

TERMINALIDADE DA VIDA: A MORTE MEDICAMENTE ASSISTIDA COMO CUIDADO RESPEITOSO*

TERMINALITY OF LIFE: PHYSICIAN-ASSISTED DYING AS RESPECTFUL CARE

Isabela Cristina Passos e Possas**

Telma de Souza Birchal***

RESUMO

O objetivo deste texto é refletir sobre o sentido de “morte digna” e a decisão pela morte medicamente assistida em alguns contextos específicos. Objetiva-se também esclarecer conceitos básicos relacionados ao tema da morte assistida, a saber, eutanásia, ortotanásia, distanásia, suicídio assistido, cuidados paliativos e Diretivas Antecipadas de Vontade. Pensaremos em quais sentidos e em quais situações o poder de escolha pela assistência profissional para o ato final da morte realmente parece torná-la *melhor*, ao se levar em conta o contexto daqueles em sofrimento físico e psicológico. O conceito de dignidade da pessoa será abordado, e faremos uma análise do tema morte assistida sob o prisma das vertentes da bioética mais relevantes nesse campo. São elas a teoria dos quatro princípios, o autonomismo, a vertente de inspiração kantiana, e a vertente relacional. Analisando os argumentos favoráveis e contrários à morte assistida, assim como aquelas vertentes da bioética, defenderemos uma posição favorável à prática da eutanásia e/ou do suicídio assistido embasada na teoria normativa denominada Cuidado Respeitoso, de Darlei Dall’Agnol. Mostraremos alguns cenários mundiais da discussão sobre o assunto e, por fim, refletiremos criticamente sobre a (im)possibilidade de abertura desse debate no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: bioética; suicídio assistido; eutanásia; morte digna; cuidado respeitoso.

ABSTRACT

The objective of the text is to reflect on the meaning of “dignified death” and the decision for physician-assisted dying in some specific contexts. The aim is also to clarify basic concepts related to the topic of assisted dying, namely, euthanasia, orthothanasia, dysthanasia, assisted suicide, palliative care and Advance Health Care Directive. We will think in which senses and in which situations the power of choice for professional assistance for the final act of death really seems to make it *better*, when taking into account the context of those in physical and psychological suffering. The concept of human dignity will be addressed, and we will analyze the topic of assisted dying from the perspective of the most relevant aspects of bioethics in this field. They are the theory of the four principles, autonomism, the Kantian-inspired aspect, and the relational aspect. Analyzing the arguments for and against assisted dying, as well as those aspects of bioethics, we will defend a position in favor of the practice of euthanasia and/or assisted suicide based on the normative theory called Respectful Care, by Darlei Dall’Agnol. We will show some global scenarios of the discussion on the subject and, finally, we will reflect critically on the (im)possibility of opening this debate in Brazil.

KEYWORDS: bioethics; assisted suicide; euthanasia; dignified death; respectful care.

* Artigo recebido em 31/05/2024 e aprovado para publicação em 20/06/2024.

** Doutoranda e mestra em Filosofia pela UFMG; licenciada em Filosofia pela mesma Universidade. E-mail: isa.possas@gmail.com.

*** Doutora em Filosofia pela USP e mestra em Filosofia pela UFMG. Professora titular do Departamento de Filosofia da UFMG. É autora do livro *O eu nos Ensaio de Montaigne*. E-mail: tbirchal@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Este trabalho insere-se no campo da bioética especial, parte da bioética que trata de questões relativas aos seres humanos, e mais especificamente no ramo da bioética clínica. Terá como foco a morte medicamente assistida como problema ético, passando também pelo estudo de sua prática e regulamentação. Sobretudo, examinará a pertinência da teoria do Cuidado Respeitoso, desenvolvida pelo bioeticista brasileiro Darlei Dall’Agnol, como guia para tratar do tema. Nossa reflexão gira em torno da dimensão ética do problema de a pessoa, quando em fase de doença terminal ou em sofrimento físico crônico e, algumas vezes, em sofrimento mental, escolher o momento de morrer.

A questão da morte assistida, que inclui a eutanásia e o suicídio assistido, começa a receber maior atenção no final do século XX. Com o desenvolvimento das biotecnologias, observou-se, principalmente em países com elevados índices de desenvolvimento socioeconômico, um aumento na expectativa de vida das populações. Diagnósticos precoces e tratamentos que prolongam a vida das pessoas, tanto daquelas com doenças graves que ameaçam a vida quanto das com idade já avançada, porém, não as isentam de passar pela etapa da terminalidade. É nesse cenário também que os temas da ortotanásia, da distanásia e dos cuidados paliativos são desenvolvidos. A seguir traremos as conceituações dos termos e alguns esclarecimentos a fim de iniciarmos o debate.

