

DA BIOÉTICA PRINCIPIALISTA À BIOÉTICA SOCIAL: ESTUDO DE CASES DA PRÁTICA DA EUTANÁSIA NO BRASIL*

FROM PRINCIPLE-BASED BIOETHICS TO SOCIAL BIOETHICS: CASES'S ANALYSIS OF EUTHANASIA THAT OCCURRED IN BRAZIL

**Roberta Laena Costa Jucá
Denise Almeida de Andrade**

RESUMO

Nos anos 70, a Bioética surgiu como ramo do conhecimento autônomo, que tem por fim o estudo dos conflitos humanos na área da saúde. Durante muito tempo, essa nova expressão do conhecimento foi norteadada pela Bioética Principlialista, consoante a qual os conflitos éticos envolvendo seres humanos devem ser solucionados com arrimo nos princípios da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça. Todavia, em razão de essa proposta ter se mostrado inadequada ao contexto dos países periféricos, como os da América Latina, surgiu no Século XXI, a chamada Bioética Social, pautada na resolução de conflitos que levam em consideração a situação de miséria e exclusão social desses países, e que têm como parâmetro os direitos humanos. Nesse contexto, realizou-se um estudo de três casos de eutanásia ocorridos no Brasil, confrontando-os com essa nova concepção da Bioética, a fim de demonstrar a insuficiência da utilização da Bioética Principlialista para a solução de casos concretos.

PALAVRAS-CHAVES: BIOÉTICA PRINCIPALISTA. BIOÉTICA SOCIAL. EUTANÁSIA. ESTUDO DE CASO.

ABSTRACT

In the seventies, Bioethics emerged as an autonomous branch of science, aimed at studying human conflicts in the field of health. During a lot of time, such new expression of human knowledge was basically a Principle-based Bioethics, through which ethical conflicts involving human beings should have solutions found with the help of principles such as autonomy, beneficence, non-lack of efficiency and justice. However, as such ideas were clearly inadequate to the context of peripheral countries, such as Latin American nations, a new kind of Bioethics appeared in the 21st century, namely Social Bioethics, in which the solution of conflicts also takes into consideration misery and social exclusion found in these countries and which also adopts human rights as basic references. In this context, the author examined three cases of euthanasia that occurred in Brazil, confronting them with this new perception of Bioethics, in order to demonstrate the limits of Principle-based Bioethics for the solution of actual conflicts.

* Trabalho publicado nos Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI, realizado em São Paulo – SP nos dias 04, 05, 06 e 07 de novembro de 2009.

KEYWORDS: PRINCIPALIST BIOETHICS. SOCIAL BIOETHICS. EUTHANASIA. CASES ANALYSIS.

1 INTRODUÇÃO

Desde o surgimento da Bioética, a Bioética Principlista guiou a forma de resolução de conflitos éticos na área de saúde. Na tentativa de adequar a novel ciência à realidade dos países periféricos em desenvolvimento, surgiu, em meados da década de noventa do século passado, o movimento intitulado Bioética Social, com a proposta de solução de conflitos a partir de uma análise mais ampla do caso concreto, que considere a situação social e econômica dos envolvidos e se fundamente nos direitos humanos.

Diante disso, o presente trabalho tem por escopo apresentar noções da Bioética Social para, em seguida, utilizá-las como parâmetro na solução de casos de eutanásia ocorridos no Brasil, no século passado.

Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica e documental, utilizando-se do método de estudo de caso, a partir do exame de três situações relacionadas à prática da Eutanásia.

2 DA BIOÉTICA PRINCIPALISTA À BIOÉTICA SOCIAL

O advento do Estado Social de Direito deu origem aos direitos sociais cuja expressão normativa vislumbrou-se primeiramente na Constituição Mexicana, de 1917, e na Constituição Alemã de Weimar, de 1919.

De absentéista, o Estado passou à assistencialista, estabelecendo, além dos já conquistados direitos individuais e políticos, prestações positivas aos cidadãos, que, traduzidas no resguardo dos direitos sociais, econômicos e culturais, proporcionassem o bem-estar da população.

Dentre os direitos sociais, o direito à saúde se destacou por representar um contraponto à premente necessidade de resgate de condições básicas e de garantia de uma vida minimamente digna, em especial, após a segunda grande guerra. “El derecho a la salud, desde esta perspectiva se planteó com un derecho humano fundamental, cuya protección recaía entre la responsabilidad del estado como principal resguardo de los bienes más caros de la sociedad”[\[1\]](#).

