

A (DES)CRIMINALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA

Rodrigo Tonel¹

Janaína Machado Sturza²

GRUPO DE TRABALHO: GT 3

Resumo: Este trabalho aborda uma das formas de abreviação deliberada da existência, ou seja, a Eutanásia, como um Direito do indivíduo em situações excepcionais. A abordagem se justifica pois é um tema que tem provocado fervorosas discussões no mundo todo e, igualmente, contribui no sentido de abrir margem para uma discussão sensível e complexa no âmbito do Direito. O objetivo é esclarecer as questões fundamentais que circundam a temática, assim como veicular um meio propício ao debate entre os interessados em compreender o cerne da questão que envolve o uso de Eutanásia e o que isso representa. As principais questões que envolvem a prática podem tomar aspectos legais, morais, religiosos, políticos e sociais, os quais serão investigados no decorrer do escrito, e seus pormenores esmiuçados.

Palavras-chaves: Bioética. Morte. Saúde.

THE (DE)CRIMINALIZATION OF EUTHANASIA

Abstract: This work entails a way to deliberately abbreviate existence, that is, euthanasia as an individual Right in exceptional situations. The approach justify itself by the importance of its theme, as it is provocative and generates intensive discussions all around the world and, equally, contributes to the ideal of creating a sensitive and complex discussion upon the sphere of Rights. The objective is to clarify the fundamental questions that surround the team, as much as canalize a proper debate between those that are willing for so to happen; for understanding the nucleus of the question that entails the use of euthanasia and what it does mean. The principal questions that portrait the practice could take legal, moral, religious, political and social aspects, all of which shall be investigated here on.

¹ Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES; Mestrando do Programa de Pós-graduação Mestrado e Doutorado em Direitos Humanos da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. Integrante do Grupo de Pesquisa Biopolítica e Direitos Humanos. E-mail: tonelr@yahoo.com

² Pós doutora em Direito pelo PPGD da Unisinos. Doutora em Direito pela Universidade de Roma Ter/Itália. Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Especialista em Demandas Sociais e Políticas Públicas também pela UNISC. Professora na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, lecionando na graduação em Direito e no Programa de Pós Graduação Mestrado e Doutorado em Direitos Humanos. Coordenadora do projeto de pesquisa CNPq “A complexa efetivação do direito à atenção básica em saúde no Brasil: paradoxos teóricos e normativos”. E-mail: janasturza@hotmail.com

Keywords: Bioethics. Death. Health.

1 Introdução

O tema desta pesquisa tem a ver com um dos caminhos para a abreviação da existência, ou seja, a eutanásia. A abordagem justifica-se pela importância do seu tema, pois é provocativo e gera discussões intensivas em todo o mundo e, igualmente, contribui para a ideia de criar uma discussão sensível e complexa sob a perspectiva jurídica.

O objetivo é esclarecer as questões fundamentais que cercam o tema, tanto quanto canalizar um debate adequado entre aqueles que estão dispostos a compreender o núcleo da questão que envolve o uso da eutanásia e o que ela significa. As principais questões que retratam a prática consideram aspectos legais, morais, religiosos, políticos e sociais, os quais serão aqui retratados.

A metodologia utilizada nesta pesquisa segue um método hipotético-dedutivo e consiste principalmente em análise bibliográfica na forma de livros, dicionários, periódicos, artigos, estatísticas oficiais, leis nacionais e internacionais, bem como o uso de todos os tipos de materiais e instrumentos disponíveis na internet.

A análise traz conceitos fundamentais e a evolução histórica da eutanásia, pontos positivos e negativos, revisões religiosas e uma abordagem organicista sobre as escolhas individuais.

2 Eutanásia: da definição do termo às diferenciações de outros institutos

A única certeza que temos do futuro é que, nele, em algum lugar, estaremos todos mortos, é a única certeza. O resto é algo a se construir de acordo com o que o destino nos impõe. Assim, a morte é algo inevitável, cada um de nós um dia estará morto, não há dúvidas, não há saída, ninguém pode escapar deste destino. Não acontece apenas com seres humanos, acontece com animais, plantas e com todo ser vivo. Este é considerado o ciclo da vida: nascer, crescer, envelhecer e finalmente morrer. Então, o que há de errado com a eutanásia? Ou, o que há de certo nela? Podemos não ter as melhores respostas para essas indagações, mas podemos tecer um conjunto de ideias para fomentar o debate e compreensão desse fenômeno.

