

CASO TERRI SCHIAVO: REFLEXÕES SOBRE A MORTE*

TERRI SCHIAVO CASE: REFLEXIONS ABOUT DEATH

**Camila Castanhato
Thiago Lopes Matsushita**

RESUMO

Presente ensaio trata de um caso verídico, ocorrido nos Estados Unidos da América e que teve seu final em 2005.

Terri Schiavo era uma norte-americana que vivia há muitos anos em estado vegetativo persistente e que, em 2005, a Suprema Corte do estado da Flórida determinou fossem retiradas as sondas de hidratação e alimentação que a mantinham viva.

Com base nesse caso concreto, analisa-se os princípios bioéticos – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça - sobretudo no que tange a uma importante face da vida, a morte. Bem como estuda-se as diferentes formas de supressão ou manutenção da vida: suicídio assistido; eutanásia; ortotanásia e distanásia.

Outros importantes temas relacionados com a morte também são desenvolvidos, como os “testamentos de vida” e as “procurações para as tomadas de decisão em questões médicas”.

PALAVRAS-CHAVES: PALAVRAS-CHAVE: TERRI SCHIAVO; MORTE; EUTANÁSIA; PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

ABSTRACT

This paper is about a true case, which took place in the United States and came to an end in 2005.

Terri Schiavo was a North American who lived for many years in persistent vegetative state. In 2005 the Supreme Court from the state of Florida decided to have the hydration and feeding tubes that kept her alive withdrawn.

Based on this case, we analyze the bioethical principles - autonomy, beneficence, non-maleficence and justice - especially regarding an important aspect of life, death. We also study the different forms of suppression or manutation of life: assisted suicide, euthanasia, orthothanasia and dysthanasia.

Other important issues related to death are also developed, such as "wills of life" and "by-laws for the decision-making on medical issues."

KEYWORDS: KEY-WORDS: TERRI SCHIAVO; DEATH; EUTHANASIA; BIOETHICAL PRINCIPLES.

* Trabalho publicado nos Anais do XVII Congresso Nacional do CONPEDI, realizado em Brasília – DF nos dias 20, 21 e 22 de novembro de 2008.

Introdução

Em 25 de fevereiro de 1990, devido à falta de alimento, a norte-americana Terri Schiavo teve o que os médicos chamam de “hipocalemia severa”, o que significa diminuição de potássio no sangue. Dessa redução decorreu-lhe um ataque cardíaco. Desse ataque restou-lhe uma “encefalopatia hidróxico-isquêmica”, o que traduzindo significa diminuição de fluxo sanguíneo cerebral. A falta de sangue em seu cérebro acarretou-lhe a condição de estado vegetativo persistente.

Terri foi submetida a terapias tradicionais e experimentais durante três anos. Findo esse período, Michael Schiavo, marido e representante legal de acordo com a lei do Estado da Flórida, convenceu-se de que o estado vegetativo de sua esposa era irreversível. A partir de então se iniciou uma verdadeira guerra judicial, midiática e emocional entre o marido e os pais de Terri, a família Schindler.

Os pais não aceitaram o diagnóstico de irreversibilidade do estado de Terri. Acreditavam em tratamentos de reabilitação adicionais. Entendiam que a filha ainda mantinha certa consciência. Passaram doze anos na justiça lutando para mantê-la viva.

O marido, alegando que Terri não gostaria de ter a vida prolongada nessas condições, brigou os mesmos doze anos por uma autorização judicial para desligar a sonda de alimentação que mantinha a esposa viva. Entendia que esta seria uma morte boa, posto que os médicos afirmavam que ela nada podia sentir no estado vegetativo em que se encontrava.

Pela mídia, que entrou no caso a partir de 1994, o marido foi acusado de defender interesses próprios, não só financeiros, mas também emocionais, uma vez que já havia contraído novo matrimônio, do qual já decorriam dois filhos como fruto. Já a família foi acusada de lutar apenas por seus próprios desejos e valores e não os de Terri.

No estado norte-americano da Flórida, não existe consenso se é melhor para o paciente manter ou não a alimentação tubular. Sendo assim, faz-se necessário perquirir a vontade do enfermo. Mas como nesses casos o paciente está inconsciente, a vontade é perguntada aos parentes mais próximos.