De fato, após a II Guerra Mundial, fizeram-se necessárias ações que minimizassem os efeitos da bomba atômica lançada no Japão e das experiências científicas com seres humanos ocorridas naquele período. O Código de Nuremberg de 1949, e o fortalecimento dos direitos humanos, como o direito à vida e o direito à saúde, principalmente após a adoção da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, cumpriram exatamente essa função, resgatando a idéia de dignidade humana e simbolizando o início de um novo tempo[\[2\]](#).

O direito à saúde assumiu nova expressão, passando a significar o bem-estar físico, psíquico e social, e superando a concepção que o limitava à ausência de enfermidade.

Passou a vigorar o conceito de saúde integral, traduzida na capacidade plena de desenvolvimento do indivíduo. Tal fato contribuiu para o avanço das pesquisas sobre as relações éticas nos experimentos com seres humanos.

As inovações tecnológicas na área médica, alavancadas a partir dos anos 50 e 60, fizeram ecoar inquietações sociais, éticas e jurídicas, fazendo surgir indagações sobre a necessidade de se ter uma área do conhecimento científico que se propusesse a estudar as necessárias e imbricadas relações entre a medicina, a ética e o Direito. O surgimento dos contraceptivos e do pré-natal, a ampliação das Unidades de Terapia Intensiva e dos respiradores artificiais[3] bem como outros avanços nas formas de intervenção humana na natureza, tais como as técnicas de reprodução, de prolongamento da vida e de transplante de órgãos, demandaram a construção de um novo paradigma de resolução de conflitos éticos e morais.

Nesse contexto, a Bioética aflorou nos anos 70, nos Estados Unidos da América, como o estudo da conduta humana na área da saúde, na tentativa de minimizar os entraves que entremeiam as relações entre os indivíduos e ciência médica e de construir diretrizes mínimas para o agir humano em determinadas situações de risco. Assim, o movimento em defesa dos Direitos Humanos representou um marco na história da Bioética. Grupos discriminados e deixados à margem da sociedade passaram a reivindicar melhores condições de vida e o resguardo de direitos.

Negros, niños, mujeres, homosexuales, minorias étnicas y religiosas, etc. reclamaban por un trato igualitario ante la ley fundada en un reconocimiento de sus diferencias. Entre ellos se generó un movimiento en defensa de los derechos de los pacientes que vio la luz en 1970 a través del primer Código de Derechos de los Pacientes[4].

Pode-se dizer, portanto, que quatro fatores foram importantes para o surgimento da bioética: o desenvolvimento técnico científico, a emergência dos direitos humanos, a modificação da relação médico-paciente e o pluralismo moral[5].

Inicialmente usado por Van Rensselaer Potter, em 1971, na obra *Bioética: uma ponte para o futuro*, e posteriormente utilizado como nova área do conhecimento por Andre Hellegers, o termo bioética[6], de origem grega (bios – vida/ethos – ética), significa a ética da vida, ou mais especificamente, a ética da práxis humana[7]. “La bioética es una reflexión crítica sobre los conflictos éticos que emergen de la vida y la salud humana”[8].

A partir dessa concepção, uma comissão estadunidense envidou esforços para a realização de uma pesquisa sobre a proteção dos sujeitos humanos na pesquisa biomédica e comportamental, que resultou na elaboração do Relatório Belmont, em 1978. Referido documento estabeleceu três princípios bioéticos: o do respeito pelas pessoas (deve-se respeitar a autonomia dos indivíduos), o da beneficência (deve-se assegurar o bem-estar das pessoas envolvidas na pesquisa) e o da justiça (deve-se assegurar equidade social)[9].

Em 1979, os estudiosos Beauchamp e Childress[10], por meio da obra *Princípios da Ética Biomédica*, consolidaram a bioética como uma nova disciplina acadêmica, a partir da reformulação dos princípios elencados no Relatório Belmont. Eis que surge a bioética principialista ou biomédica, que se propõe a resolver os conflitos éticos

ocorridos nas relações médico-paciente por meio da aplicação dos princípios da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça, numa perspectiva individualista.

Pelo princípio da autonomia, os indivíduos são livres e autônomos para tomarem as decisões mais convenientes para si. Os profissionais da área médica possuem o dever de respeitar a autonomia de vontade de cada paciente, desde que essa autodeterminação não cause danos às pessoas. Tal princípio “baseia-se nos pressupostos de que a sociedade democrática e a igualdade de condições entre os indivíduos são os pré-requisitos para que as diferenças morais possam existir”[11].

