

# SérieAnis

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

## A DESPENALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA PASSIVA: O CASO COLOMBIANO

Debora Diniz<sup>1</sup>

Há pouco mais de um ano, noticiou-se que a Colômbia seria, seguindo o exemplo holandês, o segundo país do mundo a despenalizar um tipo específico de eutanásia. As notícias, assim como por ocasião da despenalização da eutanásia ativa na Austrália e o posterior retrocesso da lei ou mesmo o caso do estado de Oregon nos Estados Unidos, foram veiculadas de uma maneira profundamente confusa. Falou-se em descriminalização plena da eutanásia, confundiu-se eutanásia ativa com passiva, comparou-se a decisão da corte colombiana à medicina nazista e chegou-se, até mesmo, ao absurdo de alguns analistas avaliarem o caso a partir da "cultura da violência" que impera na Colômbia. Esta "confusão" conceitual, e mais ainda moral, não foi devida apenas à superficialidade da mídia no trato dos conceitos jurídicos e bioéticos da sentença colombiana, mas também ao fato de o preciosismo conceitual superar, algumas vezes, os limites do compreensível.

À título de exemplificação do vocabulário bioético sobre a eutanásia, falamos em eutanásia ativa, eutanásia passiva, eutanásia ativa voluntária, eutanásia ativa involuntária, eutanásia passiva voluntária, eutanásia passiva involuntária, distanásia, ortotanásia, suicídio assistido, métodos ordinários, métodos extraordinários, métodos artificiais, somente para ficarmos entre os mais comuns e aqueles citados pela sentença colombiana (para uma definição satisfatória dos conceitos vide Laceywell, 1987 e Leonard-Taitz, 1992). Este preciosismo conceitual, apesar de nos soar exagerado, não é apenas uma tentativa de demarcar territórios por meio da recriação de termos, exercício muito comum às novas disciplinas, como é o caso da bioética. Mais do que lutar pelo reconhecimento de autoridade, os diferentes conceitos procuram dominar as sutilezas de uma prática que, certamente devido ao fato de sua natureza-limite lidar com as fronteiras da vida, está dentre as mais delicadas da bioética. Assim, apesar da reconhecida turbulência conceitual que impera no debate sobre a eutanásia, a confusão presenciada por ocasião da divulgação do caso colombiano foi, antes de tudo, uma reação moral. Temos uma cultura que lida ambiguamente com a morte. E a discussão sobre a eutanásia, ou mais propriamente sobre a morte, está em meio a questões delicadas do tipo: *a quem a vida pertence? e em que medida os seres humanos podem reclamar um direito à morte digna por meios não "naturais"?* Assim, usaremos o exemplo colombiano não apenas como uma ilustração jurídica, mas para, por meio dele, tentar apontar as diferenças conceituais e práticas em torno da eutanásia.

Em maio do ano passado, a corte colombiana decidiu, por seis votos favoráveis e três contrários, a exclusão de penalidade para os médicos que cometessem a "eutanásia piedosa" permitindo ao paciente uma "morte digna". "Eutanásia piedosa" e "morte digna" foram dois termos utilizados pelos magistrados no decorrer da sentença que, acrescida aos debates e pedidos de revisão, extrapolou as 150 páginas, constituindo um dos documentos mais representativos sobre o tema. Por "eutanásia piedosa" e "morte digna", a corte entendeu o que, tradicionalmente na bioética, denominou-se por eutanásia passiva voluntária, ou seja, a eutanásia praticada pelo médico, a pedido do paciente, em casos de terapia sem prognóstico, e que a retirada e/ou o não-uso do tratamento implicaria na morte. Alguns autores preferem denominar este tipo de eutanásia como "retirada dos métodos extraordinários de sustentação da vida". Outros preferem falar em "deixar a morte natural seguir seu curso". Todos esses argumentos, de alguma forma, se apresentam frágeis, especialmente se os avaliarmos a partir de uma lógica englobante que busque compreender todas as situações eutanásicas. Por exemplo. A diferenciação entre tratamentos ordinários e extraordinários é contextual, uma vez que, a princípio, todos os tratamentos são, em alguma medida, extraordinários, considerando-se a saúde como o referencial. Desde uma virose simples até casos infecciosos graves, se não houver um tratamento médico adequado, provavelmente, "o ciclo natural" será o de enfraquecimento da saúde do paciente ou mesmo de condução do mesmo à morte. O que se contrargumenta, no entanto, é que o conceito de extraordinário refere-se aos "tratamentos inúteis" ou "fúteis", uma vez que não implicariam em uma mudança do quadro clínico do paciente, mas apenas em um prolongamento da doença e da vida biológica. Mas o que vale a pena reforçar com esta breve observação é que, em tempos de medicina tecnológica, há pouco espaço para falarmos em "deixar a morte seguir seu rumo natural", uma vez que este argumento é nulo para todas as outras situações de vida, excetuando-se a da eutanásia passiva. Este é um argumento mais moral do que técnico (considerando ser possível fazer uma diferenciação como esta na bioética), uma vez que a responsabilidade pelo homicídio estaria na natureza e não em um agente humano identificável, como por exemplo o médico.