Nesses termos foi a decisão judicial do caso. Após 15 anos vivendo em estado vegetativo persistente, depois de 12 anos de disputa judicial entre a família e o marido de Terri, a Suprema Corte da Flórida manteve a decisão das instâncias inferiores do Estado e consentiu com a remoção da sonda de alimentação.

Em 18 de março de 2005 o tubo que servia para hidratação e alimentação de Terri Schiavo foi retirado. Treze dias depois ela morreu de sede e fome.

Com a apresentação do histórico do caso, não se pode furtar à origem dos estudos apontados no presente trabalho, que é a Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, reconhecida pelo vanguardismo no tratamento dos direitos humanos, conforme bem lembrou a Professora Flávia Piovesan, “Os Professores Elizabeth Nazar Carrazza e Celso Antônio Pacheco Fiorillo, então diretora e vice-diretor

da Faculdade de Direito da PUC/SP, também exerceram um papel fundamental na realização desta tese, por insistirem na necessidade de implantar o ensino de Direitos Humanos no âmbito da Faculdade de Direito da PUC/SP, sendo justo lembrar que desde 1990 os professores Silvia Pimentel e Celso Campilongo já organizavam o primeiro curso de extensão universitária sobre o tema” (PIOVESAN, 2007, XIII).

Alguns anos depois da instalação da referida cadeira, a PUC/SP teve o privilégio de aprovar o primeiro professor titular em direitos humanos do país, Wagner Balera, oriundo da área de direito previdenciário que não mais obtinha suas respostas na análise técnico-aritmética das relações previdenciárias e foi buscar nos direitos humanos essas respostas.

Na mesma esteira de liderança a professora Maria Helena Diniz, em suas turmas de mestrado e doutorado da mesma Universidade, no fim do século passado iniciou os estudos de bioética e biodireito, tão propagados no Brasil e no mundo.

Entretanto, os delineamentos aqui singelamente apresentados estão sendo torneados pelos professores dos estudos pós-graduados, mormente por nossos orientadores das pesquisas em nível de mestrado e doutorado, professores Maria Garcia e Ricardo Sayeg.

É com esse espírito puquiano que muito nos dignifica e inspira é que apresentamos o presente ensaio.

1. “Testamento de Vida” e “Procuração para a tomada de decisões em questões médicas”

A história de Terri podia ter sido diferente se ela tivesse feito, antes do incidente que a deixou em estado vegetativo, um “Testamento de Vida” ou uma “Procuração para a tomada de decisões em questões médicas”.

Trata-se de documentos onde o indivíduo expressa, com antecedência: (i) no “Testamento de Vida”, a que tipo de procedimentos médicos deseja ou não se submeter; (ii) na “Procuração para a tomada de decisões em questões médicas”, a quem outorga o poder de decisão em situações sobre a vida e a morte, caso esteja em situação que o impossibilite de tomar suas próprias decisões.

Nos Estados Unidos todos os estados aceitam alguma dessas formas de documento. Entretanto, ainda existe uma grande superstição por parte da população em assinar esses documentos, não obstante acharem importante que os médicos respeitem a vontade dos enfermos.

“Uma pesquisa realizada em 1991 informava que 87% dos entrevistados acreditavam que se deveria exigir ou permitir que os médicos retirem o suporte vital se o paciente tiver assinado um testamento de vida com essa determinação; outra pesquisa, porém, informava que somente 17 % dos entrevistados haviam assinado esse tipo de testamento, pois muitos desconhecem a forma exata de redigi-lo ou são demasiados supersticiosos ou sensíveis para assinar um documento em que pedem para morrer”. (DWORKIN, 2003, p. 253)

Além dos Estados Unidos, os testamentos de vida são documentos válidos e aceitos na Dinamarca, no Canadá, no Japão e em Cingapura. O Parlamento inglês tem discutido se aceita ou não desde 1992. Mas a verdade é que para a maioria dos países europeus, esses documentos não são legalmente reconhecidos.

No Brasil, não existe lei federal que discipline sobre o assunto. Mas no estado de São Paulo a lei 10.241/99, em seu artigo 2º, VII, faculta ao enfermo “consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados”. Referida lei é conhecida por “lei Mário Covas”, nome do Governador que a sancionou e que, por ironia do destino, veio ele próprio a se utilizar para poder morrer em casa, entre seus entes queridos, como era de sua vontade, e não em uma UTI gélida e cercada de especialistas anônimos.

