásica, dizendo, porém, que continuará a lutar sempre a favor da legalização da prática.<sup>308</sup>

---

307. Fonte de dados obtida em reportagem da Folha de São Paulo, no Caderno Cotidiano, p. C-3, de 31 de agosto de 2005. A mesma matéria lembra outro caso emblemático pertinente ao tema, citado alhures e transformado, mais tarde, em filme ganhador do prêmio Oscar de melhor filme estrangeiro, de um indivíduo espanhol que restou tetraplégico em 1968 e que, por três décadas, lutou pela eutanásia. O caso foi levado à apreciação de tribunais espanhóis e o pedido eutanásico foi rejeitado, eis que terceiro que prestasse qualquer auxílio para a ocorrência do evento morte poderia incorrer em homicídio, razão pela qual, numa ação filmada, no intuito de evitar incriminações, o interessado, após ter a seu lado um copo com veneno, sorveu sozinho o líquido por meio de um canudo (ver também capítulo VIII.2, da “Eutanásia e Suicídio Assistido”).

308. Fonte: <http://www.bbc.com.uk/portuguese/noticias/story/doutormortedg.shtml>, com acesso em 1.6.07, às 13h08min. Na mesma fonte, com acesso em 10.9.07, às 11h21min, noticia-se, em indicação de que o tema eutanásico e a sua prática se disseminam, que: a) a Bélgica (em 2005) começa a vender ‘Kit eutanásia’ em farmácias do país, um estojo plástico branco, pouco menor que uma caixa de sapatos, que reúne duas injeções com uma mistura feita com dois tipos de barbitúricos. O estojo será vendido apenas para médicos, que o encomendarão e o buscarão pessoalmente, eis que a Bélgica é o segundo país do mundo a legalizar a eutanásia, em setembro de 2002; b) francesa (em 2003) ajuda filho paraplégico e cego a morrer, colocando barbitúricos (calmantes e sedativos) em seu soro. O filho escrevera um livro, usando o seu polegar direito, única parte do corpo que conseguia mover, intitulado, em livre tradução, “Eu Pedi pelo Direito de Morrer”, no qual descreve sua frustração intensa no que chama de ‘morte viva’; c) a Igreja Católica (em 2006) negou o direito a um funeral religioso a um

Em temas delicados como a eutanásia, ademais, até mesmo o modo como são colocadas as chamadas jornalísticas e as manchetes noticiosas podem influir no comportamento imediato de quem as recebe, afetando, em um primeiro momento, o grau de aceitação ou de repúdio ao assunto.

Ao noticiar, por exemplo, que uma liminar judicial suspendeu resolução do Conselho Federal de Medicina, que alegadamente autorizava a ortotanásia (tida pelo veículo de comunicação como ‘suspensão de tratamentos’), jornal de grande circulação, em manchete, expôs que “juiz obriga médicos a tentar prolongar vida de doentes terminais”.<sup>309</sup>

---

(cont.) 308. ... paciente italiano em estado terminal, paralisado por distrofia muscular há meses, que morreu depois de haver pedido aos médicos que desligassem os aparelhos que o mantinham vivo. O médico que tratava do paciente, de todo o modo, afirmou ter havido mera suspensão de terapia, bem como alegou que recusar tratamento é um direito do interessado.

309. a) Notícia veiculada no jornal Folha de São Paulo, Caderno Cotidiano, p. C-1, de 27 de novembro de 2007. No mesmo caderno, à página C-3, no tocante à aceitação/recusa social (ou pessoal) da suspensão de tratamento médico, há reportagem acerca do caso de A.M., de 81 anos, então há quase três anos lutando contra doença incurável, agressiva e progressiva, tendo o interessado afirmado a recusa em se submeter a cirurgias para retirada de órgãos afetados pelo mal que o acometia, dizendo não desejar ir a uma unidade de terapia intensiva e tampouco ser ligado a respiradores artificiais. Aduziu que “está chegando a hora de partir”, sendo apoiado, em sua decisão, pela filha que o acompanhava na hospedaria de cuidados paliativos. A filha asseverava, por sua vez, não querer ver o pai sofrendo em uma UTI, sendo mantido vivo artificialmente. Anotava que jamais autorizaria qualquer procedimento que apressasse a morte do genitor, mas que não desejaria que o entubassem ou que reanimassem o coração em caso de parada cardíaca, eis que gostaria que a vida de seu pai seguisse o rumo naturalmente. b) O mesmo veículo de informação, em 31 de agosto de 2005, p. C-1, noticiou, denominando a chamada jornalística como ‘crônica do desespero’, que “pai vai pedir à Justiça a eutanásia do filho”, um garoto de quatro anos, sem movimento e sem fala, respirando por aparelhos, com doença degenerativa irreversível, alegando que está ‘cansado de sofrer’, após ter conhecimento de que o quadro de saúde do filho não é recuperável. Afirmava o pai que somente a prática da eutanásia, buscada para abreviar a vida do doente incurável para findar o sofrimento, resolveria a dor do filho. A reportagem informava, ainda, que o genitor da criança já tentou por duas vezes invadir o CTI para desligar os aparelhos, sendo contido por seguranças. Sendo a mãe contrária ao desligamento, anotava que o pai usaria, como argumento para a obtenção de autorização judicial, o emblemático caso da norte-americana que teve os aparelhos que a mantinham viva desligados, após batalha judicial entre seu marido e seus pais. Acompanhavam a matéria jornalística, ademais, as manifestações de jurista, de médico e de religioso. No primeiro caso, a opinião (da então vice-presidente da OAB-SP, Márcia Regina Machado Melaré) é a de que a eutanásia é uma morte assistida e só pode ocorrer com autorização judicial, de difícil ocorrência, e ainda que haja tal autorização, o médico poderá se recusar a praticá-la, por princípios éticos ou religiosos. O médico Isac Jorge Filho, então presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, por seu turno, anota que a prática é proibida e simplesmente não pode ser realizada. O bispo de Franca, dom Caetano Ferrari, ratifica a posição da Igreja Católica, anotando ser a favor da vida e contra a eutanásia, eis que sempre há esperança de vida, daí porque defende a rejeição de projetos “que atentem contra a dignidade da família, particularmente no que diz respeito à descriminalização ou legalização do aborto e da eutanásia”. Matéria sobre o referido caso (mesmo jornal, edição de 2 de setembro de 2005, p. C-6), ajuda a indicar o alto grau de discrepâncias de opiniões sobre o assunto, ainda que entre profissionais da mesma área de conhecimento, e também o quão entrelaçados estão os argumentos nas mais variadas ciências (direito, medicina, religião etc.). Marco Aurélio Guimarães, então diretor do Centro de Medicina Legal e docente de bioética da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, defende o direito do referido genitor em pleitear judicialmente a morte do filho, alegando que o pai não quer o homicídio

A forma como exposta a notícia, de acordo com as convicções íntimas de cada leitor, pode já direcioná-lo a compreender o referido magistrado como alguém que é simplesmente contra a provocação da morte nos casos em questão, sendo ao mesmo tempo, em análise puramente maniqueísta, um defensor da vida, ou como alguém que, mesmo ciente de que se trata de hipótese de enfermos terminais, obriga o médico a um indevido prolongamento da vida já sem qualquer esperança.