Igualmente, o princípio da autonomia assegura uma proteção especial aos pacientes cuja autonomia encontra-se comprometida, como é o caso de pacientes com problemas cerebrais ou com dificuldades externas, a exemplo da coação, do engano etc[12]; perpassa, também, pela obrigatoriedade de se obter um consentimento livre e informado do paciente em todas as decisões que lhe dizem respeito.

A beneficência impõe aos profissionais a obrigação ética de proporcionar o máximo de benefício a seus pacientes, na busca pelo bem-estar dos enfermos. Quando os profissionais da área da saúde estiverem diante de uma situação delicada, eles devem eleger a decisão que traga ao paciente as melhores conseqüências possíveis. Já o princípio da não-maleficência significa evitar qualquer tipo de risco que possa existir – até mesmo de exploração ou coerção.

O princípio da justiça relaciona-se com o papel da sociedade na bioética, no sentido de garantir a todos a distribuição equitativa de riscos e benefícios[13], em termos de saúde pública. “As regras de justiça serviriam para contrabalancear os diferentes, e muitas vezes conflituosos, interesses que emergem da vida coletiva”[14].

Percebe-se, pois

que a bioética principialista é um produto típico da cultura norte-americana. Existe uma profunda influência do pragmatismo filosófico anglo-saxão em três aspectos fundamentais: nos casos, nos procedimentos e no processo de tomada de decisões. Os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça são utilizados, porém no geral são considerados mais como máximas de atuação prudencial, não como princípios no sentido estrito. Fala-se mais de procedimentos e estabelecimentos de normas de regulação. Por exemplo, não há muita preocupação em definir o conceito de autonomia, mas em estabelecer os procedimentos de análise da capacidade ou competência (consentimento informado). Buscam-se os caminhos da ação mais adequados, isto é, resolver problemas tomando decisões a respeito de procedimentos concretos[15].

Porém, se é verdade que a teoria principialista foi satisfatória aos países anglo-saxônicos, resolvendo conflitos éticos de âmbito individual, não é menos verdade que referida corrente mostrou-se inadequada ao contexto dos países periféricos, a exemplo da América Latina. Assim, surgiu um movimento denominado Bioética Social, fundado na análise da realidade sócio-econômica dos países onde ocorrem os conflitos éticos a serem solucionados.

A Bioética Social se dispõe a resolver os conflitos éticos partir de uma análise mais ampla e complexa da realidade, tendo por base os direitos humanos, considerando a situação social e econômica dos envolvidos, além de se propor a atuar em uma esfera pública, seja por meio da intervenção na situação social dos excluídos, seja pela responsabilização do Estado pela proteção dos indivíduos. Preocupa-se, assim, com as questões sanitárias, de saúde pública, de distribuição de recursos e de acessibilidade.

Como afirma Susana Vidal, diante do cenário de desigualdade e exclusão social da América Latina, a mais importante tarefa da bioética consiste em proceder a uma investigação histórica dos problemas éticos na área da saúde[16].

Para Pessini,

já no limiar do terceiro milênio, a humanidade ainda busca um novo paradigma para a saúde que supere a visão clínico-assistencial para a questão da saúde-doença na sociedade, entendendo-a como resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Busca-se uma nova política de saúde global que garanta saúde para todos no século XXI[17].

Os lineamentos da Bioética Social estão presentes na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, firmada em 2005, pela UNESCO. Como ensina Aline Albuquerque de Oliveira, nos artigos 10 a 15, verificam-se normas principiológicas aplicadas à Bioética Social, como o princípio da justiça, da não-discriminação, igualdade e equidade, respeito à diversidade cultural, responsabilidade social e saúde etc[18].

A partir daí, a Bioética Social se ramifica e desenvolve várias escolas. A Bioética de Intervenção, que tem como expoente Volnei Garrafa e Dora Porto, formalizou-se no Sexto Congresso Mundial de Bioética, em Brasília, no ano de 2002, propondo uma teoria voltada para os países periféricos e calcada no dever do Estado de intervir em benefício dos vulneráveis.

La Bioética de Intervención significa un intento en la búsqueda de respuestas más adecuadas especialmente para el análisis de macro-problemas y conflictos colectivos que tienen relación concreta con los temas bioéticos persistentes constatados en los países pobres y en vías de desarrollo[19].

De acordo com essa escola, a bioética deve ocupar-se das situações persistentes de miséria, pobreza, exclusão social, discriminação e falhas do sistema público de saúde. Para tanto, deve ter por referencial os direitos humanos e a concepção de justiça social, além de utilizar as categorias prazer/dor como indicadores das decisões a serem tomadas nos casos concretos.