2. Princípios bioéticos

2.1. Bioética e Biodireito

O direito à morte digna é assunto que suscita diversos questionamentos ético-jurídicos, sobretudo face as novas tecnologias desenvolvidas para o tratamento de doenças e o prolongamento da vida.

As questões éticas e jurídicas que circundam o assunto são estudadas pelo que conhecemos hoje por “Bioética” e pelo “Biodireito”.

Bioética é a ciência que estuda as questões de cunhos éticos, filosóficos e morais que envolvem os aspectos da vida em geral, principalmente face às novas tecnologias desenvolvidas pela biomedicina.

Biodireito é o ramo da ciência que veio dar um tratamento jurídico (posto ser este indispensável) às questões tratadas pela bioética.

Tanto a bioética quanto o biodireito têm como objeto de estudo a vida e, conseqüentemente, a morte.

O paradigma que norteia todo e qualquer estudo nessas áreas do conhecimento é o da Dignidade da Pessoa Humana, ao passo que abarca ao mesmo tempo o homem e a moral. Trata-se de princípio que fundamenta o próprio direito, sustentando, contudo, todos os demais direitos humanos. Maria Garcia apresenta o seguinte conceito: “A dignidade da pessoa humana corresponde à compreensão do ser humano na sua integridade física e psíquica, como autodeterminação consciente, garantida moral e juridicamente”. (2004, p. 211)

Kant, importante filósofo do século XVIII, diz que devemos tratar a humanidade como um fim em si mesmo e nunca como um meio. Ademais, explica que existe uma grande diferença entre aquelas coisas que têm preço, e que, portanto, podem ser substituídas, e aquelas coisas que não têm preço, e que no caso, são portadoras de dignidade, que é um valor em si mesmo. Humanidade e moralidade são coisas que não têm preço. (Apud

GARCIA, 2004, p. 197). Ademais, para Kant, vale a máxima categórica “age de tal forma que tua conduta possa ser tomada como lei universal”.

A filosofia contemporânea de Karl-Otto Apel e Jürgen Habermas, professores da Universidade de Frankfurt, chamada “ética discursiva”, muito diz sobre essas questões atuais da bioética e biodireito. De acordo com eles, “uma norma será válida quando todos os afetados por ela puderem aceitar livremente as conseqüências e efeitos secundários que se seguirem, previsivelmente, do seu cumprimento geral para a satisfação dos interesses de cada um”. (Apud Grande, 1997, p. 53, tradução livre).

Desta feita, se o objetivo é satisfazer as obrigações morais universais, faz-se necessário substituir o tradicional modelo liberal de contrato – onde se negociam interesses individuais e do grupo – por um modelo fundado na comunicação e no discurso.

Trazendo a teoria de Apel e Habermas para o caso Terri Schiavo, pode-se concluir que uma decisão de vida ou morte, seja ela como for, deve ser discutida por todos os interessados. Quando se diz todos, é devido ao fato de que a morte é tema inevitável a qualquer ser humano. Sendo assim, é preciso perguntar: É consenso de todos ser digno morrer lentamente de fome e de sede?; É consenso de todos que a melhor morte é aquela rápida e indolor?; Existe consenso sobre a morte? etc

A ética racional do discurso, na qual um reconhece e respeita o argumento do outro é a mais importante contribuição do racionalismo filosófico contemporâneo na constituição de uma ética universal. Somente através de um discurso aberto, democrático e sincero é possível solucionar questões como as que se apresentam neste trabalho

Cabe-nos perquirir quais são os princípios bioéticos norteadores do estudo dessas novas ciências. Para a maioria da doutrina são quatro princípios: da autonomia; da beneficência; da não-maleficência e; da justiça.

Esses princípios foram definidos no Relatório de Belmont, em 1978, nos Estado Unidos da América.

2.2. Princípio da Autonomia

O princípio da autonomia reza que seja respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal, levando-se em conta, na medida do possível, suas próprias convicções religiosas e morais. Esse princípio privilegia a capacidade de autogoverno do indivíduo.

De acordo com Francisco Vieira Lima Neto (1997, p. 78) o princípio da autonomia é também conhecido com “Princípio do Respeito pelas Pessoas”, e abarca dois importantes entendimentos: 1º. As pessoas são entes autônomos; e, 2º. As pessoas cuja autonomia esteja diminuída devem ser objeto de proteção.

