

EUTANÁSIA E HOMICÍDIO

MATAR E DEIXAR MORRER: UMA DISTINÇÃO MORALMENTE VÁLIDA? EUTHANASIA AND HOMICIDE — KILLING AND LETTING DIE: A MORALLY SIGNIFICANT DISTINCTION?

Octávio Luiz Motta Ferraz^()*

RESUMO

O presente artigo aborda o problema da interrupção ou omissão do tratamento de manutenção da vida de pacientes terminais sob o prisma da eutanásia e do homicídio. O autor avalia criticamente a distinção proposta por alguns entre omissão terapêutica e eutanásia passiva e discute a relevância moral da doutrina dos atos e omissões, que admite a eutanásia passiva, porém, rejeita a eutanásia ativa.

Palavra-chave

Eutanásia.

ABSTRACT

This article approaches the problem of the interruption or omission of life sustaining treatment in terminal patients from the perspective of euthanasia and homicide. The author makes a critical analysis of the distinction put forward by some between therapeutic omission and passive euthanasia and discusses the moral significance of the doctrine of acts and omissions, which admits passive euthanasia while rejects active euthanasia.

Key word

Euthanasia.

(*) Advogado, mestre em Direito e Ética Médica pelo Centre of Medical Law and Ethics do King's College London (Universidade de Londres), doutorando em Direito pelo University College London (Universidade de Londres).

I. INTRODUÇÃO

Como se sabe, a eutanásia é e sempre foi considerada crime no Brasil, em qualquer de suas modalidades. Se praticada diretamente pelo médico, ainda que a pedido do paciente, configura o crime de homicídio previsto no artigo 121 do Código Penal. Há apenas a possibilidade de atenuação da pena se se entender que o ato fundou-se em “motivo de relevante valor moral” (Código Penal, art. 121, § 1º). Quando praticada pelo próprio paciente com o auxílio do médico, configura o crime de auxílio ao suicídio (Código Penal, art. 122). A situação no resto do mundo não é muito diferente, à exceção de poucos países, como a Holanda e o Uruguai, que embora não a tenham legalizado, exoneram de punição o médico que a pratica desde que cumpra determinados requisitos previstos na lei.

Com o advento de modernas técnicas terapêuticas capazes de manter e prolongar a vida de pessoas gravemente enfermas, no entanto, a questão da eutanásia teve que voltar ao debate. Pacientes que no passado encontrariam inevitavelmente a morte são hoje conectados a modernos equipamentos que os podem manter vivos indefinidamente. Todos os dias, portanto, pessoas morrem nos hospitais do mundo todo em razão de uma decisão médica, compartilhada com a família ou não, de interromper este tratamento de manutenção artificial das funções vitais. Para descaracterizar esta situação como eutanásia e, portanto, homicídio, argumenta-se que o resultado fatal, a morte, não pode ser causalmente atribuído a um ato do médico, mas sim ao curso natural das coisas. O ato médico de prolongar artificialmente a vida do paciente, ademais, é que seria inadequado, configurando o que alguns denominam “distanásia” (morte fora do tempo). Em outras palavras, o médico não estaria obrigado a adotar medidas “extraordinárias” para a manutenção “artificial” da vida do paciente.

O fato, no entanto, é que os limites entre o que é natural e o que é artificial não são tão claros assim, sobretudo em medicina. É extremamente difícil de se determinar, destarte, o momento certo da morte, para que se possa concluir com precisão se esta foi ou não antecipada pela conduta médica omissiva. O que são, por outro lado, medidas “extraordinárias”? Trata-se de um critério totalmente objetivo ou depende das características particulares de cada caso e de cada paciente?

No presente artigo pretendo explorar algumas implicações morais e legais desta conduta em relação ao tema da eutanásia e do homicídio. Minha preocupação principal será avaliar a propriedade da distinção que normalmente se faz entre atos e omissões, que parece estar na raiz desta maior aceitação de condutas omissivas em relação à eutanásia ativa, ainda que ambas sejam praticadas pelos mesmos motivos, com as mesmas intenções e produzam os mesmos resultados.