Em primeiro lugar, é importante distinguir os termos eutanásia, suicídio, distanásia, ortotanásia, suicídio assistido e eutanásia social. Segundo a Comissão de Direitos Humanos da Austrália (2016, p. 3, grifo do autor, tradução nossa),

A palavra "eutanásia" é derivada da palavra grega euthanatos que significa "morte fácil". Geralmente é usado para descrever o processo de terminar intencionalmente a vida de uma pessoa para reduzir sua dor e sofrimento. A eutanásia é procurada não apenas por aqueles que sofrem de dores excruciantes, mas por outras razões, como mudanças na qualidade de vida resultantes de lesões físicas catastróficas e fatores psicológicos associados a doenças incuráveis.

Isso porque, sob uma perspectiva histórica, na Grécia Antiga, as pessoas, sob determinadas circunstâncias, poderiam optar pela morte em termos legais. Se a pessoa quisesse morrer, ela poderia ir ao Senado e fazer um pedido demonstrando o porquê deveria ter permissão para findar com sua existência. Se o argumento fosse bom o suficiente, o Senado, então, permitiria que a pessoa tomasse veneno (DURKHEIM, 2002).

Segundo Sloan (2014, p. 5), “[...] a eutanásia é o ato de terminar deliberadamente a vida de outra pessoa por meios não violentos [...]”. No entanto, hoje em dia, é um procedimento médico que visa abreviar a vida do paciente que está em uma condição de sofrimento severo e não tem perspectiva de cura (DE SÁ; NAVES, 2018).

Geralmente, o paciente dá o seu consentimento a um médico que então é responsável por fazer um tipo determinado de procedimento que dará fim a vida do paciente, sendo este procedimento denominado de eutanásia voluntária.

No entanto, por outro lado, podemos ter uma situação diferente em que, se, por exemplo, o paciente estiver inconsciente ou incapaz de se comunicar e, portanto, não puder expressar seus desejos. Neste caso, um membro da família, uma pessoa próxima a ele - estando autorizado pela lei - pode intervir e autorizar a realização do procedimento, que nestes casos, é chamado de eutanásia não voluntária. Além das hipóteses acima mencionadas, a decisão pela eutanásia não voluntária, pode também basear-se na decisão previamente expressa do paciente declarada em uma diretiva de assistência médica avançada.

Agora, é interessante notar que existem fortes semelhanças entre o suicídio assistido e a eutanásia, no entanto, elas não são figuras equivalentes. Portanto, na eutanásia, o médico age ou omite. Desta ação ou omissão surge diretamente a morte. No suicídio assistido, a morte não depende diretamente da ação de uma terceira parte. É uma consequência de uma ação do próprio paciente, que pode ser guiada, assistida ou apenas observada por esta terceira parte. (RIBEIRO, 1999, p. 18).

No mesmo contexto, há a eutanásia social. Martin (1998, p. 172) explica que,

[...] A situação chamada eutanásia social não tem nada de bom, suave ou indolor. [...] Primeiro, a grande maioria dos doentes e deficientes que, por motivos políticos, sociais e econômicos, não conseguem ser pacientes, porque eles não aderem efetivamente ao sistema de assistência médica; segundo, os indivíduos doentes que

podem se tornar pacientes para serem vítimas de erro médico e, em terceiro lugar, pacientes que acabam sendo vítimas de negligência por razões econômicas, científicas ou sociopolíticas.

Há também a ortotanásia, que significa literalmente morte certa, ou seja, expressa o fim da vida de forma natural, sem sujeitar o paciente em estado clínico irreversível a tratamentos terapêuticos inúteis (GOUVÊA; DEVAL, 2018). A título de curiosidade, no Brasil, a ortotanásia é regulada especificamente pela Resolução CFM n. 1.805/2006 da seguinte forma:

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

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

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

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

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

Finalmente, a distanásia que basicamente significa o distanciamento da morte. Refere-se ao prolongamento exagerado da morte por meio de tratamentos extraordinários que visam simplesmente manter a vida biológica do paciente (GOUVÊA; DEVAL, 2018).

O suicídio propriamente dito, seria o abandono da existência, que é livre e voluntariamente escolhido pelo indivíduo. Caracteriza-se por uma forma de morte, muitas vezes, violenta, do indivíduo para com ele mesmo, resultante de uma multicausalidade e multifatorialidade de influências, isto é, o indivíduo utiliza-se de meios violentos, como armas de fogo, enforcamento, envenenamento, overdose medicamentosa etc. Todavia, nesta modalidade, o indivíduo está fisicamente saudável, não está numa condição de doença terminal, a morte é evitável. Na eutanásia, as condições do indivíduo provem de doenças terminais que culmina por causar insuportáveis dores físicas, a probabilidade ou o vislumbre de morte é alta, é tecnicamente inevitável o resultado morte. A morte não é violenta, os meios, normalmente, são medicações específicas para que o indivíduo morra sem sofrimento.

Agora, passamos para o próximo tópico onde abordaremos os aspectos históricos relacionados à eutanásia.