Os testamentos de vida e as procurações para tomada de decisões, tratadas no item anterior, são bons exemplos de respeito a esse princípio.

2.3. Princípio da Beneficência

O princípio da beneficência tem origem na tradição de Hipócrates, considerado o “pai da medicina”. Preceitua que o médico somente pode praticar o bem ao paciente, nunca praticar-lhe dano ou mal.

Segundo Maria Helena Diniz:

“(…) esse princípio não aponta os meios de distribuição do bem e do mal, apenas pede que se promova aquele, evitando-se este. Se se manifestarem exigências conflitantes, o mais que se poderá fazer é aconselhar que se consiga a maior porção possível de bem em relação ao mal”. (2002, p. 16)

2.4. Princípio da não-maleficência

O princípio da não-maleficência é o desdobramento do princípio anterior, uma vez que impõe o dever de não causar mal ao paciente intencionalmente.

Alguns autores como, por exemplo, Francisco Vieira Lima Neto (1997, p. 47), defendem que são somente três os princípios bioéticos. Isso porque incluem este princípio da não-maleficência como outro aspecto do princípio da beneficência.

2.5. Princípio da Justiça

O princípio da justiça “exige uma relação equânime nos benefícios, riscos e encargos, proporcionados pelos serviços de saúde ao paciente”. (DINIZ, 2002, p. 17)

2.6. Considerações

Maria Garcia correlaciona muito bem esses princípios:

“(…) o *princípio da não-maleficência*, designa a obrigação de não infligir dano ou mal e também, de maneira positiva, fazer o que está indicado pois a omissão também produziria dano; o *princípio da beneficência* refere-se a realizar o bem, um benefício somente compreensível à luz dos valores do indivíduo e, portanto, vinculado ao *princípio da autonomia*, que aponta à capacidade do ser humano de, livremente, tomar decisões e que se torna efetivo habitualmente mediante o consentimento informado. Somente deste modo pode evitar-se a atitude paternalista de tomar decisões para o bem de outrem sem levá-lo em conta. Finalmente, posto que a relação sanitária e, em geral, toda relação humana ocorre no âmbito da sociedade e instituições, recorre-se a um *princípio de justiça* que veicula as obrigações derivadas da pertença a um grupo”. (2004, p. 157/158)

No caso específico tratado neste ensaio, pode-se entender que o princípio da autonomia foi respeitado, afinal, foi o marido de Terri, seu parente e representante legal, quem optou pela interrupção da sonda de alimentação. Entretanto, quanto ao princípio maior da dignidade da pessoa humana, paradigma dos demais princípios, entende-se que Terri não foi respeitada. Isso porque demorou exatos treze dias para morrer de fome e de sede. Isso não parece coadunar com os princípios bioéticos da beneficência (fazer o bem) e da não-maleficência (evitar o mal). Passar treze dias de agonia para morrer parece mais com tortura do que com respeito à dignidade da pessoa humana.

3. Apontamentos sobre vida e morte

No direito brasileiro o direito à vida integra a pessoa até sua morte. É direito de todos, sem distinção, inclusive portadores de doenças físicas ou psíquicas. Segundo Maria Helena Diniz pertence também as pessoas “que estejam em coma ou que haja manutenção do estado vital por meio de processo mecânico” (2002, p. 22).

Ronald Dworkin entende que a vida tem um valor sagrado e inerente, e que nossas escolhas devem respeitar, o quanto possível, esse valor que é sagrado.

Maria Helena Diniz questiona: “Se não há condições de vida digna, como assegurar uma morte digna?” (2002, p.318)

Longe da pretensão de discutir se viver em estado vegetativo persistente é digno ou não, mesmo porque, como dizia o filósofo francês Albert Camus, na obra “O mito de Sísifo: “o único problema filosófico realmente sério é julgar se a vida é digna ou não de ser vivida”. (Apud ALVES, 1985, p.19)

O que se questiona é se o modo como se procedeu à morte de Terri foi digno ou não.

É correto deixar alguém morrer de inanição? Não seria a alimentação um direito básico de todo e qualquer ser vivo, seja ele humano ou não?