Nessa perspectiva, o termo direitos humanos deve ser encarado com supedâneo na concepção de direitos universais[20] e inalienáveis que se fundamenta na dignidade da pessoa humana e representam uma proteção do indivíduo perante o Estado, seja para garantir uma não intervenção deste na esfera pessoal de cada um, seja para garantir

prestações mínimas que resguardem as condições essenciais para uma vida de qualidade.

A escolha por esse referencial se deu porque

hasta el momento, el sistema internacional de los Derechos Humanos, es la construcción histórica que mejor da cuenta de esse núcleo ético innegociable [...], proporcionando a su vez una clara orientación de la interacción humana no solo en el sentido de los derechos negativos (aquello de lo que debemos abstenernos de hacer a otros) sino también en el sentido de los derechos positivos, es decir, aquello que debe ser promovido para que todas y cada una de las personas sean capaces de vivir una vida realmente humana[21].

A seu turno, a Bioética de Proteção, defendida por Schramm e Kottow, tem por base a proteção da integridade física, psíquica, social e patrimonial do indivíduo por parte do Estado, visando a garantir uma melhor qualidade de vida a todos, principalmente aos mais necessitados. Baseia-se na responsabilidade social relacionada aos necessitados, mas não se confunde com o paternalismo. Funda-se, pois, no princípio da proteção, que atribui ao Estado o dever de proteger seus cidadãos.

Com arrimo nessa corrente, a bioética pode ser conceituada como “el conjunto de conceptos, argumentos y normas que valoran y legitiman éticamente los actos humanos [cuyos] efectos afectan profunda e irreversiblemente, de manera real o potencial, los sistemas vivos”[22].

É nessa perspectiva que a bioética desponta também como novo discurso social

reflejo de la conflictiva situación por la que atravesaba la sociedad civil en su relación con el estado y con la ciencia. Tanto la lucha de las minorias por el reconocimiento de sus derechos frente al estado, como el reclamo de los pacientes por su participación en las decisiones que involucran su cuerpo y su salud construyeron el cimiento de este discurso[23].

É com essa nova roupagem que a bioética vai guiar o presente estudo, na medida em que serão analisadas situações pontuais para as quais não se tem solução pronta e acabada, tampouco a possibilidade de se utilizar respostas-padrão, em especial, à luz dos problemas diuturnamente enfrentados por países periféricos.

No Brasil, se têm relatos de situações em que profissionais da saúde atuam ao arrepio da legislação, em nome do bem-estar e da dignidade do paciente e da irracionalidade de se manter uma pessoa viva, apesar da total falta de qualidade de vida.

Neste passo, tem-se que discutir acerca do significado da dignidade humana, na medida em que essa premissa posse ser manipulada para arrimar uma série de decisões, que, muitas vezes, são contraditórias.

A despeito da complexidade inerente à definição da dignidade humana, e apesar da corrente que defende a impossibilidade de um conceito fechado sobre a dignidade,

mormente em razão da natureza cultural e histórica dessa concepção, entende-se aqui a dignidade humana como atributo inerente a todo ser humano, decorrente da própria condição humana, que tem a igualdade e a liberdade como pilares, traduzidos na igual consideração de interesses de todos e na autonomia da vontade do sujeito - que lhe assegura o livre exercício de direitos. Ou seja, ela é concebida como “atributo intrínseco, da essência, da pessoa humana”^[24], que, na visão de Ingo Sarlet, consiste na

[...] qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.^[25]

Essa abordagem se mostra imprescindível quando se fala de conflitos bioéticos, haja vista que em quase todos os casos apresentados pode se questionar o respeito ou o malferimento à dignidade humana, notadamente na perspectiva da autonomia da vontade. Essa reflexão ganha maior relevo nas hipóteses de doenças incuráveis ou de pacientes em fase terminal, quando a prática da eutanásia tem sido assunto que divide opiniões e causa polêmicas, vez que o ordenamento jurídico pátrio veda, categoricamente, a interrupção da vida, ao passo em que erige à condição de fundamento da República Federativa do Brasil o princípio da dignidade da pessoa humana.

Em razão disso, optou-se por pontuar a prática da eutanásia no Brasil a partir da análise de três situações paradigmáticas, como será feito a seguir.

3 ANÁLISE DE CASES: A EUTANÁSIA NO BRASIL

A proposta deste trabalho é analisar três casos de eutanásia ocorridos no Brasil, a partir da concepção da Bioética Social. Antes, porém, mister que sejam feitas considerações sobre o instituto da eutanásia, haja vista ser tema que se liga a assuntos complexos como a dor, o sofrimento, a morte (um dos importantes acontecimentos da vida humana, ao lado, *v. g.*, do nascimento).