## **IX.2 - Eutanásia e Ética. A Bioética e a Ética Médica**

A prática eutanásica, justamente em razão das divergências quanto à sua exata compreensão e delimitação, e por ser, de se reiterar, suscitadora das mais variadas paixões e emoções humanas, estando atrelada a rígidos conceitos prévios ou mesmo a dogmas, acaba por ter estreita ligação com a apreciação dos costumes estabelecidos (valores éticos ou morais da coletividade, transmitidos de geração a geração) e com as disposições de caráter (características pessoais, sentimentos, atitudes, condutas individuais). Em suma, com a ética ou filosófica moral.<sup>310</sup>

Irineu Strenger, nesse contexto, elenca, dentre os argumentos de ordem ética, os que são contrários à legitimidade da eutanásia, quais sejam, a santidade da vida humana, também sob o aspecto da convivência social; o argumento-fundamental de que a permissão da eutanásia voluntária em condições particulares poderia abrir caminho à eutanásia involuntária, assim como ao infanticídio; o possível abuso por parte de médicos, familiares e

---

(cont.) 309. ... de seu ente querido, mas o término do sofrimento da criança. Aduz que a suspensão do esforço terapêutico é uma situação que não vê com ressalvas, pois a vontade de Deus determinará, com tal suspensão, se a criança viverá ou não. De qualquer modo, diz que é contra a eutanásia propriamente dita, por configurar homicídio. Segue, na reportagem, a opinião do infectologista Caio Rosenthal, do Hospital das Clínicas, a defender a ortotanásia, com a cessação do uso de recursos que prolonguem artificialmente a vida quando não haja mais chance de recuperação. Alega que no caso em comento, na medida em que há impasse entre o pai e a mãe da criança quanto à decisão a ser tomada (o pai quer a eutanásia e a mãe não), o caminho judicial é a alternativa que resta ao genitor. Defende ainda que “nenhuma religião tem o direito de impor suas condutas a quem quer que seja, já que o Brasil é um país livre. Não se trata de o pai querer o homicídio, mas o curso natural da vida biológica do filho. A suspensão do esforço terapêutico é a saída”.

310. Marilena Chauí, Convite à Filosofia (Fonte - Capítulo 5: A Filosofia Moral).

terceiros interessados; e a possibilidade do erro de diagnóstico, adicionado ao surgimento de novos e eficazes meios terapêuticos. Aduz, outrossim, que os códigos de deontologia médica são, em geral, contrários à prática eutanásica, estabelecendo, comumente, que em caso algum o médico, ainda que haja solicitação do paciente ou de seus familiares, deve adotar meios tendentes a abreviar a vida do enfermo.

Leciona, em síntese, que os conceitos deontológicos acerca da matéria ainda indicam, a uma, ser proscrita a eutanásia ativa, a duas, que é reconhecido o direito do doente a uma morte digna e serena, e a três, que no caso de coma irreversível admite-se a interrupção da terapia reanimatória, desde que haja a prévia verificação da coma de acordo com a tecnologia e o conhecimento médico do momento.

De outro turno, não deixa que se olvide ter a Assembléia do Conselho da Europa, por meio da Recomendação n. 76/76, declarado os direitos dos doentes e moribundos. São eles “o direito ao respeito da vontade do paciente acerca do tratamento a ser aplicado, o direito à dignidade e à integridade, o direito à informação, o direito de cura apropriada, além do direito de não sofrer inutilmente”, este último certamente de ampla interpretação, até acolhendo, no limite, uma aceitação da prática eutanásica, sobretudo na modalidade passiva, quando há, por exemplo, suspensão de medidas médicas consideradas inúteis e ineficazes.<sup>311</sup>

### **IX.2.1 - A Bioética**

O neologismo ‘bioética’ se deve a Van Rensselaer Potter, professor e pesquisador da Universidade de Wisconsin. A tese original da abordagem bioética, outrossim, como ‘ponte para o futuro’, mira-se na

---

311. Irineu Strenger, *Direito Moderno em Foco*, pp. 261-262. Informa, ademais, que direitos análogos aos da Recomendação 76, de 1976, supramencionada, foram contemplados no *Patient Bill of Rights*, dos Estados Unidos, na Carta sobre Deveres e sobre Direitos dos Doentes, editada na França pelo decreto 74/27, de 1974, e ainda na *Carta dei Diritti del Malato*, em Roma, no ano de 1980.

impossibilidade da separação dos valores éticos dos fatos biológicos, advindo daí a explicação para a composição grega do neologismo, na medida em que *bio* representa a ciência dos sistemas viventes, enquanto *ethike* indica o conhecimento dos sistemas de valores humanos. Recorda Reinaldo e Silva que a bioética é definida como “o estudo sistemático das dimensões morais - incluindo as visões, as decisões, as condutas individuais e políticas - das ciências da vida e da saúde, utilizando várias metodologias éticas num contexto interdisciplinar”.<sup>312</sup>

Aponta, ademais, que foi a proposição de um ponto de encontro das ciências experimentais com as ciências humanas que acabaram por justificar a necessidade de uma ‘ética da vida’, esta como “forma mais racional para se enfrentar a apreensão suscitada pela questão demográfica, na linha e reflexão malthusiana, e pelo emprego das recentes descobertas científicas, mais especificamente o DNA recombinante, capaz de possibilitar o advento da ‘bomba biológica”.

Desfia ainda que uma das grandes contribuições da abordagem bioética para o aperfeiçoamento da humanidade consiste em reavaliar o papel da ciência e da tecnologia na atualidade, posto que não se pode receber a idéia de conhecimento simplesmente como algo que se basta a si mesmo, como um fim absoluto que faça com que o valor do progresso não tenha relação com os homens que o executam e com aqueles que dele padecem.

Assim, prossegue asseverando que a abordagem bioética, afrontando o paradigma positivista, “bem sabe que a ciência cria novos modelos tecnológicos e a tecnologia cria novas linhas de investigação científica e que, por vezes, a fronteira é tão tênue que não se pode identificar onde está o espírito da ciência e onde a ação tecnológica”.<sup>313</sup>

---

312 e 313. Definição e abordagem de acordo com a *Encyclopedia of Bioethics*, sob coordenação de Warren Thomas Reich (in Reinaldo Pereira e Silva, Introdução ao Biodireito - Investigações político-jurídicas sobre o estatuto da concepção humana, pp. 166-167 e pp. 168-169).



Leciona Emerson Ike Coan, nessa linha, que as evoluções científicas e tecnológicas apresentaram à sociedade contemporânea um quadro ao mesmo tempo admirável e assustador, fazendo estreitar as relações entre a Biomedicina e o Direito, atrelando-se às duas ciências a Bioética, “uma vez que esta analisa o processo investigativo da primeira em seus avanços tecnológicos e propõe uma rigorosa vigilância por parte da segunda, principalmente quanto à necessidade de uma adequada normatização”.<sup>314</sup>

Maria Julia Kovács, de igual modo, anota que o termo bioética foi mesmo apresentado, pela primeira vez, pelo oncologista Potter, em 1971, propondo-se uma ponte no trabalho de cientistas e humanistas.

Aduz que nos primeiros trabalhos na área a preocupação maior se dirigiu aos valores humanos, com a teologia à frente, e em um segundo momento tomou a dianteira a filosofia, em uma vertente de secularização, até que entre 1985 e 2000 adquiriu a bioética um caráter multidisciplinar, envolvendo, além da teologia, também as ciências sociais, o direito, a antropologia e a psicologia, surgindo, particularmente nas ciências médicas, a preocupação com as condutas médicas, fazendo com que passasse a ter grande importância a relação médico-paciente e os aspectos relativos aos direitos humanos, à autonomia e à auto-determinação. Por fim, em uma terceira fase das discussões da bioética os problemas envolvendo a macropolítica da saúde, a economia e a questão dos excluídos passaram a ter lugar de destaque.<sup>315</sup>

Paul T. Schotsmans, de seu turno, leciona que não há uma teoria moral plenamente elaborada ou genericamente preferida na área da bioética. Ao contrário disso, nesse campo atuam diversas teorias morais, como o

---

314. Emerson Ike Coan. *Biomedicina e Biodireito ...* (in Maria Celeste Cordeiro Leite Santos – organizadora - Biodireito. Ciência da vida, os novos desafios, pp. 260-261). Aponta que o biodireito envolve “direitos e deveres decorrentes dos suportes fáticos e referenciais axiológicos, observados e exigidos em face dos avanços técnico-científicos das disciplinas da vida e da saúde. É um novo ramo da Ciência Jurídica, sobretudo principiológico, que considera a responsabilidade ético-profissional de seus operadores em torno das situações envolvendo o homem”.