Acompanhamos, ademais, Maria Helena Diniz na indagação: “O direito ao respeito à dignidade humana não requereria a ausência de qualquer tratamento desumano, violento ou vexatório?” (2002, p. 318)

Sabe-se que em sociedades primitivas era comum matar os membros da comunidade que não mais eram capazes de contribuir para a produção do grupo. Robert Weaver Shirley (1987, p. 10/12) bem coloca a questão dos esquimós do Alasca, Canadá e Groelândia, onde “os indivíduos que não podem mais produzir ou caçar não devem comer”, e ainda, esperava-se das pessoas consideradas inúteis para a sociedade, que se matassem.

Cabe ressaltar, entretanto, que as sociedades primitivas cultuam esses costumes, porque as bases econômicas assim exigem. As condições climáticas são deveras severas para a manutenção do homem.

Mas como ficam os costumes nas sociedades desenvolvidas e civilizadas? Será que esses mesmos postulados econômicos vigoram? Seria legítimo não respeitar a dignidade da pessoa humana em condições não tão adversas?

O pensamento desenvolvido na Escola de Chicago, por volta da metade do século passado, propalada pelos estudos de Brue e Posner, foi denominada de Análise Econômica do Direito, onde se faz a busca da máxima eficiência econômica das atividades hodiernas, aplicada nos países regidos pela economia de mercado.

Esse pensamento é inspirado em Adam Smith (SMITH 1994), que na aplicação de sua “mão invisível”, trouxe a máxima de que: “Não é da benevolência do açougueiro, do cervejeiro ou do padeiro que esperamos nosso jantar, mas da consideração que eles têm pelo seu próprio interesse”. Contextualizado aqui por Ricardo Sayeg (Trabalho de Livre-docência aguardando defesa):

O mundo se abre para a economia de mercado e retoma-se a aplicação concreta das teorias liberais econômicas de Adam Smith e David Ricardo, sob a idéia de que, dentro da comunidade, cada um agindo em favor dos seus interesses individuais, sem consideração com o outro, tem maior eficiência e, ao final das contas, acaba agindo naturalmente em prol do interesse coletivo. Para esse pensamento o atrito entre todos tem por resultado implicar uma natural acomodação econômica, onde a eficiência prevalecerá. É desdobramento da lei da seleção natural de Darwin, onde sobrevive o mais apto e a evolução pressupõe o descarte do ineficiente, assim, determinando sua manifesta tendência de exclusão social e intolerância à pobreza. Daí se sustentar a função social do individualismo e hedonismo, embora, não haja como deixar de reconhecer que a aplicação efetiva desse pensamento produz melhores resultados econômicos no seu aspecto matemático-monetarista.

O que não se pode olvidar é que esse melhor resultado matemático-monetarista, não implica diretamente na preservação da dignidade do ser humano, e, no presente caso, em se optando pelo descarte de um ser humano, estar-se-ia fazendo uma escolha trágica.

4. Suicídio Assistido; Eutanásia; Ortotanásia; Distanásia

A questão da morte traz à tona três formas de supressão e uma de prolongamento da vida: suicídio assistido, eutanásia, ortotanásia e distanásia.

4.1. Suicídio assistido

Trata-se de modalidade de morte pela qual esta advém de ato praticado pelo próprio paciente, orientado ou auxiliado por um terceiro, médico ou não.

É prática institucionalizada tanto na Suíça quanto na Holanda, onde o procedimento se dá pela aplicação de injeção letal em dose única.

Longe de defender a prática do suicídio assistido, mas apenas a título de comparação, não seria menos cruel e mais humanista uma morte rápida e sem dor, a uma morte lenta e sofrida como é a decorrente da falta de alimentação e água? Mesmo que seja verdade que os pacientes em estado vegetativo persistente não sintam dor, como fica a dor dos parentes em ver seu ente querido definhando desidratado e desnutrido?

Na obra “A Divina Comédia”, clássico de Dante Alighieri, o autor narra um episódio, em sua passagem pelo Inferno, em que o conde Ugolino della Gherardesca é trancado com dois filhos e dois netos, numa torre de Pisa, pelo arcebispo Ruggierivemos. O conde vê, um a um de seus filhos, sofrer com a morte por inanição. É uma passagem singularmente chocante e de grande aflição a agonia passada por este pai/avô. (2001, p. 217/222, Canto XXXIII)

Nos Estados Unidos ficou famoso o caso do Dr. Jack Kevorkian, o famigerado “Dr. Morte”, que era patologista no estado do Michigan e inventou uma máquina do suicídio. Tratava-se de uma máquina de eletrocardiograma que podia ser acionada pelo próprio paciente: 1º. Uma vez acionado o dispositivo, a máquina injetava uma substância anestésica que levava o indivíduo à inconsciência; 2º. Automaticamente, após o anestésico, a máquina injetava a substância letal de cloreto de potássio que ocasionava a paralisia do coração.