A palavra *eutanásia* vem do grego *eu* (bom) + *thanatos* (morte) e significa “boa morte”. A palavra *ortotanásia* vem do grego *orto* (certo) + *thanatos* (morte) e significa “morte em seu tempo certo”. Já *distanásia* vem do grego *dis* (afastamento) + *thanatos* (morte), e consiste na obstinação terapêutica para adiar a morte iminente¹. Com relação ao cuidado paliativo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)², ele consiste na assistência que objetiva melhorar a qualidade de vida dos pacientes cujas enfermidades são potencialmente fatais e a de seus familiares (cuidadores), com relação a aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. No Brasil, tivemos, em 2018, a publicação da Resolução nº 41, de 2018, emitida pelo Ministério da Saúde, que visou organizar as diretrizes da prática dos cuidados paliativos, pelo SUS. Em 2023, publicou-se a Resolução nº 729, de 07 de dezembro de 2023, que aprova a Política

¹ A questão da distanásia é cara ao nosso problema central, no entanto não há espaço para tratá-la profundamente neste trabalho.

² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS. Tal política será ainda publicada em portaria específica do Ministério da Saúde.

Com relação à forma como é praticada, a eutanásia pode ser classificada em ativa e passiva. A eutanásia ativa ocorre quando o médico executa um procedimento que causa a morte do paciente. A eutanásia passiva ocorre pela suspensão de um ou mais procedimentos, causando a morte do paciente (Sanchez y Sanches; Seidl, 2013, p. 24). A eutanásia passiva, muitas vezes, é equiparada à ortotanásia, prática aceita e regulamentada na maioria dos países, inclusive no Brasil³. Entretanto, Sanchez y Sanches e Seidl (2013, p. 24) registram a diferença entre elas: “Na ortotanásia, é a doença de base a responsável pela morte; na eutanásia passiva, a moléstia não é fatal, ou ainda não chegou ao ponto da terminalidade, da reta final da vida. A eutanásia passiva abrevia a vida e a ortotanásia permite a morte”.

Com relação a quem delibera pela eutanásia do paciente, temos três classificações: eutanásia voluntária, eutanásia involuntária e eutanásia não voluntária. A voluntária ocorre mediante desejo expresso do paciente de terminar sua vida. A involuntária ocorre quando a eutanásia é decidida por terceiros, e realizada contra o desejo do paciente. Já a não voluntária ocorre quando a eutanásia é decidida por outrem em situações em que o próprio paciente é incapaz de decidir por si mesmo, por exemplo em casos de crianças muito jovens, pessoas em coma ou em estados vegetativos (Beauchamp; Childress, 2002, p. 256).

A prática do suicídio assistido, diferentemente da eutanásia e da ortotanásia, é o ato da própria pessoa, contando com auxílio profissional, de terminar sua vida.

Em alguns países, a eutanásia voluntária é legalizada, ao passo que a involuntária é ilegal em todos os países, pois pode ser equiparada ao crime de homicídio. Onde existe a regulamentação da eutanásia ativa voluntária, por exemplo, um médico poderia, com um método como o de uma injeção letal, ajudar um paciente terminal, mediante pedido expresso, a morrer. Esse médico, porém, não poderia fazer o mesmo para um paciente terminal em sofrimento e dor que estivesse já inconsciente e que não tenha formalizado pedido para tal. Vale ressaltar aqui a existência das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), desenvolvidas nos EUA e, hoje, regulamentadas em diversos países. No Brasil, a regulamentação das DAV (das quais fazem parte o Testamento Vital e o Mandato Duradouro) foi realizada a partir da

³ No Brasil, a ortotanásia é regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.805/2006, cujo artigo 1º diz que “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”.

publicação da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.995, em 2012. As DAV são documentos que firmam a vontade do paciente, inclusive dos com doenças terminais, acerca dos cuidados futuros a serem recebidos ou recusados. Essas Diretivas também estabelecem, em caso de inconsciência do paciente, alguém responsável pela tomada de decisões sobre esses cuidados (Dadalto, 2022; Dadalto; Tupinambás; Greco, 2013).