315. Maria Julia Kovács, *Bioética das Questões da Vida e da Morte*, pp. 117-118. Preleciona a autora que Potter apresentou o termo bioética em 1971 na sua obra *Bioethics - Bridge to the Future*. Traz ainda definição de Segre e Cohen, segundo os quais a “bioética é o ramo da ética que enfoca questões relativas à vida e à morte, propondo discussões sobre alguns temas, entre os quais: prolongamento da vida, morrer com dignidade, eutanásia e suicídio assistido”.

“utilitarismo (um conceito geral para teorias que medem o certo ou errado de atos segundo a relação entre suas conseqüências boas ou ruins); o Kantianismo ou ética do dever (segundo a qual o certo e o errado de um ato não resultam das conseqüências desse ato ou apenas delas); a ética do caráter ou da virtude (que põe, em primeiro plano, o ator ou aquele que toma as decisões); o individualismo liberal (teoria que se baseia numa série de direitos fundamentais que garantem proteção à vida, à liberdade individual, à liberdade de expressão e à propriedade); o comunitarismo (que deriva as bases fundamentais da ética de valores comunitários, do bem comum, de objetivos sociais, de práticas tradicionais e de virtudes cooperativas); a ética assistencial [*ethics of care*] (que se sustenta na idéia dos relacionamentos humanos: participação na existência de pessoas com as quais se mantém um relacionamento significativo, engajamento emocional a favor dessas pessoas e disposição de agir a seu favor); a casuística (que se concentra em decisões práticas em casos particulares); e, finalmente, teorias morais gerais, orientadas por princípios”.

Segue dizendo que para estruturar a perturbadora multiplicidade de modelos e teorias médicas desenvolveu-se o chamado principialismo (principlism), de modo a se buscar o equilíbrio entre quatro (ou três, se postos como critério único, eis que duas faces da mesma moeda, os princípios da beneficência e da não-maleficência) critérios essenciais, quais sejam, o benefício ou beneficência (beneficence), a inocuidade/não-maleficência (non-maleficence), a autonomia e a justiça.<sup>316</sup>

O principialismo, ademais, acabou por levar a uma supervalorização do princípio da autonomia, passando o respeito pela autonomia do paciente, após radicalizado o conceito, a ser a principal

---

316. Paul T. Schotsmans, O Homem como Criador? Desenvolvimento na genética humana e os limites da autodeterminação humana, pp. 12-13 (in Bioética, Cadernos Adenauer, n. 1). Assevera o autor, outrossim, que foram Tom L. Beauchamp e James F. Childress os propositores da concentração da reflexão bioética sobre a definição das decisões médico-éticas, desenvolvendo, em conseqüência, o principialismo.

característica do debate bioético internacional.<sup>317</sup>

De qualquer modo, ao se abordar o tema em questão, acentuam-se efetivamente, de se reiterar, como critérios cardeais da bioética, os princípios da autonomia, da beneficência (e da não-maleficência) e da justiça.<sup>318</sup>

O princípio da beneficência, correspondente à obrigação hipocrática de fazer o bem, do latim *bonum facere*, e o princípio da não-maleficência que, da mesma forma, vem também a corresponder a uma obrigação hipocrática, qual seja, a de não causar o mal (do latim *non nocere*), “nada mais são do que desdobramentos do reconhecimento da dignidade da pessoa humana no âmbito biomédico”, sendo certo que, de acordo com o modo como se compreende a aquisição dessa dignidade, resta mais ou menos fácil a aceitação de novos modelos tecnológicos e de novas linhas de investigação científica.<sup>319</sup>

Já no que diz respeito ao princípio da autonomia, que em verdade é a nomenclatura mais conhecida do originalmente chamado princípio do

---

317. A idéia de autonomia da vontade é discutida há muitos séculos. Santo Tomás de Aquino, no que toca ao livre arbítrio, lecionava que o homem certamente o tem, diferenciando-se dos seres que agem sem discernimento, eis que estes seres atuam sempre sem conhecimento, e inda dos seres que agem com discernimento, mas não livremente, como os brutos. Estes últimos atuam apenas por discernimento natural, porém não livre, porque este discernimento não provém da reflexão, mas do instinto natural. O homem, no entanto, age com discernimento efetivo, advindo da virtude cognitiva, discernindo que deve evitar ou buscar alguma coisa, dom proveniente da reflexão racional (*in Suma Teológica*, primeira parte, questões 50-119, p. 732).

318. Chiara Tripodina, *Il Diritto Nell'età Della Tecnica – Il caso dell'eutanasia*, p. 138-143, lembra que na intervenção médica deve se ter em conta a cabal importância da autonomia do paciente. Assenta que “il rifiuto del paziente deve costituire limite inderogabile per ogni intervento del medico, il quale, cessando il suo agire nel rispetto della volontà del paziente, ‘non pode in essere alcuna omissione giuridicamente rilevante, no essendo più tenuto a curare, e la morte non è imputabile a lui’”. Segue dizendo que “quando una libera, consciente e informata volontà può essere espressa, nient'altro può venire a questa sostituito nella decisione. O legge, o consenso, dunque: il principio ‘voluntas aegroti suprema lex’ trova qui la sua massima espressione”.

319. É, de fato, divergente a compreensão acerca da amplitude do conceito de dignidade da pessoa humana, a depender do modo como se entende a sua aquisição, eis que “para uns, a dignidade da pessoa humana só se adquire gradualmente ao longo do processo que conduz do embrião ao indivíduo adulto. Para estes, o respeito e proteção devidos ao embrião antes da implantação no útero, por exemplo, são muito menores do que os atribuídos ao feto viável, o que torna ‘eticamente aceitável’, sob determinadas condições, a eliminação de embriões excedentes ou seu uso para investigações de comprovada importância científica... Para outros ... o embrião e o feto participam da mesma dignidade do indivíduo adulto, já que a concepção estabelece uma individualidade humana cujo desenvolvimento se expressa nas fases sucessivas e graduais de um processo contínuo” (*in* Reinaldo Pereira e Silva, *Introdução ao Biodireito*, pp. 174-177).

respeito à pessoa humana, aduz Walter Esteves Piñeiro que esse instituto propõe que se deva efetivamente conferir valor à vontade da pessoa envolvida no ato biomédico, transformando o paciente de objeto em um ser humano dotado de razão e vontade própria, passível de, conscientemente, decidir acerca dos procedimentos que lhe são pertinentes. Anota que a autonomia tem sido princípio efetivamente dotado de grande valor e relevância, recordando que Kant, por exemplo, afirmou ser ela o único princípio da moral.<sup>320</sup>

O princípio da autonomia, outrossim, também consiste na capacidade de autogoverno, sendo que cada ato autônomo pressupõe a vida do homem que a realiza. A proeminência da vida estabelece, assim, “um limite objetivo ao exercício da liberdade de cada ser humano, possibilitando aquilatar seu grau de responsabilidade em relação a si mesmo e em relação ao outro”. Nesse passo, Reinaldo Pereira e Silva recorda a afirmação de Maurizio Mori segundo a qual “o direito à vida impõe aos outros o dever correlativo de não matar, mas não também o dever de ajudar a viver quando o outro não tem capacidade de fazê-lo autonomamente (situação de vulnerabilidade)”. À autonomia atrela-se o princípio da justiça, sendo a igualdade de direitos aos serviços de saúde a expressão da justiça na seara biomédica.<sup>321</sup>

Ainda no que pertine ao princípio da autonomia, Paul Schotsmans indica que o direito de autodeterminação ora está mesmo entre os problemas centrais no contexto da bioética. Atesta que desde Hipócrates os princípios da

---

320. Walter Esteves Piñeiro desfia, ademais, que em face de escândalos envolvendo a manipulação de doentes, o Congresso dos EUA acabou por criar, em 1974, uma ‘Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos em Pesquisas Biomédica e Comportamental’, com o objetivo de identificar os princípios básicos que nortegassem a investigação envolvendo seres humanos, sendo que, em 1978, findando os trabalhos, elaborou-se relatório, conhecido como Relatório Belmont, em que foram enumeradas as três diretrizes básicas, quais sejam, o respeito à pessoa, a beneficência e a justiça (Fonte: O princípio bioético da autonomia e sua repercussão e limites jurídicos, *in* Bioética - Cadernos Adenauer n. 1, pp. 113-115).