O “Dr. Morte” foi condenado em seu Estado a vinte e cinco anos de prisão pela morte de Janet Atkins, uma paciente sua, que utilizou a máquina da morte por ele desenvolvida, mas que antes, deixou um depoimento gravado informando que esta era uma decisão consciente sua.

O “Dr. Morte” auxiliou uma paciente consciente de sua decisão de morrer de forma rápida e indolor. No caso de Terri Schiavo, foi o próprio Estado que ordenou sua morte, não de forma rápida e indolor como o aplicado pela máquina da morte, mas de forma lenta, cruel, dolorosa, e nem ao certo se sabia se esta era mesmo sua vontade inequívoca.

O suicídio assistido, hoje, é prática aceita em Michigan e Oregon nos Estados Unidos da América. Todavia, a maioria dos estados norte-americanos não aceita esta prática. Primeiro porque não existe consenso sobre a definição do que é uma doença terminal. Segundo, porque sempre existe o risco de que a vontade do paciente não seja totalmente voluntária.

Na Holanda, desde primeiro de janeiro de 2002, entrou em vigor uma lei que permite o suicídio assistido por médicos, desde que presentes dois requisitos indispensáveis: a doença seja terminal e o sofrimento seja insuportável.

4.2. Eutanásia

Eutanásia é termo que deriva do latim: *eu* (bom) e *tanatos* (morte). Ou seja, eutanásia significa boa morte, morte dulcificada. Significa matar alguém por motivo de benevolência.

Em regra, a eutanásia é praticada com o uso de recursos farmacológicos, pois é uma forma indolor de suprimir a vida.

Nos Estados Unidos vários são os estados que permitem a eutanásia.

Na Holanda também se permite a eutanásia desde que cumpridos certos requisitos: pedido do próprio paciente decorrente de uma decisão voluntária e consciente; sofrimento insuportável; e a não possibilidade de cura dentro da medicina no momento da decisão. Tendo em vista essa sistemática holandesa, Terri Schiavo não teria direito à eutanásia. Primeiro porque os médicos afirmavam que em seu estado vegetativo a paciente nada sentia, portanto não sofria. Segundo porque ela não se encontrava em consciência para fazer pessoalmente o pedido de eutanásia.

No Brasil, assim como na Alemanha, na Suíça, na Itália, em Portugal e na Espanha, a eutanásia é considerada homicídio. Entretanto, a pena pode ser atenuada em virtude do motivo piedoso.

Eutanásia é gênero e pode ser ativa, também chamada de benemortásia ou sanicídio, que consiste numa ação que provoque a morte do enfermo, por exemplo, o que acontece no suicídio assistido; mas pode também a eutanásia ser passiva, conhecida por homicídio piedoso omissivo ou ortotanásia, modalidade de supressão da vida que será analisada no item seguinte.

4.3. Ortotanásia

Ortotanásia é uma espécie de eutanásia passiva. Ocorre quando se deixa de ministrar remédios ou usar aparelhos que prolonguem artificialmente a vida do paciente que seja portador de uma doença incurável.

É também conhecida por paraeutanásia, eutanásia omissiva, moral ou terapêutica. (NUCCI, 2002, p. 370)

Tanto a igreja católica quanto o judaísmo concordam que existe um momento que não se deve mais prolongar a vida de pacientes em situação irreversível. (Cf. DINIZ, 2002, p. 333)

O Papa João Paulo II, em 1980, afirmou isso no “Documento pela Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé”. Aliás, ele mesmo se recusou a mais tratamento em 2005, vindo a morrer na Basílica de São Pedro, no Vaticano, nesse mesmo ano.

No Brasil qualquer procedimento que tem por escopo pôr termo a vida de alguém (suicídio assistido, eutanásia ou ortotanásia) é considerado crime de homicídio, tipificado no Código Penal.