2.1 Fragmentos históricos da eutanásia

Através da história da humanidade a opção deliberada pela morte foi observada ambivalentemente. Notadamente que, por questões e influências culturais e religiosas, a morte

por opção e consequente da ação voluntária do indivíduo para com ele mesmo em razão das circunstâncias que o imprimem a opção da abreviação de sua existência, sempre foi debate entre o certo e o errado. No caso do suicídio, imoral e criminalizado por algumas civilizações, heroico e permitido para outras (MINOIS, 2001).

A título de ilustração, para os gregos, o suicídio era criminalizado. Contudo, quando o indivíduo tinha um motivo razoável para sua morte, ele poderia recorrer até o chamado Senado grego e solicitar sua morte. Se suas razões fossem convincentes, então, era-lhe permitido tomar veneno e findar sua existência (DURKHEIM, 2002).

Naquela época, portanto, já havia certa compreensão acerca da permissibilidade do suicídio. Devido à apreciação do Senado grego de cada caso concreto e das razões que levavam os indivíduos a solicitarem a permissão para morrer.

Na sociedade contemporânea, contudo, a eutanásia vem ganhando cada vez mais destaque e gerado discussões ao redor de todo o mundo. Isso porque, em abril de 2002, a Holanda tornou-se o primeiro país a legalizar e descriminalizar a eutanásia e o suicídio assistido, impondo uma série de condições ao paciente, já que ele deve estar sofrendo de dor extrema e uma doença incurável, seu pedido deve ser consciente. Por outro lado, qualquer prática de eutanásia que não se enquadre nas rígidas exigências é tratada como assassinato (GUARDIAN STAFF, 2014).

Na Bélgica - o segundo país do mundo a descriminalizar a eutanásia, logo depois da Holanda - a eutanásia é um símbolo de esclarecimento e progresso, um sinal de que a nação transcendeu as incongruências impostas pelo catolicismo. O Luxemburgo em 2009 seguiu o exemplo, enquanto em 2015 o Canadá e a Colômbia. A Suíça autorizou o suicídio assistido desde 1942, enquanto a Suprema Corte dos Estados Unidos da América reconheceu que seus cidadãos têm problemas na área de dor prolongada e como o médico deve lidar com isso, mas em 1997 se posicionou para essa morte não é um direito constitucionalmente protegido, deixando cada Estado para lidar com questões envolvendo suicídio assistido (AVIV, 2015).

Mais uma vez, em fevereiro de 2016, a Bélgica tornou-se o primeiro país do mundo a legalizar a eutanásia em crianças, não tendo existindo limite de idade para a prática, desde que atendimentos os requisitos da lei e possuindo autorização dos genitores. Em outras palavras, trata-se de uma prática extremamente regulamentada, que é concedida apenas àquelas pessoas que realmente precisam e só a receberão desde que atenda a uma série infinita de requisitos (GUARDIAN STAFF, 2014).

Em 2016, a prática de eutanásia em pessoas com doença mental, distúrbios cognitivos e demência ocorria comumente na Bélgica e na Holanda. A Bélgica legalizou o uso da eutanásia

para pacientes que sofrem de doenças não tratáveis, em 2002, incluindo doenças psicológicas. A autonomia individual é listada como soberana e, portanto, quando se escolhe morrer, há uma grande possibilidade de obter assistência para tanto, que Charles Lane (2016) considera uma crise moral global, porque as pessoas com autismo, esquizofrenia, demência e depressão não tem condições para decidirem com clareza e são consciência sobre a eutanásia, visto que suas capacidades de raciocínio e, conseqüentemente, de escolha são consideravelmente comprometidas.

Em 2014, médicos norte-americanos podiam prescrever doses letais de drogas a pacientes terminais em cinco Estados dos EUA, sendo Oregon a primeira, com uma lei que teve seus efeitos expressos em 1997, que permitia a pacientes terminais, com menos de 6 meses de vida e com capacidade de discernimento preservada, solicitar ajuda para morrer. Mais de uma década depois, em 2008, foi a vez de Washington se modelar a partir das premissas legais do Oregon. Em 2013, a legislação em Vermont, Montana e Novo México também aderiu às práticas de eutanásia (GUARDIAN STAFF, 2014).

Em julho de 2017, a medida legal que permite que médicos e farmacêuticos forneçam medicamentos para pacientes terminais com drogas que levem ao fim de suas vidas entra em vigor. Os cidadãos de Washington D.C foram então capazes de obter medicamentos para acabar com suas vidas, uma vez que observaram regulamentos rigorosos (DESANCTIS, 2017).

No Brasil, a eutanásia é vedada pelo Código de Ética Médica, Resolução CFM nº. 1.931/09, onde em seu art. 41, caput e parágrafo único, está disposto o seguinte:

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. 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.

Após essa breve análise dos acontecimentos históricos, passamos a abordar, no próximo tópico, os argumentos em favor da eutanásia, bem como os argumentos contra a mesma.