321. De outro lado, diz Reinaldo Pereira e Silva (op. cit., p. 175) que Mori [*in* A moralidade do Aborto] equivocase ao não compreender a relação existente entre autonomia e vulnerabilidade, anotando que o dever de ajudar a viver quando o outro não é capaz de fazê-lo de modo autônomo, ou seja, a responsabilidade pelo outro não é dever advindo de imposição exterior, mas sim algo que se liga à natureza de cada e de todos os homens. Nesse sentido, também recorda a pregação do Papa João Paulo II, em seu *Evangelium Vitae*, de que todo o homem é ‘guarda do seu irmão’, posto que Deus confia o homem ao homem. É, aliás, em razão dessa entrega, que Deus dá a cada homem a liberdade possuidora de uma dimensão relacional essencial.

inocuidade e do benefício das decisões médicas desempenham fundamental papel na história da ética médica, aduzindo que hodiernamente, entretanto, a autonomia avançou para o ápice entre os critérios, predominando, com freqüência, quando conflita com outros princípios, como tem ocorrido nos casos do direito de recusa de certo tratamento ou da concordância para submissão a experiências em humanos.

Lembra, entretanto, que a posição privilegiada da autonomia encontra maior peso e força quando inserida no contexto anglo-americano, em que a idéia dos direitos individuais à liberdade e da proteção ao indivíduo, de modo particular, está tradicionalmente mais arraigada.<sup>322</sup>

No mesmo sentido José Eduardo Siqueira assevera que a ética médica tradicional, concebida no modelo hipocrático, sempre teve forte acento paternalista, cabendo ao paciente simples obediência às decisões médicas, como se fora uma criança a cumprir as ordens paternas sem as questionar. O ato médico, até a primeira metade do século XX, era julgado considerando-se somente a moralidade do agente, sem levar em conta os valores e crenças do paciente. A partir da década de 1960, entretanto, os códigos de ética profissional passaram a reconhecer o enfermo como agente autônomo.

Destaca que com o advento da noção de bioética procurou-se um sensato equilíbrio na relação médico-paciente, mormente em virtude do impressionante avanço tecnológico das últimas décadas, incorporado pela medicina.

Esse avanço se concretizou nas unidades de terapia intensiva e nas novas metodologias criadas para aferimento e controle das variáveis vitais, oferecendo aos profissionais, desse modo, a possibilidade de adiar o momento da morte. Informa ainda que no início do século XX, o tempo estimado para o desenlace após a instalação de enfermidade grave era de cinco dias, ao passo

---

322. Paul T. Schotsmans, O Homem como Criador? Desenvolvimento na genética humana e os limites da autodeterminação humana, pp. 13/14 (Bioética. N. 1 - Cadernos Adenauer).

que ao seu final já era dez vezes maior. Chega a alertar, assim, que “tamanho é o arsenal tecnológico hoje disponível que, não é descabido dizer, se torna quase impossível morrer sem a anuência do médico intensivista”.<sup>323</sup>

Maria Julia Kovács, de seu turno, igualmente fala do desenvolvimento da bioética vinculada aos princípios da autonomia, beneficência e justiça, denominada de ‘trindade bioética’. Anota que a relevância da autonomia se fez sentir no que se refere ao efetivo respeito à vontade e ao direito de auto-governar-se, podendo a o interessado participar ativamente dos cuidados à sua vida, mormente com o compartilhamento de conhecimento e informação da equipe de saúde à qual se submete, que deve obedecer a uma linguagem acessível para decisão, após ouvidos todos os envolvidos na situação.<sup>324</sup>

De qualquer forma, muito embora geralmente os princípios básicos da bioética sigam indicados somente como sendo os três já mencionados (autonomia, beneficência e justiça), defende Esteves Piñeiro, com efeito, que tal impressão é errônea, eis que, a despeito de serem eles princípios costumeiramente mais acentuados, em razão da diversidade da matéria outros são aplicáveis e bastante relevantes. Questiona, a propósito, quem poderia elevar à categoria de diretriz básica um determinado valor e quem teria autoridade para ‘sacralizá-lo’. Demais disso, traz à colação afirmação de que a bioética deve estar no plural, salientando-se, desse modo, que cada comunidade possui uma bioética própria para as suas crenças e ideologias, bem como que a bioética surge justamente quando instância alguma se mostre capaz de impor solução única aos desafios trazidos pela tecnologia médica.<sup>325</sup>

---

323. José Eduardo Siqueira, *Doente Termina*, in *Cadernos de Bioética do Cremesp*, Volume I, p. 14.

324. Maria Julia Kovács, *Bioética nas Questões da Vida e da Morte*, pp. 118-119.

325. Walter Esteves Piñeiro (op. cit., pp. 113-114) colaciona, nessa seara, as afirmações de H.T. Engelhardt e H. Lepargneur, e ainda lembra de variadas classificações dos princípios da bioética, como os trazidos por Roberto Andorno (o respeito à vida como básico, e como subalternos os princípios terapêutico, da socialidade e o da liberdade e responsabilidade), por Jean Bernard (o respeito à pessoa e ao conhecimento, a recusa de lucro e a responsabilidade dos pesquisadores), e por Lenoir e também Mathieu (respeito da dignidade da pessoa e liberdade individual, deles decorrendo o direito à vida, à proteção contra tratamentos desumanos, à inviolabilidade e não-comercialização do corpo humano e ainda à liberdade de criação científica, posto que inerente à liberdade de pensamento).

No que pertine à ligação entre a autonomia e a eutanásia, Rodrigo Siqueira-Batista e Fermin Roland Schramm assinalam que o princípio de respeito à primeira tem se mostrado útil para a argumentação bioética em favor da prática eutanásica. Repisam que o “debate hodierno sobre a boa morte repousa, em grande medida, na polarização entre os princípios do respeito à autonomia individual e da sacralidade da vida, o primeiro de ‘inspiração’ marcadamente iluminista e o último, de tessitura preponderantemente religiosa, especialmente judaico-cristã”.

Defendem que a despeito de parecer, mormente para os pregadores do princípio da sacralidade da vida, algo contra-intuitivo, “a eutanásia é moralmente defensável, no contexto das sociedades democráticas contemporâneas laicas e plurais, na medida em que o titular da existência é o mais indicado para (auto)determinar o curso do seu viver”, incluindo-se o modo e o momento no qual o período vital se finda, sendo a pessoa autônoma, em princípio, e desde que considerada cognitiva e moralmente competente, a mais qualificada para a avaliação e decisão acerca do rumo de sua vida.<sup>326</sup>

### **IX.2.2 - A Ética Médica (e o Erro de Diagnóstico)**

No tema da eutanásia, dentre os vários reflexos da ciência ética como saber prático (práxis ou técnica), é a ética médica a que mais exige aprofundamento interpretativo, tanto assim que compilações de regras de comportamento são, nessa área, em geral bem mais complexos, tornando-se, por vezes, imprescindíveis para o desenvolvimento das medidas médicas e da própria arte da medicina.