Existe um projeto de lei tramitando no Congresso Nacional que prevê a ortotanásia como excludente de ilicitude, mas enquanto não aprovado, ainda é considerado crime no Brasil.

4.4. Distanásia

Distanásia é o oposto de eutanásia. Enquanto a eutanásia é a morte boa, dulcificada, a distanásia é sinônimo de morte lenta, sofrida, prolongada pelos recursos que a medicina oferece. Também é chamada de obstinação terapêutica ou futilidade médica.

Na distanásia tudo deve ser feito, mesmo que cause sofrimento atroz ao paciente. É um procedimento que não visa prolongar a vida, mas, sim, o processo da morte, já que o benefício esperado com o tratamento é menor que os inconvenientes previsíveis.

A distanásia, por causar um sofrimento ainda maior ao paciente, fere absolutamente os princípios bioéticos da beneficência (fazer o bem) e da não-maleficência (evitar o mal). Sendo assim, é prática que agride a dignidade da pessoa humana.

A grande questão, entretanto, é saber quando um tratamento é considerado inútil/fútil. A alimentação, em algum aspecto, pode ser considerada como “tratamento” inútil?

Definir o que é ou não um tratamento inútil é tarefa bastante difícil. Para uns, tratamento inútil é aquele que não consegue prolongar a vida; nesse caso, alimentação não é fútil, pois prolonga a vida do paciente. Para outros, entretanto, tratamento inútil é aquele que não causa um benefício terapêutico para o paciente – e nesse caso, alimentação seria inútil.

A nosso ver, tratamento fútil ou inútil é aquele que cause mais dano e sofrimento ao paciente, que a própria doença que o acomete. E nesse sentido, não vislumbramos como o ato de alimentar alguém possa lhe ser mais doloroso e penoso que deixá-lo desnutrido, seja qual for sua patologia

4.5. A questão econômica

É importante não olvidarmos da questão econômica que envolve a manutenção de doentes terminais.

O problema dos gastos despendidos com aparelhos sofisticados de manutenção da vida e sondas alimentícias está longe de ser supérfluo. Certamente que é importante planejamento econômico para que a saúde esteja ao acesso da maior parte possível da população. Não obstante a isso, deve-se lembrar de que não vivemos mais em uma sociedade primitiva, que em virtude de uma economia rudimentar, matava-se os membros não produtivos, como idosos, doentes e crianças. Os princípios - sobretudo o da dignidade da pessoa humana - que norteiam as atuais sociedades não admitem esses procedimentos.

No Brasil, como em outros países com sérios problemas sociais, essa questão toma um significado ainda maior. Isso porque faltam leitos e recursos até mesmo para socorrer os que têm chances de sobreviver. “Isso tem levado muitos médicos brasileiros mais corajosos a argumentar que, em vista da precariedade de recursos do nosso sistema de saúde, não faz o menor sentido prolongar uma vida que está se perdendo”. (DINIZ, 2002, p. 340)

Nesse ponto, pertinentes as perturbações de Maria Helena Diniz:

“(…) Não há dúvida que esse tratamento [manutenção de doentes terminais] eleva os custos das despesas e agrava os sofrimentos físicos e psíquicos de todos os envolvidos nessa dramática situação. [mas...] Poder-se-ia sobrepor a questão econômica à sobrevivência do paciente?”. (Id. Ibid.)

Cair na tentação de analisar simplesmente os números que circundam esses pacientes e respectivos tratamentos sem analisar o contexto social de nosso País, onde aproximadamente 33 milhões de pessoas estão entre aqueles que estão abaixo da linha da miséria estabelecida em R\$ 135,00 (cento e trinta e cinco reais), por mês; das quais, 9 milhões de pessoas estão abaixo da linha de pobreza extrema estabelecida em US\$ 1 (um dólar), por dia (Fundação Getúlio Vargas de 2008, “Miséria e a Nova Classe Média na Década da Desigualdade”), seria tratar o ser humano como um numeral aritmético,

em que, quando não mais útil à sociedade ou capaz de prover o próprio sustento, deve ser descartado, como no tempo das sociedades primitivas.

Assim, aplicar a Análise Econômica do Direito nos casos em que envolvam pacientes de “alto custo” no nosso País seria um atentado ao bem maior do ser humano, qual seja, a vida.