Discute-se a eutanásia desde a antiguidade clássica, momento em que se cunhou o termo oriundo das palavras gregas *eu*, boa, e *thánatos*, morte. Todavia, ao longo da história da humanidade as discussões seguiram rumos diversos, que se alongaram desde a ritualização da morte, passando pelo reconhecimento da superioridade do saber médico (momento de assunção dos códigos médicos deontológicos), até os dias atuais, em que a autonomia do sujeito assumiu lugar de destaque.

A eutanásia pode, então, ser conceituada como o ato de tirar a vida de outrem (conduta ativa) ou o não agir em situações de risco de morte (conduta passiva), com a finalidade de preservar-lhe a dignidade humana.

Para Pessini e Barchifontaine “o conceito clássico de eutanásia é tirar a vida do ser humano por considerações ‘humanitárias’ para a pessoa ou para a sociedade (deficientes, anciãos, enfermos incuráveis etc.).”^[26]

E, para além da perspectiva da “boa morte”, tem-se a chamada ortotanásia, definida por Pessini e Barchinfontaine: “a eutanásia passiva ou negativa não consistiria numa ação médica, mas na omissão, isto é, na não-aplicação de uma terapia médica com a qual se poderia prolongar a vida da pessoa enferma”.[\[27\]](#)

Todavia, não se pretende discutir o ordenamento jurídico pátrio, visto que a legislação penal é unívoca ao imputar crime de homicídio a quem pratica a eutanásia, bem como o Conselho Federal de Medicina, na resolução 1246/88, art. 66, consubstancia entendimento do Código de Ética Médica, afirmando que é expressamente vedado ao médico: “utilizar em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal”.

Na verdade, intenta-se demonstrar que referido fenômeno transcende a letra da lei, na medida em que agrega diretrizes normativas, princípios éticos e premissas constitucionais, mas, sobretudo, objetiva-se utilizar essas definições como premissas para o exame, à luz da Bioética Social, de casos de eutanásia praticados no Brasil

O primeiro *case* a ser analisado foi objeto de debate na mídia nacional nos idos de 2000, quando o enfermeiro Edson Isidoro Guimarães, do Hospital Salgado Filho, no Rio de Janeiro, foi condenado a 76 (setenta e seis) anos de prisão, por ter “auxiliado” pacientes em fase terminal, sem possibilidade de cura[\[28\]](#), a morrer. Foram contabilizados 153 (cento e cinquenta e três) episódios, que ocorreram durante a madrugada, levados a termo por meio da injeção de cloreto de potássio ou de desligamento de aparelho responsável pelo fornecimento de oxigênio.

A narrativa se enquadra no quadro clássico de eutanásia, quando um terceiro intervém para pôr fim à vida de uma pessoa, submetida à situação de extrema dor e sofrimento.

No caso em tela, o enfermeiro foi condenado a 76 (setenta e seis) anos de prisão, que foram reduzidos, seguidamente, para 69 (sessenta e nove) anos e 31 (trinta e um) anos e 8 (oito) meses.

Ocorre que, ao contrário do que se mostra *a priori*, essas discussões transcendem a ideia polarizada de certo e errado, vez que, em regra, tem-se que estar atento às subjacências, a exemplo da interferência de empresas funerárias que pagavam entre 40 a 60 dólares por “paciente” encaminhado.

Entende-se que ainda que haja a interferência de alguns em prol única e exclusivamente do bem-estar do indivíduo, em respeito, inclusive, ao princípio da dignidade da pessoa humana, a realidade que se cria com os avanços da medicina e da tecnologia gera um espaço propício à propagação de ideias e práticas utilitaristas.

Nesta medida, a utilização dos princípios bioéticos para pôr fim aos impasses é insuficiente, vez que não contemplam a complexidade das relações humanas, tampouco as dificuldades enfrentadas pelos países em desenvolvimento, a exemplo da escassez de leitos de UTI, que acaba por ser um dos argumentos que conferem supedâneo à defesa do não prolongamento da vida de pessoas desenganadas pela medicina.

Desta forma, percebe-se que ladeando as premissas da dignidade humana estão as deficiências e limitações sócio-econômicas dos Estados, o que pode escamotear os reais objetivos da defesa e da prática da eutanásia.

O segundo *case* se refere à atuação do médico cirurgião Carlos Alberto de Castro Cotti, de São Paulo, que afirmou ter praticado eutanásia, diversas vezes, inclusive involuntárias, em seus pacientes, desde 1959[29]. Os relatos se estendem por vários anos, durante os quais o médico registra ter interferido em várias situações de câncer com metástases e de falência e perfuração de órgãos, em especial quando a administração de drogas de alta potência, como a morfina, não aliviava mais a dor do enfermo.