2.2 Argumentos contrários e favoráveis a eutanásia

Quando tratamos da morte pelo viés de escolha, afirmando a mesma ser um direito, o debate em torno do assunto cresce proporcionalmente. Do ponto de vista da autonomia, é de certa forma aceitável que o indivíduo tenha o direito de fazer escolhas independentes, como acabar com a própria vida se, por exemplo, um adulto com uma mente clara e sem transtorno

mental decidir recusar tratamento médico mesmo quando previsto, o resultado poderia ser a morte.

Os defensores da eutanásia declaram que “[...] o Estado não possui a responsabilidade de promover, proteger e cumprir os direitos socioeconômicos, como direito à alimentação, direito à água, direito à educação e direito à saúde, que são ingredientes básicos e essenciais do direito à vida.” (MATH; CHATURVEDI, 2012, n.p.).

Nesse contexto, Christiaan Barnard citado por Stone (1999, p. 76) afirma: “Acredito frequentemente que a morte é um bom tratamento médico porque pode alcançar o que todos os avanços e tecnologias médicas não podem alcançar hoje, e isso é parar o sofrimento do paciente”.

De acordo com Kagan (2012, p. 324, grifo do autor, tradução nossa), para o contexto do paciente “[...] não é que, estando morto, ele estaria em uma condição que é boa, ou uma condição que é melhor do que estar vivo. É simplesmente que, ele estando morto, *evitaria* esta condição miserável que é claramente uma condição ruim.”

Exatamente porque “[...] uma coisa é gozar alegremente a vida quando o nível de energia é alto e todas as faculdades estão totalmente intactas. Coisa bem diferente é aproveitar a vida quando se está com extrema dor, impossibilitado de fazer alguma coisa, e física e mentalmente deteriorando.” (HOSPICE PATIENTS ALLIANCE, n.d., n.p., tradução nossa).

Na posição de Shelly Kagan (2012), em alguns contextos muito particulares – quando não se tem vislumbre de melhora no decorrer da vida – e, após uma profunda reflexão realizada pelo indivíduo em sã consciência, sim, pode ser racional cometer suicídio. Porém, isso não significa que pode ser algo moralmente aceito pela sociedade, por exemplo.

Contudo, a ideia de o indivíduo escolher em sã consciência e racionalmente pela opção da morte não é uma tarefa tão simples, visto que para um paciente que, por exemplo, sofre com constantes e insuportáveis dores, sua capacidade de raciocínio resta prejudicada consideravelmente.

Obviamente que, para quem está sob severa e constante condição de dores existe a possibilidade de aliviar as dores através da administração de determinadas medicações para aquele efeito. Todavia, tais medicações podem acabar acelerando o processo de morte.

Outro argumento frequentemente usado pelos autores que apoiam a eutanásia é o fato de que é amplamente reconhecido em todo o mundo o direito de recusar tratamento médico que sustente ou prolongue a vida. Assim, “[...] por exemplo, um paciente que sofre de câncer no sangue pode recusar o tratamento ou negar alimentos através de sonda nasogástrica. O

reconhecimento do direito de recusar o tratamento abre caminho para a eutanásia passiva [...]”(MATH; CHATURVEDI, 2012, n.p.).

Segundo Shala e Gusha (2016, p. 79),

Um forte argumento em apoio à eutanásia é que a decisão de acabar com a vida é fundamental para a dignidade humana, autonomia pessoal e segurança, conceitos que são protegidos por vários instrumentos internacionais de direitos humanos. Embora o direito à liberdade e à segurança pessoal tenha uma interpretação limitada e até agora tenha sido limitado à liberdade de detenção arbitrária, as noções de autonomia pessoal podem afetar o futuro desenvolvimento da jurisprudência humana em torno.

Por uma corrente mais radical, há aqueles que defendem a escolha e/ou opção pela morte, ou seja, a morte como um direito advindo da liberdade estatal concedida ao cidadão, e isso estaria incluído até mesmo para os casos de suicídio. Para o psiquiatra Szasz (1973, p.67, grifo nosso, tradução nossa), o “*suicídio é um direito humano fundamental*. Isso não significa que é moralmente desejável. Isso só significa que a sociedade não tem o direito moral de interferir, por força, com a decisão do indivíduo em cometer esse ato”. Por este viés, poderíamos interpretar que a eutanásia pode ser considerada um direito fundamental, mesmo que seja moralmente indesejável.

Deste modo, por estas análises e interpretações a eutanásia não deve ser criminalizada, mas sim, descriminalizada e regulamentada.

Enquanto isso, por outro lado, há argumentos contrários contra a eutanásia e eles têm diferentes interpretações sobre o assunto. Vamos, de forma breve, abordar os principais argumentos contra a eutanásia.