II. PRECISÕES TERMINOLÓGICAS

A concepção atual da eutanásia, como ato estritamente médico, teve origem com o pensamento de *Francis Bacon*, segundo o qual “o médico deve acalmar os sofrimentos e as dores não apenas quando este alívio possa trazer a cura, mas também quando pode servir para procurar uma morte doce e tranqüila.” (*Historia vitae et mortis*, 1623). Eutanásia, portanto, não significa simplesmente “morte serena”, ou “morte sem dor”, como apontam suas raízes etimológicas (do grego eu + thanatos), não importando os meios empregados para alcançá-la ou os motivos que a fundamentam, mas sim um ato médico cujo objetivo é antecipar o término de uma vida como único meio de por fim a um sofrimento insuportável decorrente de uma situação patológica incurável. Deve-se ressaltar que o conceito de sofrimento não se limita à dor física. Sobretudo hoje, com as modernas e acessíveis técnicas de analgesia, esse tipo de sofrimento é facilmente controlável. Resta ainda, entretanto, o sofrimento causado pela dor psíquica, que não é menos relevante. Este último, aliás, não precisa ser atual, isto é, mesmo o paciente inconsciente pode ter manifestado previamente sua repugnância em relação a um estado que considera indigno e a eutanásia pode ser aplicada também, em minha opinião, para atender a vontade expressa pelo paciente.

Definido o significado do termo, devemos distinguir as modalidades em que a eutanásia pode se concretizar. A primeira distinção que normalmente se faz diz respeito ao titular da vontade que determina o ato. Designa-se eutanásia “voluntária” aquela solicitada pela própria pessoa; “não voluntária”, a realizada no paciente incapaz de manifestar sua vontade; e “involuntária”, quando realizada sem o consentimento de pessoa capaz, ou contra a sua vontade⁽¹⁾. Não é preciso dizer que a eutanásia involuntária é inaceitável, nem mesmo podendo ser caracterizada como tal. Trata-se de homicídio puro e simples. Outra distinção relevante para este trabalho refere-se ao modo pelo qual o resultado é alcançado: denomina-se, segundo esta classificação, a eutanásia de ativa ou passiva (ou positiva e negativa), segundo os métodos utilizados sejam, respectivamente, comissivos ou omissivos.

Há ainda várias outras adjetivações, que variam de acordo com os motivos que levam a eutanásia a ser praticada (eutanásia econômica, eugênica, etc.), que não poderiam ser classificados como tal, no entanto, segundo a definição acima proposta, que admite apenas, como fundamento da eutanásia, o encurtamento de uma vida assolada por doença incurável e geradora de sofrimento, em consonância com a vontade real ou presumida da pessoa enferma.

III. EUTANÁSIA PASSIVA, DISTANÁSIA E HOMICÍDIO

Nem mesmo os opositores mais ferrenhos a qualquer modalidade de eutanásia advogam que a vida de pacientes terminais deve ser infinitamente

mantida com a utilização dos recursos médicos hoje disponíveis. Até mesmo a Igreja Católica, na Declaração sobre a Eutanásia do Vaticano, de maio de 1980, sustenta que deve haver uma “proporcionalidade” entre os meios terapêuticos disponíveis e os benefícios que podem ser trazidos pelos mesmos para concluir que: “quando a morte inevitável é iminente a despeito de todos os meios usados, é permitido, em consciência, tomar-se a decisão de recusar formas de tratamento que iriam assegurar apenas um precário e doloroso prolongamento da vida, desde que o tratamento normal do paciente em casos similares não seja interrompido. Nessas circunstâncias o médico não tem razão para reprovar-se por não ajudar a pessoa em perigo.” (2)

Para muitos, não há que se confundir esta situação com a denominada eutanásia passiva, pois não haveria propriamente um encurtamento da vida (3). Cuidar-se-ia apenas do combate à “obstinação terapêutica”, ou “distanásia” (“morte fora do tempo”), ou seja, deixa-se de prolongar a vida futilmente para que a morte ocorra no tempo certo (“ortotanásia”) (4).