Voltando ao caso colombiano, a corte optou, então, por excluir a punibilidade nos casos de eutanásia voluntária passiva que estivessem de acordo com os limites estabelecidos pela sentença. Esta é uma discussão que já encontra eco entre os estudiosos da eutanásia. Enquanto o debate em torno da eutanásia ativa (seja ela voluntária ou não) ainda apresenta enorme resistência entre os bioeticistas (vide Kass, 1996; Task Force on Life and Law, 1993; Pellegrino, 1993), o da eutanásia passiva (pela retirada de mecanismos de sustentação da vida ou pela negativa de

# SérieAnis

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

tratamentos), hoje, mais do que uma discussão comum entre os bioeticistas, é prática corrente entre os hospitais não apenas colombianos, mas de todo o mundo. No entanto, apesar de difundida, a eutanásia passiva é uma prática silenciosa e muitas vezes não considera um dos pontos-chaves da sentença colombiana: a exigência do respeito à vontade do paciente. Dentre as regulamentações enumeradas pela corte colombiana para a implementação da prática da “eutanásia piedosa”, a mais importante e a resultante de um dos mais acalorados debates foi a que determinou a **obrigatoriedade da consulta informada ao paciente consciente**. O respeito à autonomia do paciente — uma autonomia fruto de um processo rigoroso de informe das possibilidades terapêuticas, do prognóstico, da consulta a mais de um profissional de saúde, ou seja, o respeito à manutenção da dignidade — foi uma das peças-chave da sentença. Ao invés de buscar suporte filosófico em uma autonomia de tradição liberal, no estilo da bioética norte-americana (especialmente da teoria principialista), a sentença colombiana preferiu referir-se à solidariedade, ao altruísmo, ao respeito e à dignidade entre iguais. Diferentemente da eutanásia involuntária (aquela que ocorre em casos onde o paciente não se pronuncia ou é incapaz de fazê-lo ou, mais seriamente, não deseja a eutanásia), onde a tônica da prática é um desprezo pelo paciente, a eutanásia voluntária, defendida pela corte colombiana, considerou a solidariedade pelo sofrimento o argumento central na decisão favorável à despenalização. Por isso, a referência ao sofrimento do paciente, fator decisivo para a realização da “eutanásia piedosa”, é constante na sentença. Como resultado disto, subentende-se do argumento sentencial, e mais ainda das discussões posteriores, que nos casos terminais, sem prognóstico, mas em que o sofrimento estiver ausente, a “eutanásia piedosa” poderá ser vetada. Os casos de exclusão de pena por homicídio (e a corte considera a eutanásia um tipo de homicídio e desta maneira a ela continuamente se refere) são restritos aos casos-limites em que a medicina paliativa esgotou os seus recursos. O paciente sofre, não tem prognóstico e solicita autonomamente a “morte digna”. “Morte digna”, na sentença, tornou-se, portanto, sinônimo de morte derivada de eutanásia passiva pelo não-prolongamento de tratamentos inúteis em casos de doenças terminais com sofrimento intenso e incontrolável.

Além do respeito à vontade do paciente — na sentença, o paciente é denominado como sujeito “passivo” face ao sujeito “ativo” que é o médico — outro ponto interessante da sentença é o reconhecimento da eutanásia como uma prática homicida. O texto oficial e seus desdobramentos, ao invés de higienizarem o termo “homicídio” (um exercício de retórica comum nos estudos bioéticos e entre os defensores da eutanásia), enfrentam-no em todos os seus limites. A

sentença tornou-se, por isso, uma compilação de argumentos jurídicos, filosóficos e bioéticos que defende o direito à vida e reforça o papel do Estado democrático na sua manutenção. Mas reconhece, também, uma possibilidade em que este direito à vida não pode ser absolutizado. Admite-se, portanto, a sacralidade da vida, mas não sua intocabilidade ou, mais propriamente, sua santidade. Os magistrados que se pronunciaram por ocasião da promulgação da sentença transferiram a discussão dos limites do uso da autonomia individual face o coletivo para o campo da solidariedade, com argumentos baseados na dignidade humana, no respeito ao sofrimento ou mesmo na piedade, pois, para eles, a simples referência à autonomia do paciente não seria justificativa suficiente para a não-penalização de um homicídio. O resultado jurídico desta substituição de argumentos — da autonomia individual pela solidariedade coletiva — foi a legitimação, ou mais propriamente a despenalização, da ação do médico, o “sujeito ativo” da eutanásia, como homicida.