Pela compreensão religiosa, ninguém tem o direito de morrer porque a vida em si é considerada algo sagrado. Para a compreensão do Cristianismo, a vida é um presente de Deus e por isso deve ser preservado o máximo possível e só Ele tem o dom, poder e autoridade para permitir o término da existência terrena das pessoas (CRAIG, 1979).

Ademais, praticamente todas as religiões afirmam que aqueles que se tornam vulneráveis por doença ou deficiência merecem cuidados especiais e proteção, e que o cuidado adequado ao final da vida é algo muito melhor do que a eutanásia (BBC, 2014).

Outros grupos frequentemente afirmam que “[...] os indivíduos não conseguem decidir quando e como eles nascem, portanto, eles não devem poder decidir como e quando eles morrem [...].” (IRISH COUNCIL FOR BIOETHICS, 2017, n.p., tradução nossa).

Muitos dos opositores frequentemente argumentam que, para ter o direito de morrer, primeiro devemos considerar o direito à vida. Assim, o Estado tem que se concentrar principalmente em seus esforços para proteger a vida, bem como cuidar dos pacientes. Portanto, por esse entendimento, “[...] se a eutanásia é legalizada, há uma grave apreensão de que o Estado

se recuse a investir em saúde (trabalhando pelo direito à vida) [...]” (MATH; CHATURVEDI, 2012, p.).

Um exemplo clássico, seria os cuidados paliativos para os pacientes que lutam contra o câncer, neste aspecto, se a eutanásia fosse legalizada, então essas pessoas não poderiam ter acesso a um tratamento realmente bom, porque os investimentos seriam maiores quando comparados com a eutanásia. Assim, o Estado não gastaria muito dinheiro com o tratamento, assumindo que a eutanásia é muito mais barata do que isso.

Além disso, a pesquisa revelou que “o desejo de morte em pacientes terminais está intimamente associado à depressão clínica - uma condição potencialmente tratável - e também pode diminuir com o tempo [...]” (HM et al., 1995, n. p.). Esse é um dos argumentos contrários à eutanásia, uma vez que a mesma poderia ser utilizada como acesso para pessoas deprimidas ou suicidas que desejam terminar suas vidas por meio da eutanásia.

Ainda assim, alguns temem pela possibilidade de interpretação da eutanásia como uma desvalorização da vida daquelas pessoas que possuem alguma incapacidade física ou mental. A eutanásia pode trazer uma mensagem subliminar de rebaixamento a algumas vidas, como as de deficientes físicos, doentes mentais e de idosos.

Outro argumento alternativo dos opositores da eutanásia é o de que se uma pessoa recebe o cuidado certo, no ambiente certo, não deve haver razão para que ela seja incapaz de ter uma morte natural digna e indolor (DINIZ, 2010).

Há que se encarar ainda, a possibilidade de fazer mau uso da Eutanásia para satisfazer os interesses de outras pessoas. Exemplo clássico, seria o de um paciente que se morresse deixaria uma herança milionária, e que os potenciais herdeiros pressionariam para a eutanásia no intuito de acelerar seus quinhões decorrentes da morte do paciente.

Adicionalmente, há relatos de pacientes que optaram pelo cuidado paliativo em que seu maior medo não era a dor física, mas o medo de ser abandonado pela família, pela sociedade ou por ambos.

Além disso, exista também a preocupação de que uma sociedade que permite a eutanásia voluntária irá gradativamente mudar suas atitudes para incluir a eutanásia não voluntária e, por fim, a eutanásia involuntária.

Outro argumento frequentemente utilizado em favor da eutanásia é sobre o sofrimento insuportável. Porém, se tentarmos definir o que é sofrimento insuportável, isso abrirá muitos caminhos para diferentes interpretações. Em outras palavras, qualquer pessoa pode entender seu caso próprio como sofrimento insuportável. É difícil, portanto, justificar afirmando que o sofrimento insuportável de uma pessoa não é digno do sofrimento insuportável de outra pessoa

(YUILL, 2013). Essa ideia de sofrimento insuportável possui uma natureza expansiva em termos de interpretação o que, conseqüentemente, pode ser evocado a título de justificativa para muitos casos onde inexistente um real sofrimento insuportável e/ou onde não se consegue apurar, de fato, essa condição.

Neste viés, a eutanásia deve ser criminalizada, devendo-se optar pelo tratamento disponível e respeitando o ciclo natural da vida, qual seja, nascer, crescer e, por fim, morrer.

2.3 Diretivas antecipadas de vontade

De acordo com Fujimori (2017), as diretivas antecipadas de vontade são necessárias para melhorar a comunicação médico-paciente e oferecer aos pacientes a participação em decisões informadas sobre seus cuidados de forma ética no contexto de doenças graves e limitadoras, citando os efeitos de uma boa comunicação sobre a qualidade do atendimento e a vida. Muitos pacientes com câncer avançado, por exemplo, buscam uma comunicação empática com os médicos.