A definição deste “tempo certo”, todavia, parece-me absolutamente inatingível. Ora, o que é a medicina hoje senão uma ferramenta que prolonga cada vez mais o tempo de vida das pessoas? Poder-se-ia argumentar, dentro desta ótica, que a simples ingestão de um antibiótico é um prolongamento artificial da vida, uma distanásia. O paciente pobre, aliás, atendido em um posto de saúde público do interior do Piauí, teria comprovadamente um “tempo certo” de morrer muito mais curto que o paciente rico atendido num hospital privado de ponta das capitais do Sudeste.

Também não é livre de dúvidas como deve ser realizado este juízo de proporcionalidade entre o tratamento disponível e os benefícios esperados. Ora, o médico pode entender que ressuscitar um paciente terminal que tenha uma sobrevida de 3 semanas não passa neste teste de proporcionalidade, enquanto a família do paciente pode entender o contrário.

Parece-me totalmente hipócrita, assim, descaracterizar-se a interrupção ou omissão de qualquer tratamento médico, por mais “extraordinário” que seja, como um ato de eutanásia. Trata-se efetivamente de uma eutanásia passiva, em que se conclui que a vida do paciente, nas condições em que se encontra, não é mais desejável, e se utiliza a omissão de condutas terapêuticas disponíveis como uma forma de se colocar um fim a esta situação.

A questão que se põe, no entanto, é a seguinte: existe alguma diferença moralmente relevante entre obter este resultado desta maneira (eutanásia passiva) e alcançá-lo mediante uma conduta comissiva (eutanásia ativa)?

Um exemplo real nos ajuda a iluminar e compreender o problema. Lembremos o famoso caso americano de *Karen Ann Quinlan*. *Karen Quinlan* in-

gressou em 1975, aos 22 anos de idade, no pronto socorro do *Newton Memorial Hospital de New Jersey*, EUA, em estado de coma, que posteriormente se mostrou irreversível. Seus pais adotivos pediram ao médico responsável que desligasse os aparelhos, o que lhes foi negado, e resultou em uma batalha judicial vencida quase um ano depois com uma decisão da Suprema Corte de New Jersey autorizando o desligamento dos aparelhos. Apesar disso, a paciente sobreviveu mesmo sem o respirador artificial por mais 9 anos em estado vegetativo.

Vê-se claramente aqui que, se o objetivo era conferir ao paciente uma morte digna, no “tempo certo”, o “curso natural das coisas” propiciado pela interrupção do tratamento fútil não foi capaz de garanti-lo.

Um outro conhecido exemplo, ocorrido na Inglaterra, serve para ressaltar ainda mais a complexidade da questão. Um torcedor de futebol, *Anthony Bland*, teve seus pulmões esmagados na catástrofe ocorrida em abril de 1989 no estádio de futebol de *Hillsborough*, amplamente noticiada na imprensa da época, o que suprimiu o envio de oxigênio para seu cérebro e deixou-o em estado vegetativo persistente (*Persistent Vegetative State — PVS*). O PVS, como se sabe, diferencia-se do “coma irreversível” ou da “morte cerebral” porque nele, ao contrário destes últimos, o cérebro continua a comandar a função respiratória, dispensando, por conseguinte, a necessidade de respirador artificial. Não há, destarte, a opção de “mero” desligamento dos equipamentos. Diante disto, seus pais solicitaram à Justiça permissão para interromper a alimentação artificial por tubo nasogástrico, o que viria a causar sua morte em alguns dias. A decisão final da corte suprema (*House of Lords*) houve por bem conceder a permissão requerida (*Airdale NHS Trust x Bland* [1993] 1 ALL ER 821, (1993) 12 BMLR 64 (HL))(5).