Assim, caso fosse possível resumir o núcleo jurídico da sentença a uma única pergunta, arriscaria a seguinte: “como legitimar um homicídio?”. Diferente de um ato suicida, onde o desejo e a ação individuais são levadas ao seu limite, o ato homicida, mesmo o do homicídio piedoso, exige o estabelecimento de uma relação social, seja entre homicida e vítima, entre “sujeito ativo” e “passivo”, ou simplesmente entre médico e paciente. Com a transferência de campos, da autonomia para a solidariedade, o argumento da santidade da vida para os casos de eutanásia passiva enfraqueceu-se. Na sentença, tornou-se praticamente consensual a sacralidade da vida, mas não sua intocabilidade. Admitiu-se explicitamente que por tratar-se da Colômbia — um Estado democrático, laico e com uma pluralidade de crenças morais — seria grosseiro fornecer uma resposta única à pergunta *a quem a vida pertence?*, uma vez que para ela haveria uma diversidade de respostas. Como consequência, reconheceu-se o direito individual de decisão no que toca a autoridade sobre a própria vida: se a vida pertence ao indivíduo, se a sua família ou se a alguma entidade superior. Para todas as possíveis soluções, a despenalização da eutanásia passiva não seria ofensiva, uma vez que não se sentenciou a obrigatoriedade da mesma em casos de sofrimento intenso. O que a sentença indiretamente também determinou foi que, para aqueles que consideram a vida santa e, portanto, não passível de determinação individual, lhes seria preservado o direito de mantê-la até quando o desejassem. A novidade da sentença, no entanto, foi o reconhecimento da autodeterminação quanto ao fim da vida. Um direito limitado, é claro. Mas a inovação foi exatamente este passo. O reconhecimento da sacralidade da vida, mas não de sua intocabilidade. O passo seguinte, portanto, foi a regulamentação da ação social necessária para que os que optam pelo fim da vida em casos-

# Série Anis

Bioética • Ética • Feminismo • Gênero • Direitos Humanos • Justiça • Desenvolvimento Social

limites não transformem o "agente ativo" em homicida. Por isso, além da exclusão de punibilidade para os casos de homicídio piedoso, foram enumerados os critérios jurídicos necessários para a condução da eutanásia passiva que, *grosso modo*, seguem a experiência holandesa (dois ou mais médicos, tratamento de depressão, continuidade do pedido a morte, entre outros) (Admiraal: 1996).

Se o passo dado pela corte colombiana pode ou não ser copiado pelo Brasil, este é um assunto passível de uma cuidadosa avaliação. No Brasil, a proposta de exclusão de ilicitude que está em discussão coordenada pelo Ministério da Justiça, disponível em um site da internet até o final do mês de agosto deste ano, procura também avançar na eutanásia passiva em uma linha semelhante à estabelecida pela Colômbia. A grande diferença, no entanto, é que, no caso brasileiro, a exclusão de ilicitude prevê que, na ausência do consentimento do paciente, em casos de doenças terminais, com sofrimento intenso e impossibilidade de mudança do quadro clínico, o consentimento poderia ser dado pela família. Considero esta extensão do consentimento aos familiares do paciente uma abertura desnecessária, especialmente sendo este o primeiro passo jurídico brasileiro acerca da temática. Infelizmente, de acordo com o que foi noticiado pela mídia, em final do mês agosto, o ministro da justiça optou por vetar qualquer discussão sobre o tema por considerá-lo polêmico o suficiente para provocar distúrbios inesperados em tempos de eleição.

## Referências Bibliográficas

ADMIRAAL, Pieter. "Euthanasia and Assisted Suicide". Em: THOMASMA, David & THOMASINE, Kushner. *Birth to Death: Science and Bioethics*. Great Britain. Cambridge Press. 207-217.

Documento elaborado por The Members of Task Force on Life and the Law. 1993. 180pp.

Íntegra da sentença e comentários da Corte colombiana. 1997. Mimeo. 158pp.

LACEWELL, Linda A "A Comparative View of the Roles of Motive and Consent in the Response of the Criminal Justice System to Active Euthanasia". Em: *Med. Law* (1987)6:449-463.

LEONARD-TAITZ, Jérôld. "Euthanasia, the Right to Die and the Law in South Africa". Em: *Med. Law* (1992)11:597-610.

PELLEGRINO, Edmund D. "Compassion Needs Reason Too". Em: *Journal of the American Medical Association*, 270(7), 1993:874-5.

---

<sup>1</sup> Debora Diniz é pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética (NEPeB) da Universidade de Brasília. <d.diniz@anis.org.br>

\*Este artigo foi publicado originalmente no *Jornal Medicina*:

**Jornal Medicina.** Brasília - DF. Outubro de 1998.

**Bibliotecária Responsável:**  
Kátia Soares Braga (CRB/DF 1522)

**Jornalista Responsável:**  
Fabiana Paranhos (DRT/DF 2496)

**Tiragem:**  
50 exemplares

**Serviço Editorial:**  
Editora LetrasLivres  
Caixa Postal 8011  
CEP 70.673-970  
Brasília-DF Brasil  
+55 61 343 1731  
letraslivres@anis.org.br