1 A MORTE ASSISTIDA NO MUNDO: CASOS E LEGISLAÇÕES

Há vários episódios marcantes de pessoas que procuraram (ou seus responsáveis legais o fizeram) a morte assistida devido a sofrimentos por doenças em fase terminal ou degenerativa ou por sofrimento mental. Com o propósito de conhecermos um pouco casos ocorridos em diferentes contextos, em diferentes países, mencionaremos alguns, tais como: Truus Postma – em 1972, Truus Postma, médica holandesa, injetou 200 ml de morfina em sua mãe, a qual havia sofrido um acidente vascular cerebral (AVC) que a deixou com sequelas gravíssimas. Truus foi julgada em 1973, mas devido à grande comoção e divulgação da imprensa, recebeu pena de apenas uma semana de aprisionamento e suspensão da licença médica por 12 meses. Dessa ocorrência, iniciaram-se as discussões sobre morte assistida na Holanda que, atualmente, tem a prática legalizada (BBC, 2021); Theresa Schiavo – moradora da Flórida, nos Estados Unidos da América (EUA), Theresa, em 1990, teve uma parada cardíaca em casa. Foi reanimada, porém sofreu muitos danos cerebrais, o que a levou a meses de coma, e posterior estado vegetativo irreversível. Seu cônjuge e responsável legal à época lutou judicialmente, por vários anos, pelo direito de retirar os tubos de alimentação e hidratação, alegando que sua esposa não gostaria de ser mantida viva naquele estado. Houve uma briga inclusive entre familiares que não concordavam com a posição do esposo. Apenas em 2005 a justiça finalmente aceitou em definitivo os argumentos em favor da eutanásia e ordenou a remoção do suporte artificial à vida da paciente (Goodman, 2010); Jean Humphry – Derek Humphry, inglês, esposo de Jean, a ajudou a cometer suicídio em 1975, após anos de luta contra um câncer de mama metastático. Derek é, até hoje, um ativista da causa do direito à morte digna (Humphry, 1991); Brittany Maynard – jovem estadunidense que teve de mudar-se, em 2014, de Califórnia para Oregon para ter direito ao suicídio assistido. Apenas no ano seguinte, em 2015, devido à repercussão do caso, uma lei que permite o procedimento no estado foi aprovada (BBC, 2015); Aurelia Brouwers – em 2021, a jovem holandesa de 29 anos que sofria de transtornos psiquiátricos como ansiedade, depressão e psicose, entrou na justiça da Holanda com solicitação para o

suicídio assistido. Após analisadas criteriosamente as justificativas de Aurelia, o Estado autorizou seu requerimento, mesmo sem doença terminal (Navas, 2021)⁴; Victor Escobar Prado e Martha Sepúlveda – Victor e Martha, ambos colombianos de 60 e 51 anos respectivamente, solicitaram a eutanásia sem encontrarem-se ainda em fase terminal de suas enfermidades. Victor sofria de doença pulmonar obstrutiva crônica e havia experienciado dois AVCs. Martha tinha esclerose lateral amiotrófica (ELA), doença degenerativa que a deixava a cada dia mais debilitada. Ambos escolheram morrer enquanto ainda possuíam o que acreditavam ser dignidade, e a justiça da Colômbia, que já autoriza, desde 2015, a prática para pessoas em terminalidade, mesmo com vários entraves devido à ausência de cenário de terminalidade nesses pacientes, conseguiu atendê-los, em janeiro de 2022 (CNN, 2022); Paola Roldán – a equatoriana Paola, em 2020, foi diagnosticada com ELA e, com a rápida evolução da doença, tornou-se quase por completo paralisada e ligada a respiradores. Em agosto de 2023, entrou, apoiada por sua família, com ação na justiça do Equador para obter a eutanásia. Quase um ano depois, em março de 2024, decidiu-se pela autorização do procedimento que ocorreu dias depois (BBC, 2024); Ana Estrada – nascida e residente no Peru, Ana Estrada, de 47 anos, sofria com a poliomielite, desde os 12. Ana, com um quadro forte de degeneração da saúde, entrou com o pedido na Corte do país em fevereiro de 2021, o qual teve atendido em 2022. Em abril de 2024, Ana teve o fim que escolheu, por meio da eutanásia (G1, 2024).