Ora, será que a suspensão da alimentação significava apenas uma medida tendente a deixar o curso natural das coisas levar o paciente a uma morte no “tempo certo”? Pode-se qualificar alimentação como uma medida extraordinária?

Para descaracterizar a conduta judicialmente autorizada como eutanásia e portanto homicídio segundo o Direito inglês, os julgadores lançaram mão da conhecida distinção defendida por muitos entre *atos* e *omissões*. Procuraram demonstrar, de forma não muito convincente e por isso duramente criticada, que o ato de suspender a alimentação constitui uma *omissão* e, portanto, não é passível de incriminação, eis que não existe um dever de agir do médico de continuar tratamento reconhecidamente fútil. Todo este malabarismo argumentativo, entretanto, teve por objetivo distinguir estes atos “omissivos”, que não são considerados *a priori* ilegais, de condutas comissivas, como a aplicação de injeção letal, as quais, apesar de buscarem o mesmo fim – a morte do paciente – são consideradas ilícitas. Em suma, trata-se

de admitir abertamente a eutanásia passiva sem aceitar a eutanásia ativa, o que ficou conhecido no mundo anglo-saxônico como a distinção entre *killing* e *letting die*⁽¹⁾.

Parece-me que a situação entre nós é a mesma. Sob o pretexto da morte no "tempo certo", a ortotanásia, muitos admitem que o médico deixe de adotar as medidas disponíveis mesmo consciente de que isto resultará inevitavelmente na morte do paciente (6). Quando esta só pode ser alcançada mediante atos comissivos como a aplicação de uma injeção letal, no entanto, entende-se cuidar efetivamente de eutanásia, e portanto de homicídio.

Ora, se a intenção é a mesma e o mesmo resultado pode ser alcançado com menor sofrimento ao paciente e de uma forma mais rápida mediante uma conduta comissiva, qual a razão justificativa para proibi-la? No caso de *Anthony Bland*, por exemplo, não seria mais humano aplicar-lhe uma rápida injeção letal do que matá-lo por inanição? Em relação à *Karen Ann Quinlan*, de seu turno, tratou-se de uma conduta humana deixá-la "viver" por 9 anos em estado vegetativo?

IV. CONCLUSÃO

Parece-me que a discussão acima deixa clara a inconsistência de se admitir a eutanásia passiva sob o manto de conceitos extremamente questionáveis como os de ortotanásia, distanásia, medidas desproporcionais, etc. e continuar-se a condenar a eutanásia ativa quando esta, em situações idênticas, seria muito mais adequada ao direito do paciente a uma morte digna e sem sofrimentos, ou mesmo quando se revelasse a única opção disponível.

Exige-se uma posição coerente: ou se condena qualquer tipo de conduta médica, omissiva ou comissiva, que venha a resultar na morte do paciente, ou se admitem ambas, desde que presentes os requisitos adequados à validade ética e jurídica deste tipo de conduta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KUHSE H. "Euthanasia". In Singer P, editor. *A Companion to Ethics*. Londres: Blackwell, 1993 (Reimpressão de 1997): 295.
2. Declaration on Euthanasia, Prepared by the Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith, May 5, 1980.

(1) Killing and Letting Die, Prentice Hall, Nova Iorque, 1994, Steinbock e Norcross (editores).

3. HORTA MP. "Eutanásia – Problemas Éticos da Morte e do Morrer", Brasília: Bioética, 1999; 7: 27-33.
4. PESSINI L. "Distanásia: Até quando investir sem agredir?", Brasília: Bioética, 1996; 4:
5. KENNEDY I. "Switching Off Life-support Machines: The Legal Implications". *In Treat Me Right, Essays in Medical Law and Ethics*. Oxford: Clarendon Press, 1988: 349-363.
6. STEINBOCK e NORCROSS, editores. "Killing and Letting Die". Nova Iorque: Prentice Hall, 1994.
7. Parecer CFM N. 11/92, aprovado em 14/02/92. Relatores: Gabriel Wolf Oselka e Guido Carlos Levi.