Os relatos do médico causam estranheza ao afirmar que, por vezes, nem o paciente nem a família tinham ciência do procedimento adotado, havendo um julgamento exclusivamente por parte do profissional da saúde, do que seria melhor para o enfermo, naquela situação apresentada.

Situações díspares - como metástases múltiplas, problemas digestivos graves, câncer primário agressivo - foram interpretadas pelo médico como sinônimas, quando na verdade, a severidade das doenças eram parecidas, mas os casos independentes e diversos.

Não se nega que acompanhar o corpo humano definhando, e com ele as esperanças dos pacientes, é tarefa árdua imposta a médicos e enfermeiros. Todavia, a perspectiva de que a pessoa leiga é menos hábil para decidir qual a melhor solução para a dificuldade que enfrenta, além de retomar a idéia hoje ultrapassada de que o médico é o senhor do saber, malfere a autonomia do sujeito, que também encontra respaldo nos princípios bioéticos, mais especificamente, no princípio da autonomia, e conseqüentemente, viola a dignidade humana, além de reduzir demasiadamente a complexidade da decisão que cessa a vida.

É preciso que se entenda que cada pessoa deve ter o direito de perceber e enfrentar a dor de forma individualizada.

Vivemos numa sociedade dominada pela analgesia, em que fugir da dor é o caminho racional e normal. À medida que a dor e a morte são absorvidas pelas instituições de saúde, as capacidades de enfrentar a dor, de inseri-la no ser e de vivê-la são retiradas da pessoa. Ao ser tratada por drogas, a dor é vista medicamente como um barulho de disfuncionamento nos circuitos fisiológicos, sendo despojada de sua dimensão existencial subjetiva. Claro que esta mentalidade retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico. [...] Atualmente, não mais possuímos os místicos de outrora, que atribuíam à dor um sentido e ao sofrimento uma razão de ser. Estamos numa sociedade secularizada em que o sofrer não tem sentido, e por isso somos incapazes de perceber o sentido do sofrimento. As culturas tradicionais tornam o homem responsável por seu comportamento sob o impacto da dor, sendo que hoje é a sociedade industrial que responde diante da pessoa que sofre, para livrá-la deste incômodo[30].

No caso em tela, o médico “escolheu” priorizar o seu entendimento de vida digna, o que é temerário, vez que em um Estado em que leitos de UTI são raridades e o fornecimento

de medicamento de alto custo uma exceção, as decisões que se aproximam desta realidade estarão sempre embotadas pela incerteza e premência da necessidade urgente de outrem.

É essa análise prospectiva que a Bioética Social propõe, na medida em que enfrenta, de forma associada, aspectos espinhosos da atualidade, como o domínio de técnicas que prolongam vida artificialmente, com situações resistentes, a exemplo das deficiências da saúde pública e do malferimento da dignidade humana.

O terceiro caso analisado consiste no depoimento do médico Drauzio Varella que acompanhou o falecimento de seu irmão, também médico, acometido de câncer de pulmão[31].

O entendimento de que todos os esforços envidados para combater uma espécie agressiva de câncer tinham falhado, trouxe ao paciente, à família e também ao médico/irmão uma sensação de impotência, na medida em que os limites da vida traduzem, em última análise, as limitações humanas e das ciências.

É neste contexto, que, no caso em exame, se decidiu por não autorizar intervenções extremas, que visassem exclusivamente a manter o paciente vivo, sem, contudo, apresentar chances de cura ou melhora. É o que se conhece por eutanásia passiva ou ortotanásia, vez que não há a ação, o agir positivo, mas sim um “deixar de fazer”, traduzido na não interferência.

O sistema jurídico brasileiro autoriza essa escolha, entendendo que se deve preservar a autonomia do sujeito, que é capaz de opinar sobre os tratamentos e procedimentos a serem adotados. *In casu*, não se verifica a ingerência direta no término da vida, mas o respeito a vontade do paciente, ao princípio bioético da autonomia.

Ao se analisar esse episódio, percebe-se a fragilidade dos conceitos que arrimam decisões tão sérias quanto definitivas, visto que a verdadeira liberdade de escolha está adstrita à medida da consciência humana e apreensão da realidade e das conseqüências do atos dos indivíduos. Por óbvio que o paciente/médico assistido por seu irmão/médico dispunha das reais condições para deliberar acerca de seu futuro tratamento, pois cômico de seu prognóstico.