---

326. Rodrigo Siqueira-Batista e Fermin Rolando Schramm, *A eutanásia e os paradoxos da autonomia*, pp. 207-210. Lecionam, outrossim, que a autonomia é o esteio para a moralidade da eutanásia, sendo que o princípio de respeito à autonomia têm fornecido sustentação a cogentes argumentos bioéticos em defesa da eutanásia. Desfiam que “nesse âmbito, é mister que seja respeitada a liberdade de escolha do homem que padece, isto é, sua competência em decidir, autonomamente, aquilo que considera importante para viver sua vida, incluindo nesta vivência o processo de morrer, de acordo com seus valores e interesses legítimos. Deste modo, com raízes fincadas na Antiguidade - espírito helênico e cristianismo - e pleno florescimento na *Aufklärung*, o respeito à autonomia pressupõe que cada indivíduo tem o direito de dispor de sua vida da maneira que melhor lhe aprouver, optando pela eutanásia no exaurir de suas forças, quando sua própria existência se tornar subjetivamente insuportável”.

Assinala Leo Pessini que “uma das características marcantes da tradição da ética médica brasileira codificada é a de ser uma tradição secular, imbuída de valores humanitários, embasada em dimensões humanistas e filosóficas, mas sem se preocupar em fundamentar os princípios éticos na religião”. Assenta que no universo secular, a morte e a dor são geralmente percebidas como sem sentido e, escapando do controle do médico, são vistas por ele próprio como tendo ocorrido um fracasso.

A partir dessa compreensão, a ênfase médica passa a se instalar no embate para a garantia da máxima prolongação da vida, ou seja, tudo se baseia na quantidade de vida, menos se preocupando com a qualidade dessa vida prolongada, sendo conseqüência disso “o eclipse da solicitude pela boa morte cultivada, e a resistência à eutanásia provocada como derrota diante do inimigo morte”.

Nesse linha, atenta que refletir eticamente sobre a distanásia, a partir da ética médica codificada no Brasil e a partir dos paradigmas de medicina existentes, não deixa de ser um grande desafio, eis que ainda há grande e insistente silêncio envolvendo a questão, não tendo ela merecido a mesma atenção dispensada à eutanásia, muito disso devido à confusão entre os dois conceitos.

De qualquer maneira, recorda que se está passando, modernamente, por uma mudança de paradigma de medicina, e essa transformação acaba influenciando alterações na legislação. O entendimento é o de que as normas atuais, baseadas no respeito absoluto à vida, se expressam em determinado paradigma que, mesmo inadvertidamente, conduzem à opção de prolongar a vida, entrando na seara da obstinação terapêutica, com processo de morrer bruto e repleto de desesperança, dor e sofrimento, ainda que se tenha, em princípio, buscado um ideal humanitário. Arremata que é crescente a atenção na área médica dirigida aos programas de humanização das instituições de saúde, além de ser cada vez maior o interesse com os cuidados paliativos aos pacientes terminais, consubstanciando-se em alternativas que criam nova



cultura de respeito à dignidade do ser humano no momento de sua morte.<sup>327</sup>

No país, as regras referentes ao comportamento ético do médico estão consolidadas no Código de Ética Médica dos Conselhos de Medicina do Brasil, aprovado pela Resolução CFM n. 1.246, de 8 de janeiro de 1988, com elaboração pelo Conselho Federal de Medicina. A base autorizadora da codificação das normas do ‘direito disciplinar’ adveio do desejo do legislador em acolher a idéia da criação dos conselhos de medicina, estabelecendo sua competência, no art. 15, letra *d*, da lei n. 3268/57, para “conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem”, dispondo a mesma lei, no art. 5º, acerca de a eles também competir votar e alterar o Código de Ética Médica.

São de maior relevância para o tema da eutanásia, dentre outros, o capítulo I do referido Código, que trata dos princípios fundamentais, o II, relativo aos direitos do médico, o IV, referente aos direitos humanos, o V, da relação do médico com o paciente e seus familiares e, obliquamente, também os capítulos VI e XII, relativos, respectivamente, à doação e transplantes de órgãos e tecidos e à pesquisa médica.

---

327. Leciona Leo Pessini, (*in Distanásia. Até quando prolongar a vida?* pp. 181-202), no tocante à ética médica, que a medicina brasileira utilizou-se, na sua história, primeiramente do Código de Ética Médica adaptado a partir do Código de Ética da Associação Médica Americana, desde 1867. Após, adveio o Código de Moral Médica de 1929, os Códigos de Deontologia Médica de 1931 e de 1945, o Código de Ética da Associação Médica Brasileira de 1953, o Código de Ética Médica de 1965, o Código Brasileiro de Deontologia Médica de 1984 e, por fim, o atual Código de Ética Médica de 1988. Recorda, particularmente em relação ao Estado de São Paulo, que a lei estadual n. 10.241/99, avançando na matéria, foi elaborada com uma chave humanista, procurando colocar o paciente no centro da questão dos cuidados de saúde, tanto assim que assegura ao paciente terminal o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida, além do direito de optar pelo local da morte (art. 2º, incs. XXIII e XXIV). Anota, nesse contexto, que há diferentes paradigmas de medicina, e cada um deles faz emergir variados modelos de profissionais médicos. O paradigma científico-tecnológico é centrado nos enormes avanços da tecnologia biomédica, e muitas vezes cai nos extremos da eutanásia ou da distanásia para resolver o dilema entre abreviar o sofrimento, de um lado, porque logo se reconhece a impotência no caso, e a opção por resistir à morte até as últimas conseqüências, de outro. Também indica o paradigma comercial-empresarial, auto-explicável. Ao lado destes, há o buscado paradigma da benignidade humanitária e solidária, que reconhece os benefícios da tecnologia, mas procura resistir aos excessos dos demais paradigmas, rejeitando a mistanásia (morte miserável) e, de igual modo, a obstinação terapêutica, situando-se no meio termo a medicina paliativa, mostrando que atribuir grande valor à vida humana não significa optar por uma frieza cruel diante do sofrimento e da dor do paciente terminal. Ao lado destes paradigmas, está o biopsicossocial (biomédico), cujo objetivo é a compreensão total da doença, com ênfase, às vezes exagerada, à pesquisa. Depreendem-se desses paradigmas o médico humano (situado no contexto do paradigma da benignidade humanitária e solidária), o médico empresário (a encaixar-se no modelo comercial-empresarial) e o médico tecnocrático (fruto do paradigma científico-tecnológico e também biomédico, manipulador de técnicas requintadas e de circuitos eletrônicos informatizados).

No capítulo dos princípios fundamentais, várias normas já trazem disposições que, de um ou outro modo, interessam ao comportamento e atitude do médico nos casos mais delicados que lhe são apresentados, o que indubitavelmente poderia, em primeira análise, englobar interpretações acerca da prática eutanásica. Nessa senda, os artigos 1º, 2º, 5º, 6º e 16, sobretudo, são bem indicativos da essência comportamental do médico frente a situações que diuturnamente pode ele enfrentar a respeito do tema. São normas de evidente caráter geral e abstrato, porém norteadoras de atitudes a serem tomadas em casos concretos.

O art. 1º do referido Código dispõe que “a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza”, enquanto o art. 2º determina que “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”. O art. 5º, outrossim, assevera que “o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”, enquanto o art. 6º aduz que “o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade”. Por fim, o art. 16 determina que “nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente”.

Estes princípios fundamentais, defende Genival Veloso de França, são corolários de um compromisso histórico do médico e “têm o propósito prático de demonstrar que todo ser humano, sem nenhuma limitação de qualquer natureza, tem o direito a um padrão de vida e de saúde que lhe

permita um estado de bem-estar compatível com a dignidade humana”.<sup>328</sup>

Os artigos acima transcritos, referentes ao capítulo dos princípios fundamentais, do Código de Ética Médica, por evidência pregam, em análise geral, a defesa da vida e o respeito absoluto por ela.