A comunicação inadequada sobre o prognóstico e as opções de tratamento é comum e está associada a expectativas irreais dos pacientes em relação à curabilidade, fornecimento de tratamento agressivo que não é concordante com os desejos dos pacientes e inscrição no hospital tarde demais para proporcionar benefícios discerníveis. A diretiva antecipada relacionada às conversas e o planejamento antecipado de cuidados geralmente não acontecem ou acontecem no hospital pouco antes da morte do paciente. Para completar as diretrizes antecipadas e preparar um planejamento prévio apropriado, é necessário promover a comunicação empática dos médicos.

Assim, as diretivas antecipadas de vontade são documentos de manifestação de vontade para determinados casos especiais de tratamentos médicos, criado no ano de 1960 nos Estados Unidos da América. Deste gênero são divididas duas espécies quais sejam, testamento vital e procuração para cuidados da saúde (TESTAMENTO VITAL, 2019).

As diretivas antecipadas se justificam essencialmente pela limitação da intervenção médica de caráter não curativo a determinadas situações terminais ou de inconsciência irreversível (SÁNCHEZ GONZÁLEZ, 2010).

Há que se fazer uma rápida distinção entre o instituto das diretivas antecipadas e dos testamentos vitais. Tipicamente, os testamentos vitais – *living will* - instruem o pessoal médico a interromper o tratamento médico quando o paciente estiver em uma condição terminal. Versam sobre os tratamentos médicos que o paciente deseja ou não receber quando em estado

de terminal. São também considerados um tipo e/ou espécie de diretiva antecipada por regularem elementos mais específicos.

Já, as diretivas antecipadas são mais amplas e podem versar sobre a doação de órgãos do paciente em estágio terminal, a constituição de terceira pessoa como representante do paciente para fins de decisões médicas etc. Estes documentos entram em vigor quando o paciente não puder mais tomar e/ou manifestar suas próprias decisões a respeito do tratamento médico (BENNEMANN, 2018). Em outras palavras, são documentos legais em que uma pessoa especifica quais ações devem ser tomadas para a sua saúde, em caso de ela não ser mais capaz de tomar decisões por si mesma por causa de doença ou incapacidade que venha a acometer.

2.4 Filosofia hospice

A quem pertence o direito de decidir pela continuação ou interrupção da vida? Para o Estado ou para o cidadão? Notavelmente, o questionamento levanta discussões calorosas, especialmente quando os argumentos são baseados em perspectivas religiosas, dado o antagonismo entre ciência e religião. No entanto, ao iluminar o embate sobre a vida com a luz emanada dos Direitos Humanos, algumas nuances tornam-se mais evidentes e, conseqüentemente, tendem a delinear uma resposta satisfatória à pergunta provocativa inicialmente feita.

Quando analisamos os sistemas jurídicos de outros países do mundo, pelo menos aqueles com uma sólida base democrática, podemos verificar que em todos eles a vida humana aparece como a mais importante dentre todas as outras coisas. Tanto é que, em torno dela, há proteção emanada dos princípios constitucionais, baseada na própria constituição e disseminada em outras leis.

No entanto, nenhum outro significado pode ser atribuído à expressão proteção da vida humana, que não é sustentada pela possibilidade de uma existência digna. E é a partir do princípio da dignidade da pessoa humana que se pretende construir uma reflexão que permita, se não em todos, pelo menos em parte, a relativização da proteção da vida, justamente para entender a compatibilização desses dois institutos.

Agora, vamos considerar os casos de pacientes que sofrem de doenças crônicas altamente debilitantes, para os quais a medicina não pode fazer nada a favor da cura. Como podemos encontrar uma base teórica (ou razão prática) para prolongar a existência desses indivíduos? Em muitos desses casos, a única coisa a fazer é permitir que o paciente escolha receber a última dose de dignidade existencial, que é o alívio para seu sofrimento.

Nesse sentido, um grande contingente de operadores legais trabalha para construir as bases da chamada filosofia hospice, ou seja, para teoricamente apoiar as potencialidades de escolha do indivíduo nos casos em que a tecnologia não tem poder de cura sobre a doença (DINIZ, 2010). Nestas situações, é dever dos profissionais médicos contribuir para aliviar o sofrimento físico e psicológico dos pacientes. O núcleo de ação dessa concepção filosófica é cuidar, já que a cura permanece fora do escopo médico-tecnológico atual. Assim, “[...] esse cuidado proporciona ao paciente e seus familiares um processo mais humanizado no caminho da morte, sem tratamentos invasivos e agressivos, o que torna o caminho do paciente ainda mais doloroso física e psicologicamente.” (GOUVÊA; DEVAL, 2018, p.58, tradução nossa).