Conclusão

A nosso ver, conforme cotejamos nossos pensamentos e os estudos dos princípios bioéticos, as teorias filosóficas quanto à ética e a dignidade da pessoa humana, entende-se que a decisão da Corte do Estado da Flórida não atendeu aos princípios bioéticos, caracterizando-se não como eutanásia, que é uma morte boa, mas, sim, como homicídio qualificado pela tortura, posto que ela demorou exatos 13 dias para morrer desidratada e desnutrida.

Mesmo que a paciente não sentisse dor alguma, em virtude do estado vegetativo permanente em que se encontrava, deve-se pensar no sofrimento dos entes queridos, agonizando juntos nesses treze dias.

Mais do que isso, teria, o marido de Terri, direito de abrir mão do bem mais valioso que cada um de nós tem, que é a vida? Seria ele a pessoa mais indicada a fazer essa “escolha”, em virtude do rompimento dos laços afetivos, com a constituição de nova família?

Acredita-se não ser possível tanto a opção pela morte, tampouco, a vinculação existente por aquele que tomou a decisão, razão, ao menos plausível, para a decisão tomada por aquela Corte, atentou violentamente aos primados humanistas da dignidade da pessoa humana e, em última *ratio*, eliminado um ser humano.

Bibliografia

ABBAGNANO, Nicola. “Dicionário de Filosofia”. Tradução de Alfredo Bosi, 2ª. edição, São Paulo: Martins Fontes, 1998;

ALIGHIERI, Dante. “A Divina Comédia: Inferno”. Tradução e notas de Italo Eugênio Mauro, 6ª. reimpressão, São Paulo: Editora 34, 2001;

ALVES, Rubem. “Conversas com quem gosta de ensinar”. 11ª. edição, São Paulo: Cortez, 1985;

BASTOS, Celso e MARTINS, Ives Gandra da Silva. “Comentários à Constituição do Brasil”. 1º. Volume. São Paulo: Saraiva, 1998;

BARRETO, Vicente de Paulo. “*A idéia de pessoa humana e os limites da bioética*”. In: BARBOSA, Heloisa Helena; MEIRELLES, Jussara Maria Leal de; BARRETO, Vicente de Paulo (organizadores). “Novos Temas de Biodireito e Bioética”. Rio de Janeiro/São Paulo: Renovar, 2003;

DINIZ, Maria Helena. “O Estado Atual do Biodireito”. São Paulo, Saraiva, 2002;

DWORKIN, Ronald. “Domínio da Vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais”. Tradução de Jefferson Luiz Camargo, revisão de tradução de Silvana Vieira, São Paulo: Martins Fontes, 2003;

GARCIA, Maria. “Limites da Ciência: a dignidade da pessoa humana: a ética da responsabilidade”. São Paulo: Editora Revista do Tribunais, 2004;

_____. “Biodireito constitucional: uma introdução”. In: Revista de Direito Constitucional e Internacional, Ano 11, n. 42, janeiro-março de 2003. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003;

GRANDE, Lydia Feito. “Estudios de bioética”. Madrid: Dukinson, 1997;

LIMA NETO, Francisco Vieira. “Responsabilidade Civil das Empresas de Engenharia Genética. Em busca de um paradigma bioético no Direito Civil”. São Paulo: Editora de Direito, 1997;

NUCCI, Guilherme de Souza. “Código Penal Comentado”. 2ª. edição, São Paulo: Editora Revista dos Tribunais”, 2002;

PIOVESAN, Flávia. “Direitos humanos e o direito constitucional internacional”. 8ª. edição, São Paulo:Saraiva, 2007;

SAYEG, Ricardo Hasson. “Doutrina Humanista de Direito Econômico”. Tese de Livre-docência depositada e aguardando defesa na PUC/SP em 2008;

SERPA, Luís Paulo. “Paciente Terminal. Direito à vida e direito de morrer”. Dissertação de mestrado defendida na PUC/SP em 2003;

SHIRLEY, Robert Weaver. “Antropologia Jurídica”. São Paulo: Saraiva, 1987;

SILVA, José Afonso da. “Curso de Direito Constitucional Positivo”. São Paulo: Malheiros, 2008;

SMITH, Adam. "An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations". Nova York: Prometheus Books, 1994;

STIELTJES, Cláudio."Jürgen Habermas. A Desconstrução de um Teoria". São Paulo: Germinal, 2001.