A leitura sistemática das referidas normas, de qualquer modo, ao mesmo tempo não indica um significado, para a vida, de bem ou valor pura e simplesmente intocável, tanto assim que se fala em **busca da manutenção da dignidade e integridade do ser humano** e em **não uso do conhecimento médico para gerar sofrimento** (art. 6º), em **liberdade de ação do médico no diagnóstico e tratamento, sempre para beneficiar o paciente** (art. 16), e em **uso do progresso científico** e, portanto, da tecnologia à disposição em certo local e em determinada época, também **em benefício do paciente** (art. 5º).

Poder-se-ia então compreender, a partir da interpretação conjunta desses princípios, que uma eventual suspensão do tratamento médico desnecessário, em benefício do paciente, a fim de lhe trazer dignidade em seus momentos finais, impedindo prolongamento do sofrimento em uma situação que se demonstra irreversível, seria aceitável do ponto de vista da ética médica.

As referidas normas codificadas ainda falam em uso, pelo médico, de seu melhor conhecimento e do progresso científico em benefício do paciente. Assim, deve-se também permitir amplo questionamento médico acerca da medida a ser tomada, de modo a impedir a manutenção do estado de sofrimento, quando a ciência médica e a tecnologia disponível comprovadamente não trazem mais qualquer efetivo benefício ao interessado. Mais que isso, pode haver tal questionamento nos casos em que, além das medidas médicas não beneficiarem, ainda acabam por prejudicar o paciente. São hipóteses em que o tratamento apenas prolonga ou mesmo aumenta o sofrimento causado pelo mal sem esperança de reversão.

---

328. Genival Veloso de França, Comentários ao Código de Ética Médica, introdução e p. 1.

Essas situações indicam, em princípio, que a suspensão do tratamento meramente paliativo, mormente quando nem mesmo ele surte qualquer efeito positivo ao interessado, não viola a ética médica. Ao contrário disso, vai sistematicamente ao encontro do que os princípios postos pelo Código de Ética parecem buscar, quais sejam, a dignidade da pessoa humana, o respeito à autonomia da vontade, a procura por um fim do período vital menos traumático e mais brioso, além do impedimento de que uma situação de dor e sofrimento intoleráveis seja desnecessariamente prolongada por meio de inúteis medidas tendentes à manutenção artificial da vida sem qualquer esperança.

Outra clara indicação das citadas regras, ademais, é a de que o médico não deve se utilizar de qualquer medida ou tratamento que possa gerar sofrimento físico ou moral.

É também viável depreender-se daí que então seria aceitável, ou de algum modo até mesmo um dever, do ponto de vista da ética médica, agir para estancar o sofrimento prolongado e desnecessário.

Insta dizer, nessa linha de raciocínio, que a interpretação conjunta das normas médicas, em especial (ou mesmo do conteúdo aparentemente divergente de um mesmo artigo), é mesmo imperiosa. O art. 6º do Código de Ética Médica, por exemplo, é expreso ao desautorizar o profissional médico a usar de seu conhecimento técnico para exterminar o ser humano, falando ainda em “absoluto respeito pela vida”.

Ao mesmo tempo, dispõe que esse mesmo médico tem a obrigação de agir sempre em benefício do paciente, além de determinar que deve ele evitar gerar, com seu conhecimento, sofrimento ao interessado, indicando-se também que é seu dever propiciar dignidade ao paciente.

Portanto, analisando-se sistematicamente o conteúdo desse artigo, em si mesmo considerado, e também em relação a toda gama de normas

extraídas do capítulo que trata dos princípios fundamentais do Código de Ética Médica, tem-se que as condutas eutanásicas ou, ao menos, as referentes à eutanásia passiva (e certamente as ortotanásicas) poderiam ser compreendidas, a depender do caso concreto, como passíveis de serem recebidas pelo conjunto dos referidos princípios.

Ao mesmo tempo, extrapolando o capítulo dos princípios fundamentais, essa primeira análise de possível aceitação da prática eutanásia cai por terra (o que não ocorre com a prática ortotanásica), ao se verificar que o próprio Código veda a abreviação, ainda que consensual, da vida do paciente (art. 66).

Resta evidente, de qualquer forma, que eventuais aceitação ou recusa imperativas da prática eutanásica com base na interpretação sistemática das normas do referido Código, mormente quanto aos princípios fundamentais, quando confrontados com o conteúdo do citado art. 66, são sabidamente mais ou menos receptivas de acordo com a formação filosófico-religiosa e a posição sócio-política pessoal (de onde se originam os fundamentos favoráveis ou desfavoráveis à hipótese) do profissional a quem se apresenta concretamente a situação. Demais disso, em países em que a eutanásia é autorizada expressamente por lei, a ética médica codificada acaba por incorporar, de um ou outro modo, a autorização legal.

Interessam ao tema, outrossim, os artigos 21 e 28 do Código de Ética Médica, inseridos no capítulo dos Direitos do Médico. O primeiro dispõe que é seu direito “indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país”. O segundo anota ser direito do médico “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”.

Imergindo tais normas no tema da eutanásia, pode-se dizer que o médico deve sempre ser claro na indicação do melhor tratamento a que deve se submeter o interessado, até para que este e seus familiares possam, se o caso,

consentir na aplicação e, sobretudo, na manutenção prolongada de medidas médicas.

Essa indicação do procedimento, ademais, pode certamente abranger a alteração de um rol de medidas por outro, ou ainda, no limite, englobar a hipótese em que o médico indique ou apresente, como próximo procedimento, simplesmente a suspensão do tratamento que já se mostra de todo ineficaz, prejudicando, se mantido, o próprio interessado, em estado terminal de mal irreversível, quando se alonga desnecessariamente a sua angustia.<sup>329</sup>

Quanto ao citado art. 28, traz ele proteção ao médico que se recusa a praticar atos, ainda que permitidos pela lei, relativos à medicina, que sejam contrários aos ditames de sua consciência. São as situações em que cabe o chamado ‘imperativo de consciência’, sendo este advindo de posições pessoais filosóficas, sociais e religiosas, que o médico pode utilizar para justificar, nos limites da ética médica, a não realização de atos privativos desses profissionais.

O médico se utiliza, em geral, da justificativa do imperativo de consciência, justamente nas situações mais delicadas que se lhe apresentam, quando deve tomar atitudes médicas de revelo para a saúde e a vida do paciente, muitas vezes urgentes, em casos em que falta aceitação geral e, mais ainda, pacífica acerca da decisão a ser tomada, contando-se com opiniões e posições de igual respeitabilidade, porém diametralmente opostas.

São mais costumeiramente as situações em que o médico se depara

---

329. Também releva anotar dois artigos do capítulo dos direitos humanos, do Código de Ética Médica. O art. 53, *caput*, dispõe que é vedado ao médico “desrespeitar o interesse e a integridade do paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente da própria vontade”, enquanto o artigo 54 veda ao médico “fornecer meio, instrumento, substância, conhecimentos, ou participar, de qualquer maneira, na execução da pena de morte”. Embora não se liguem efetivamente ao tema da eutanásia, ainda assim dispõe o primeiro artigo transcrito do sempre dever de respeito a ser dedicado ao interesse do paciente (no caso em tela, privado de sua liberdade), o que abarcaria, em princípio, até a suspensão do tratamento ineficaz, desnecessário e fomentador de sofrimento, enquanto o art. 54 fala em vedação a qualquer ato médico tendente a favorecer o evento morte, muito embora, *in casu*, se refira apenas à pena capital.

com o aborto, ainda que os legais (o sentimental e o terapêutico), ou mesmo com os casos de abortos autorizados judicialmente, como é o exemplo dos fetos anencéfalos, e ainda com a retirada de órgãos após morte cerebral, mas ainda estando o paciente com a presença de traços cárdio-respiratórios.