Historicamente, o conceito de *hospice*,

[...] começou durante a idade média, quando os hospícios foram criados como locais de descanso para os peregrinos e outros viajantes. No final do século 19, os hospícios foram designados especificamente para cuidar dos moribundos, primeiro na Irlanda e depois na Inglaterra. O St. Christopher’s Hospice em Londres abriu em 1967 sob a direção do Dr. Cicely Saunders. Enfermeira, assistente social e médica, Saunders desenvolveu e promoveu o moderno movimento de cuidados paliativos para refletir seu compromisso com o cuidado centrado no paciente, o controle da dor, a pesquisa e a educação. A filosofia e prática do programa St. Christopher’s Hospice desde então se espalhou para todos os países do mundo desenvolvido e para muitos países em desenvolvimento. (MEIER et al., 2018, n.p., tradução nossa).

Segundo Maria Helena Diniz (2010), na filosofia hospice, é necessário reconhecer que a morte é um episódio natural do ciclo vital, ou seja, é um fato inegável, que todos nós um dia estaremos mortos, portanto, não se deve prolongar ou antecipar a morte, mas em vez disso devemos encontrar alívio durante o processo de morrer.

A filosofia do hospice vem como uma alternativa à antecipação da morte ou prolongamento da vida. A ideia principal é dar conforto e cuidar do paciente até os últimos segundos de vida.

Da mesma forma, o paciente tem o direito de estar unido aos seus parentes e entes queridos. Deve haver uma equipe interdisciplinar que possa cuidar da dor psicológica, espiritual e física, pois a ideia principal é diminuir a dor que faz o paciente sofrer, dando conforto aos sintomas da doença.

3 Considerações finais

As concepções que privam o indivíduo da soberania e liberdade sobre seu próprio corpo podem assumir diferentes formas, tanto religiosas quanto políticas. Quem é o dono do homem?

Esta é uma questão que deve ser colocada como uma premissa fundamental no debate sobre o uso da eutanásia.

Como nós observamos neste estudo, o termo eutanásia veio da língua grega que literalmente significa boa morte. Portanto, refere-se à ideia de uma morte sem dor ou sofrimento. Assim, o sofrimento de um indivíduo que está em uma situação de dor é reduzido consideravelmente. Além disso, também podemos perceber que essa questão envolve princípios morais e éticos. Pode-se entender que a eutanásia está intimamente ligada ao campo da bioética e do direito.

O objetivo do movimento de eutanásia é, com efeito, a aceitação legal e social da morte sob demanda. Para alguns daqueles que não podem exigir a morte por si mesmos, o movimento garantiria que outros pudessem fazer isso por eles.

Obviamente, a conquista desse objetivo requer mudanças culturais radicais - a aceitação legal e social do suicídio, o suicídio assistido e, até certo ponto, o homicídio criminal. Dadas as restrições legais, sociais e morais profundamente enraizadas no assassinato, os defensores da eutanásia reconhecem, desde cedo, que seu objetivo teria que ser alcançado gradualmente.

Por outro lado, existem aquelas pessoas que são contrárias a eutanásia em qualquer hipótese. Assim, o centro da discussão é sempre a existência humana. Em todo caso, todo esse debate está intrinsecamente ligado à questão da dignidade humana. Portanto, o Estado e a lei devem equilibrar cada caso específico de acordo com suas necessidades.

Referências:

AUSTRALIAN HUMAN RIGHTS COMMISSION. **Euthanasia, human rights and the law**. 2016. Disponível em:< https://www.humanrights.gov.au/sites/default/files/document/publication/2016_AHRC_euthanasia_human_rights_law.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2018.

AVIV, R. **The death treatment: When should people with a non-terminal illness be helped to die?** 2015. Disponível em:< <https://www.newyorker.com/magazine/2015/06/22/the-death-treatment>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

BBC. **Religion and euthanasia**. 2014. Disponível em:< <http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/religion/religion.shtml>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

BENNEMANN, Ana Carolina Kontida. **Diretivas Antecipadas de Vontade: tudo que você precisa saber**. 2018. Disponível em:< <https://pebmed.com.br/diretivas-antecipadas-de-vontade-tudo-que-voce-precisa-saber/>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

CRAIG, William Lane. **The kalam cosmological argument**. Oregon: Wipf and Stock Publishers, 1979.

DE SÁ, Maria de Fátima Freire; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e biodireito**. 4ª ed. Belo Horizonte: DeL Rey Editora, 2018.

DESANCTIS, A. **Assisted-suicide measure takes effect in washington, D.C.** 2017. Disponível em:<<https://www.nationalreview.com/corner/assisted-suicide-takes-effect-washington-dc/>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 7. ed. rev. aum. e atual. São Paulo: Saraiva, 2010.