A diferença é tênue, mas não deve ser desconsiderada, pois há uma prévia e consciente decisão do paciente pelos caminhos que seu tratamento deve seguir, não permitindo, sequer, o início da interferência de recursos artificiais, sendo, obviamente, acompanhado por um profissional competente e esclarecido das conseqüências de sua decisão.

Entretanto, traduzir situações pontuais, como a acima narrada, em um paradigma é ignorar as mazelas e deficiências que se aglomeram em Estados como o Brasil, vez que discutir amiúde acerca de fármacos, prognósticos e tratamentos é tarefa que exige a igualdade de discurso entre os envolvidos, sob pena de essa “liberdade de escolha” se transformar em subjugação.

O princípio da autonomia deve, então, ser visto com cautela, pois só se tem a genuína liberdade de escolha/autonomia do sujeito, quando asseguradas, a priori, as condições

mínimas imprescindíveis à apreensão do que está no entorno, além do indivíduo isolado.

4 CONCLUSÃO

Como se percebe, a bioética principialista não se mostra suficiente para solucionar os conflitos éticos ocorridos na área da saúde.

Diz-se isto porque a maneira como os princípios da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça foram manejados por profissionais da saúde, desde a década de setenta nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, inaugurou um único viés interpretativo para situações que envolvessem o tripé: homem, ética e saúde.

É esse estreitamento da percepção das relações humanas que desencadeou uma alienação da realidade da complexidade do indivíduo, em especial, daquele imiscuído em situação de vulnerabilidade como o homem médio de países em desenvolvimento.

Daí a importância do advento da Bioética Social, que teve seus princípios cristalizados em 2005, na perspectiva de tentar solucionar conflitos éticos considerando a realidade social e econômica dos envolvidos e a situação de desigualdade e exclusão dos países em que eles vivem. Essa nova corrente parte da premissa de que as necessidades são tantas e díspares que não podem ser ignoradas quando da tomada de decisões acerca da própria vida humana.

No presente trabalho, a questão controvertida que se colocou foi como compatibilizar a prática da eutanásia no Brasil com os princípios bioéticos que são utilizados como argumentos que autorizam e legitimam esse procedimento, em despeito da vedação categórica do ordenamento jurídico pátrio, apresentando como proposta a esse impasse a Bioética Social como teoria de base para a apreciação dos casos, especialmente, à luz das incongruências e desigualdades enfrentadas por países em desenvolvimento.

Diante disto, perceber que o progresso da ciência, o avanço da tecnologia e o domínio de práticas paliativas são apenas uma dimensão da relação paciente/médico/doença, vez que são, na verdade, interfaces de uma mesma realidade, que se interligam em aspectos sociais, físicos e psíquicos.

Na mesma medida, a discussão jurídica não pode se cingir a aspectos estritamente legais, considerando que no bojo da ambiência em que está inserido o indivíduo é que estão as mais recorrentes agruras enfrentadas pela pessoa humana.

5 REFERÊNCIAS

BIOÉTICA. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/texabc.htm#casos>>. Acesso em: 13.09.09.

BRUSSINO, Silvia Liana. Introducción a una fundamentación de la bioética basada en los derechos humanos. Módulo I. **Bioética Clínica y Social**. Programa de Educación Permanente em Bioética. UNESCO, 2008.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DONDA, Cristina Solange. Introdução a la bioética aplicada. Módulo I. **Bioética Clínica y Social**. Programa de Educación Permanente em Bioética. UNESCO, 2008.

GARRAFA, Volnei. Bioética de intervención, Módulo I. **Bioética Clínica y Social**. Programa de Educación Permanente em Bioética. UNESCO, 2008.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque de. Bioética y derechos humanos. Módulo I. **Bioética Clínica y Social**. Programa de Educación Permanente em Bioética. UNESCO, 2008.

_____. Interface entre Bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. **Revista Bioética**, 15, n. 2, 2007. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2007.

PESSINI, Leo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista de Bioética e Ética Médica**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, nº 2, v. 10, 2002.

_____; BARCHINFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais da Bioética**. 8. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2008.

SARLET, Ingo W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SCHRAMM, Fermin Rolando. Líneas de fundamentación de la bioética y la bioética de protección. Módulo I. **Bioética Clínica y Social**. Programa de Educación Permanente em Bioética. UNESCO, 2008.

SÉGUIN, Élide. **Biodireito**. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

SILVA, José Afonso da. **Poder constituinte e poder popular**. Estudos sobre a Constituição. São Paulo: Malheiros, 2002.