Também são casos igualmente delicados, em que não raro pode o médico se abster de atuar, por imperativo de consciência, sem violar a ética ou ser, em princípio, responsabilizado por omissão médica, os de manipulação e descarte de células tronco-embrionárias, de inseminação artificial e *in vitro* e, sobretudo, a suspensão, mormente autorizada judicialmente, do tratamento médico ineficaz e desnecessário dirigido ao paciente terminal que padece de mal incurável e esteja submetido a intenso sofrimento, o que se consubstanciaria em manobras ortotanásicas ou mesmo eutanásicas passivas.

Do mesmo modo, outrossim, são especialmente relevantes para a matéria (capítulo dos direitos humanos) os artigos 56 (veda ao médico “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida”), 57 (veda ao médico “deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente”), 59 (veda ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal”), 61 (“veda ao médico abandonar paciente sob seus cuidados”, sendo que seu parágrafo segundo determina que “salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico”) e, sobretudo, como já mencionado, o artigo 66, que determina 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.”

As vedações ao médico postas pelas normas citadas são, de qualquer modo, uma forma de proteção à autonomia de vontade e também à dignidade do paciente, tanto ao impelir aquele a respeitar o direito deste em livremente decidir acerca das medidas diagnósticas e terapêuticas que lhe serão aplicadas, como a obrigar o profissional médico a usar de todos os meios de tratamento disponíveis em favor do doente, informando a este, que é certamente o maior interessado, e de modo sempre claro, acerca de quais são os riscos e objetivos das medidas médicas a serem efetivadas.

Os arts. 61 e 66, outrossim, referem-se ainda mais particularmente à matéria eutanásica, o primeiro deles ligando-se à ortotanásia e à eutanásia passiva, enquanto o último trata da vedação da eutanásia propriamente dita, seja ela ativa ou passiva.

Ao anotar que ao médico é vedado abandonar o paciente portador de moléstia incurável que esteja sob seus cuidados, devendo continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar seu sofrimento, o art. 61 parece, em primeira análise, também indicar vedação a qualquer suspensão de tratamento, o que inviabilizaria até mesmo, e em qualquer circunstância, a ortotanásia.

Como já indicado, interpretando-se sistematicamente o conjunto de normas do Código de Ética Médica e o que mais consta do próprio citado art. 61, tem-se que a análise deve ser outra, sob pena de interpretação restritiva abusiva. A referida norma fala em continuar a assistência médica ainda que somente para mitigar sofrimento, o que necessita ser compreendido como a possibilidade de suspensão de qualquer outro tratamento efetivamente terapêutico, quando este se verificar ineficaz e desnecessário, consubstanciando-se em um mero prolongador do sofrimento, ao passo que deve ser mantido apenas aquele que mitigue a dor, até que o evento morte venha em seu tempo natural. A norma fala ainda em abandono do paciente, que deve ser entendido como uma suspensão de assistência terapêutica e, por evidência, não como abandono puro e simples, eis que este indubitavelmente configuraria infração não somente ética como também penal,



e desde que haja justa causa e prévia comunicação ao interessado ou seus familiares.<sup>330</sup>

Todas essas circunstâncias, assim, poderiam levar a um entendimento de que, eticamente, a conduta ortotanásica (e o seria até a eutanásica passiva, mormente diante de uma interpretação conjunta com as normas existentes no capítulo dos princípios fundamentais, não fosse o texto expresso do art. 66) seria mesmo receptível pelo conjunto normativo em questão.

O referido art. 66, com efeito, fala em vedação da antecipação do período vital, ainda que a pedido do interessado ou seu responsável legal, o que indicaria a inviabilidade ética (ao menos da ética codificada) referente à prática eutanásica, mesmo na modalidade passiva e ainda que houvesse consentimento do interessado ou de seu representante legal, já que, de qualquer modo, tal prática compreenderia medida tendente a antecipar o evento morte e, portanto, abreviar o período vital natural. De outro turno, repise-se, como essa antecipação não ocorre na ortotanásia, poder-se-ia bem dizer que a vedação ética não a atingiria.

De qualquer modo, antes mesmo da expedição da resolução n. 1.805/06, pelo Conselho Federal de Medicina, o Cremesp (seção regional

---

330. Opina Genival Veloso de França, acerca dos citados artigos (mormente 61 e 66 do Código de Ética Médica) que “a eutanásia não pode deixar de merecer os rótulos de homicídio e de infração ética, tendo ou não o médico o consentimento do paciente ou de seus responsáveis. E se induziu ou forneceu meios, através do chamado suicídio assistido, não há que negar também a antijuridicidade e a agressão aos postulados éticos, atribuindo-lhe o delito que se caracteriza pela indução ou instigação ao suicídio. Já na suspensão dos meios artificiais que prolongam uma ‘vida vegetativa’ de um ‘descerebrado’, em ‘coma *depassée*’, dentro dos critérios estabelecidos na Resolução CFM, que caracterizam a parada total e irreversível das funções encefálicas em pessoas com mais de dois anos, não há como justificar infração ao Código de Ética Médica”. Recorda ainda que foi a Resolução CFM n. 1.346/91 a que aprovou tais critérios para a caracterização da parada total e irreversível das funções encefálicas em pessoas com mais de dois anos, acabando por facilitar a discussão acerca da eutanásia (*in* Comentários ao Código de Ética Médica, pp. 68-69). De se lembrar, de todo o modo, que tal resolução foi revogada expressamente pela de n. 1.480/97 (já estudada no sub-capítulo V.1.1.1, “do Estado Terminal e da Doença Incurável”), vindo a tratar da mesma matéria. A resolução CFM n. 1.805/06 (também analisada no capítulo V.1.1.1), outrossim, tendo a sua eficácia há não muito revogada por liminar expedida pela Justiça Federal, também tratou do assunto, indicando todas as idas e vindas referentes ao tema da eutanásia e, mormente, da ortotanásia, sempre a demonstrar a ainda frágil posição geral para uma efetiva aceitação ou plena negação dessa prática. Essa resolução, tal qual já anotado alhures, permitia ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolongassem a vida do doente em fase terminal de enfermidade grave e sem cura, com a aquiescência do interessado ou de seu representante legal.

Paulista) procurou considerar ético limitar ou suspender procedimentos que prolongassem a vida do doente incurável em fase terminal.

Em suma, teria compreendido o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, à primeira vista, que a eutanásia não feriria a ética médica.<sup>331</sup>

As novas posições dos conselhos de medicina, em análise inicial, parecem por à prova o Código de Ética Médica em vigor, ressaltando algumas de suas incongruências, já retro-mencionadas.

Isso se deve também ao fato de que, à época da redação do referido Código, a bioética, no país, estava ainda no nascedouro, tanto assim que a base hipocrática, em que se sobreleva o princípio da beneficência,<sup>332</sup> bem presente nas normas codificadas, ostenta grande vigor, enquanto o princípio da autonomia recebe atenção bem mais reduzida.<sup>333</sup>

---

331. Foi o que entendeu o periódico Folha de São Paulo, no Caderno Cotidiano, p. C-1, de 4 de julho de 2005, que postou, como manchete, que a “eutanásia não fere ética médica, diz CRM”, indicando que nova resolução do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo afirmava ser ética a limitação ou suspensão de medidas médicas dirigidas ao doente incurável em fase final do período vital, de modo a não prolongar a vida mediante tratamento fútil, posto que tal procedimento seria indigno, constituindo verdadeira tortura para o interessado. Atesta a reportagem, demais disso, que na enfermaria de cuidados paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual os enfermos nessa situação recebem oxigênio, soro, radioterapia e remédios para evitar a dor, porém não mais são feitos procedimentos invasivos nem reanimação cardíaca.

332. Um dos trechos mais relevantes do juramento de Hipócrates, aliás, confirma a relevância do princípio da beneficência: ... “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio moral nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva” (*in* [www.gineco.com.br/jura.htm](http://www.gineco.com.br/jura.htm), em 22 de maio de 2008, às 14h50min).