DURKHEIM, Émile. **Suicide**. New York: Routledge, 2002.

FUJIMORI, M. **ES 06.01 Advanced Directives** — Are They Useful?. 2017. Disponível em:<[https://www.jto.org/article/S1556-0864\(17\)30861-4/fulltext](https://www.jto.org/article/S1556-0864(17)30861-4/fulltext)>. Acesso em: 07 fev. 2019.

GOUVÊA, Gisele Gomes; DEVAL, Rafael Antônio. **O direito de morrer e a dignidade da pessoa humana**. Revista CEJ, Brasília, Ano XXII, n. 75, p. 51-58, maio/ago. 2018.

GUARDIAN STAFF. **Euthanasia and assisted suicide laws around the world**. 2014. Disponível em:<<https://www.theguardian.com/society/2014/jul/17/euthanasia-assisted-suicide-laws-world>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

HM, Chochinov.; KG, Wilson.; M, Enns.; N, Mowchun.; S, Landers.; M, Levitt.; JJ, Clinch. **Desire for death in the terminally ill**. 1995. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7625468>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

HOSPICE PATIENTS ALLIANCE. **Quality of life and quantity of life: not the same**. Disponível em:<<https://hospicepatients.org/hospic32.html>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

IRISH COUNCIL FOR BIOETHICS. **Euthanasia: Your body, your death, your choice?** Disponível em:<http://www.rte.ie/science/euthanasia_leaflet.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2019.

KAGAN, Shelly. **Death**. New Haven and London: Yale University Press, 2012.

LANE, Charles. **Europe's morality crisis: Euthanizing the mentally ill**. 2016. Disponível em:<https://www.washingtonpost.com/opinions/europes-morality-crisis-euthanizing-the-mentally-ill/2016/10/19/c75faaca-961c-11e6-bc79-af1cd3d2984b_story.html?utm_term=.ac0b3fa87777>. Acesso em: 22 dez. 2018.

MARTIN, Leonard Michael. **Eutanásia e distanásia**. Revista do Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1998.

MATH, Suresh Bada. CHATURVEDI, Santosh K. **Euthanasia: Right to life vs right to die**. (2012). Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612319/>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

MEIER, Diane E. et al. **Hospice: philosophy of care and appropriate utilization in the United States**. 2018. Disponível em:<<https://www.uptodate.com/contents/hospice-philosophy-of-care-and-appropriate-utilization-in-the-united-states>>. Acesso em: 07 fev. 2019.

MINOIS, Georges. **History of suicide**: voluntary death in western culture. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press, 2001.

RESOLUÇÃO CFM Nº. 1.805/2006. Disponível em:<
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cFm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 01 mar. 2019.

RESOLUÇÃO CFM Nº. 1.931/09. Disponível em:<
<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

RIBEIRO, Diaulas Costa. **Viver bem não é viver muito**. Revista Jurídica Consulex, Brasília, ano 3, n. 29, v. 1, 1999.

SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel. **Testamentos vitais e diretivas antecipadas**. In: RIBEIRO, Diaulas Costa. (Org.) A relação médico-paciente: velhas barreiras, novas fronteiras. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010.

SHALA, Irena. GUSHA, Kilda. **The debate over euthanasia and human rights**. European Scientific Journal, March 2016 edition. vol.12, No.8. Disponível em:<
<http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/7152/6887>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

SLOAN, Anna Elizabeth. **Euthanasia for children?** (2014). Disponível em:<
<https://core.ac.uk/download/pdf/41339852.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

STONE, Geo. **Suicide and attempted suicide**: methods and consequences. New York: Carroll & Graf Publishers, 1999. Disponível em:<
[http://files.shroomery.org/attachments/8806069Suicide%20and%20attempted%20suicide%20by%20Geo%20Stone%20\[ebook\]\[OCR\]\[alt.suicide.holiday\].pdf](http://files.shroomery.org/attachments/8806069Suicide%20and%20attempted%20suicide%20by%20Geo%20Stone%20[ebook][OCR][alt.suicide.holiday].pdf)>. Acesso em: 07 nov. 2018.

SZASZ, Thomas. **The second sin**. Garden City, New York: Anchor Press Doubleday & Company, Inc., 1973. Disponível em:<
https://equalityfiles.files.wordpress.com/2013/12/thomas_szasz_the_second_sin.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

TESTAMENTO VITAL. **Diretivas antecipadas**: diretivas antecipadas de vontade, testamento vital e procuração para cuidados médicos. Disponível em:<
<https://testamentovital.com.br/diretivas-antecipadas/>>. Acesso em: 28 fev. 2019.

YUILL, Kevin. **Assisted suicide**: the liberal, humanist case against legalization. New York: Palgrave Macmillan, 2013.