VARELLA, Drauzio. **Por um fio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

VIDAL, Susana. Introducción General y Antecedentes. Módulo I. **Bioética Clínica y Social**. Programa de Educación Permanente em Bioética. UNESCO, 2008.

[1] VIDAL, Susana, VIDAL, Susana. Introducción General y Antecedentes. Módulo I. **Bioética Clínica y Social**. Programa de Educación Permanente em Bioética. UNESCO, 2008, p. 8.

[2] Sobre a relação entre o surgimento da bioética e a internacionalização dos direitos humanos, conferir OLIVEIRA, Aline Albuquerque de. Interface entre Bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. **Revista Bioética**, 15, n. 2, 2007. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2007, p. 171-172. Segundo a autora, “a bioética e os direitos humanos surgem como formas de assegurar determinados valores e de proteger a pessoa humana, reconhecendo-lhe uma

dignidade inerente. Assim, a bioética e os direitos apresentam pontos de aproximação: a dignidade humana e determinados valores básicos”.

[3] Cf. OLIVEIRA, Aline Albuquerque de. Bioética y derechos humanos. Módulo I. **Bioética Clínica y Social**. Programa de Educación Permanente em Bioética. UNESCO, 2008, p. 6.

[4] VIDAL, op. cit., p. 9.

[5] Cf. DURAND apud OLIVEIRA, Aline Albuquerque de. Bioética y derechos humanos. Módulo I. **Bioética Clínica y Social**. Programa de Educación Permanente em Bioética. UNESCO, 2008, p. 6.

[6] Como ensina Élide Seguin, pode-se fazer um paralelo entre os conceitos de bioética e biodireito e os conceitos de direitos humanos e fundamentais. Da mesma forma que os direitos humanos, quando positivados em uma ordem constitucional, tornam-se direitos fundamentais, a bioética, quando incorporada ao ordenamento jurídico do um Estado, torna-se biodireito[6].

[7] SCHRAMM, Fermin Rolando. Líneas de fundamentación de la bioética y la bioética de protección. Módulo I. **Bioética Clínica y Social**. Programa de Educación Permanente em Bioética. UNESCO, 2008, p. 2.

[8] VIDAL, op. cit., p. 16.

[9] Cf. DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2007, p. 21-22.

[10] Não obstante tais autores tenham defendido posições distintas em relação a alguns pontos, tal fato nos os impediu de elaborarem uma teoria bioética comum. Sobre o tema, conferir: DONDA, Cristina Solange. Introducción a la bioética aplicada. Módulo I. **Bioética Clínica y Social**. Programa de Educación Permanente em Bioética. UNESCO, 2008, p. 31.

[11] Ibid., p. 29.

[12] Cf. DONDA, op cit., p.32.

[13] SÉGUIN, Élide. **Biodireito**. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

[14] Ibid., p. 31.

[15] PESSINI, Leo; BARCHINFONTAINE, Christian de Paul de, **Problemas atuais da Bioética**. 8. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2008, p. 86.

[16] VIDAL, op. cit., p. 14.

[17] PESSINI, Leo; BARCHINFONTAINE, Christian de Paul de, op. cit., p. 224.

[18] OLIVEIRA, op. cit., p. 11.

[19] GARRAFA, Volnei. Bioética de intervenção, Módulo I. **Bioética Clínica y Social**. Programa de Educación Permanente em Bioética. UNESCO, 2008, p. 2.

[20] A universalidade é encarada, aqui, como atributo que necessariamente deverá passar pelo diálogo crítico entre culturas diferenciadas.

[21] BRUSSINO, Silvia Liana. Introducción a una fundamentación de la bioética basada en los derechos humanos. Módulo I. **Bioética Clínica y Social**. Programa de Educación Permanente em Bioética. UNESCO, 2008, p. 10.

[22] KOTTOW apud SCHRAMM, op. cit., p. 9.

[23] VIDAL, op. cit., p.4.

[24] SILVA, José Afonso da. **Poder constituinte e poder popular**. Estudos sobre a Constituição. São Paulo: Malheiros, 2002, p. 146.

[25] SARLET, Ingo W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002, p. 62.

[26] PESSINI, Leo; BARCHINFONTAINE, Christian de Paul de, op. cit., p. 502.

[27] Ibid., p. 502.

[28] BIOÉTICA. UFRGS. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/texabc.htm#casos>>. Acesso em: 13.09.09.

[29] Ibid.

[30] PESSINI, Leo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista de Bioética e Ética Médica**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, nº 2, v. 10, 2002, p. 57.

[31] VARELLA, Drauzio. **Por um fio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004, p. 157.