333. Roberto Luiz D’Ávila, então corregedor do Conselho Federal de Medicina, em matéria divulgada pelo Centro de Bioética do Cremesp, em maio de 2006, asseverou ser preciso atualizar o Código de Ética Médica para que surja um código de princípios, com menos proibições. Não deixou de elogiar o atual código, ideal para a época de sua criação, mas ratificou a necessidade de sua atualização. Assinalou que o código vigente já atendia a princípios hipocráticos, incorporados após pela bioética principialista, a partir do relatório Belmont de 1974 (voltado a identificar condutas éticas básicas norteadoras das experimentações em seres humanos), com exceção do princípio da autonomia. Lembrou que a bioética não existia ou estava ainda no início no Brasil quando da criação do presente Código de Ética, aparecendo a palavra autonomia, por exemplo, apenas em um de seus artigos. Ainda assim, não defende a adequação de um código aos princípios da bioética como algo necessário, seja no sentido de uma inclusão imprescindível do principialismo (com seus princípios da beneficência/não maleficência, autonomia e justiça), seja, sobretudo, na inclusão de uma prática reflexiva bioética como um todo. Alerta que a defesa dessa inclusão é um engano, a fomentar contradições pelo próprio caráter reflexivo da bioética, e diz que a codificação e transformação da bioética em norma fará com que deixe de ser ciência reflexiva e se torne um código comportamental, de moral, estabelecendo como todos devem agir de determinado modo. Destarte, opina que isso não respeitaria as diferentes moralidades, os ‘estranhos morais’ apontados pelo bioeticista norte-americano Tristram H. Engelhardt, indicador da possibilidade de pluralismo pacífico na bioética. Compreende ainda que isso seria um contra-senso a uma ciência que prima pela pluralidade e pela tolerância, mas admite que, apesar de crer que a reflexão bioética não combine com codificação, não se pode esquecer dos princípios hipocráticos ou desprezar valores, moralidades e outros benefícios que a bioética traz nas questões relacionadas aos pacientes e ao

No que pertine à ética médica na pesquisa, o Conselho Nacional de Saúde, em 1996, acabou por arrolar os princípios norteadores dos estudos que envolvem seres humanos. São eles a “*beneficência* - maximização dos bons resultados para a ciência, a humanidade e diminuição ou evitamento de riscos; o *respeito* - proteção à autonomia da pessoa, honrando a possibilidade da escolha em participar ou não da pesquisa, preocupando-se com o bem estar dos participantes; e a *justiça* - distribuição equitativa dos benefícios e a segurança do que é razoável, não explorando as pessoas e garantindo cuidadosos procedimentos de pesquisa”. O consentimento informado, outrossim, envolve determinados aspectos como os de que “os participantes devem ter aceitado participar da pesquisa voluntariamente, com base nas informações recebidas; os participantes podem se retirar da pesquisa quando desejarem; todo o risco desnecessário deve ser eliminado, incluindo-se os procedimentos físicos invasivos, os psicológicos e os sociais; os benefícios para o indivíduo e para a sociedade devem ultrapassar os riscos; e a pesquisa deve ser conduzida por pessoas qualificadas”.<sup>334</sup>

É preciso discorrer, por derradeiro, posto ser fator relevante no tema da ética médica, acerca do instituto do erro de diagnóstico. Este pode levar por terra toda a preparação e execução de medidas tendentes à proteção do médico quanto a uma eventual responsabilização por suspensão de tratamento em pacientes tidos como terminais, acometidos de mal irreversível.

---

(cont.) 333. ... exercício da profissão médica (*in* [www.cremesp.org.br/?siteacao](http://www.cremesp.org.br/?siteacao), em 22 de maio de 2008, às 15h15min). De se anotar, outrossim, que o Código de Ética Médica, ao que se noticia, será reformulado até o primeiro semestre de 2009, sendo a necessidade de revisão já aprovada por unanimidade no II Encontro Nacional de Conselhos de Medicina, de 2007, tendo os conselheiros decidido promover a revisão por entenderem que o código em vigor, de janeiro de 1988, está mesmo desatualizado, tendo afirmado o coordenador da comissão nacional revisora que o código, com vinte anos de idade, já não considera os avanços obtidos pela ciência nesse período, de modo que há necessidade de constante revisão nas normas de conduta (*in* [www.portalmédico.org.br/jornal](http://www.portalmédico.org.br/jornal), em 22 de maio de 2008, às 15h02min).

334. Maria Julia Kovács, *Bioética nas Questões da Vida e da Morte*, pp. 161-163, informa que o item fundamental no consentimento informado é o da garantia de que os não participantes não sofrerão represálias nem alteração nos seus tratamentos pela recusa em participar de protocolos de pesquisa, assim como deve ocorrer para os participantes, em caso de abandono. Desfia que para ser o consentimento dado com propriedade, é essencial que as informações sejam completas e precisas, bem como diz que ainda são muitos delicados e duvidosos os casos de pessoas com intenso sofrimento, havendo questionamentos não respondidos acerca da capacidade de uma pessoa nessa situação em exercer sua vontade, ou ter clareza sobre ela, quanto a participar ou não de um protocolo de pesquisa, ou ainda se alguém pode decidir por ela, caso não possa dar o consentimento. Conclui que são questões de difícil resposta, exigindo discussões em comitês de ética, na busca de especificidades de cada situação.

O erro de diagnóstico está contido em algo mais amplo, qual seja, o erro médico, efetivamente advindo de uma das modalidades da culpa. O erro de diagnóstico, por seu turno, em sendo uma das espécies do erro médico, também advém daquelas, sendo a falta de competência para diagnosticar corretamente tratada, em geral, como imperícia do profissional da medicina.<sup>335</sup>

De todo o modo, é preciso distinguir-se o erro de diagnóstico causado por imperícia (indevida falta de conhecimento) do erro de diagnóstico provocado pela impossibilidade, em razão do nível tecnológico da medicina de então, de se diagnosticar com perfeição.

Decorre daí a certa conveniência de uma legislação clara e abrangente, em particular na área penal, acerca dos limites de responsabilidade do médico em casos inseridos na hipótese citada, mormente quando inexistiu erro grosseiro e indubitavelmente foram tomadas todas as providências regulamentares para a afirmação do diagnóstico, tais como a submissão do caso a um conjunto de especialistas com pareceres convergentes, bem como a utilização de todos os equipamentos médicos disponíveis e de toda a tecnologia existente para a aferição das circunstâncias do caso concreto. Eventual erro, nessa situação, poderia ser considerado, portanto, como insuficiente para a responsabilização penal, por estar o caso, temporal e espacialmente, fora do alcance intelectual da capacidade humana.<sup>336</sup>

---

335. Irany Novah Moraes, nesse contexto, conclui que o médico deve ter mesmo a consciência de que a incompetência é considerada pela Justiça como imperícia (*in* [www. sescsp.org.br/sesc/revistas](http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas), em 26/12/08, às 9h53min).

336. É possível, de fato, que erros de diagnóstico, aí englobados equívocos quanto à irreversibilidade da doença ou da situação de terminalidade do enfermo, ocorram contra tudo o que os médicos previram e na direção oposta do que toda a gama tecnológica médica atestou, fugindo à capacidade de entendimento humano, mormente o de determinada época. Reportagem nesse sentido, também veiculada na Folha de São Paulo, à p. C-1, de 4 de dezembro de 2005, informou que “gêmeas deixam a cama após vinte e quatro anos inertes”. Consta da matéria que no início da década de 1980 as gêmeas, então com dois anos de idade, submergiram em um estado de letargia após forte febre seguida de convulsão, sendo que o diagnóstico dos médicos era de que não havia mais esperança alguma em indubitável caso de paralisia cerebral (quando em verdade a hipótese era de uma rara enfermidade conhecida como Síndrome de Segawa). Mais de duas décadas após, alterado o tratamento (e com novas tecnologias médicas), as gêmeas puseram-se a se movimentar, até que tornaram a uma vida quase normal, freqüentando escola e sendo alfabetizadas.