Temos também casos de pessoas em idade avançada que, diferentemente dos contextos em que o indivíduo se encontra debilitado e em sofrimento físico e/ou mental por acometimento de enfermidades incuráveis ou em fase terminal, reivindicam assistência para morrer devido ao cansaço existencial. Desse tipo de situação descrito envolvendo pessoas idosas, surgiu o conceito de *completed life*. A *completed life* a princípio se refere à percepção de que já se viveu tudo o que lhe era devido, ou seja, uma sensação de, de fato, completude da vida. No entanto, pode estar relacionada ao receio de depender de outrem ou à perda do que antes dava sentido à vida – e isso ser sentido pela pessoa como perda de sua dignidade. Para essa situação, podemos trazer o exemplo de David Goodall. David foi um famoso professor universitário ecologista australiano que, aos seus 104 anos, viu-se impedido de continuar sua rotina de vida, com as atividades que o realizavam, como lecionar e frequentar laboratórios da universidade. Teve de se locomover até a Suíça, país no qual algumas das clínicas especializadas em suicídio assistido aceitam a *completed life* como justificativa, para morrer, em 2018, da forma como julgou ser

⁴ A morte assistida para casos de sofrimento com doenças psiquiátricas é permitida nos seguintes países: Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Espanha e Canadá.

uma morte digna para si (Haddad, 2021). A viagem de David foi custeada pela organização australiana Exit International, cujo fundador é Philip Nitschke, defensor da morte assistida no país desde os anos 1990.

Na Holanda, em 2010, surgiu um movimento que organizou uma petição a qual se nomeou “*of free will*”, assinada por mais de 100.000 pessoas. Tal petição pedia a criação da *completed life pill*, uma pílula em duas doses que concederia a possibilidade de morte a idosos que a desejassem por julgarem que suas vidas estavam “completas”. O tema foi e é debatido no país – que já regulamenta a morte assistida em casos de sofrimento por doenças terminais e casos específicos de sofrimento psiquiátrico –, mas é problemático, pois, por mais que a questão da autonomia e da aparente sensação de completude da vida relatada, envolve questões fortemente sociais relacionadas ao papel do idoso (ou a ausência dele) na comunidade (Dadalto; Caneschi; Frota, 2020).

Ressalvadas as particularidades das legislações de cada localidade, citamos a seguir os países que legalizam ou têm descriminalizada a morte assistida para pacientes com doenças ou lesões em fase terminal. A eutanásia ativa e o suicídio assistido são permitidos nos seguintes países: Holanda (lei aprovada em 2001 e entrou em vigor em 2002; em 2004 se regulamentou a eutanásia para crianças acima de 12 anos e recém-nascidos), Bélgica (desde setembro de 2002, e em fevereiro de 2013 estendeu-se a permissão para crianças sem limite mínimo de idade), Luxemburgo (desde março de 2009), Espanha (desde março de 2021), Portugal (descriminalizados em maio de 2023), Colômbia (eutanásia descriminalizada desde 1997 e regulada em 2015, e suicídio assistido descriminalizado em 2022), Cuba (desde dezembro de 2023), Canadá (desde fevereiro de 2016), Nova Zelândia (lei de 2019, entra em vigor em novembro de 2021), e em vários estados da Austrália (Tasmânia, Victoria, Austrália do Sul, Nova Gales do Sul, Queensland e Austrália Ocidental). O suicídio assistido é legalizado na Suíça (desde 1942), em dez estados dos EUA e no Distrito de Colúmbia (EUA) (Oregon – desde outubro de 1997; Washington – desde março de 2009; Montana – descriminalizado desde dezembro de 2009; Vermont – desde maio de 2013; Califórnia – desde 2015; Colorado – desde 2016; Washington D.C. – desde 2016; Hawaii – desde 2019; Nova Jersey – desde 2019; Maine – desde 2019 e Novo México – desde 2021), e na Alemanha (descriminalizado em fevereiro de 2020). No Uruguai, o artigo 37 (Del homicídio piadoso) do capítulo III (DE LAS CAUSAS DE IMPUNIDAD) do Código Penal nº 9.155, de 1934, ainda em vigor, aponta a possibilidade do “homicídio piedoso”, que deixa a cargo do juiz responsável de cada caso a decisão pela absolvição ou condenação pelo homicídio. No Equador, em fevereiro de 2024, revisou-se a

constitucionalidade do artigo 144 (que trata do homicídio simples) do Código Orgânico Integral Penal, instalando a possibilidade de morte assistida no país⁵.

Enquanto alguns países têm descriminalizado ou desenvolvido leis que regulamentam a morte assistida, outros ainda com legislações de caráter mais conservador sobre o assunto veem crescer o uso de métodos alternativos rápidos e eficazes de morte denominados *self-deliverance new technologies* ou *NuTech*⁶. Esses métodos, também bastante restritos a países socioeconomicamente desenvolvidos, apresentam-se como uma saída relativamente barata às pessoas em sofrimento que desejam morrer sem dor. Além disso, em sua maioria, não são detectáveis em autópsia⁷ (Battin, 2005, p. 38).

As *NuTech* são de fácil manejo e podem ser operadas por pessoas próximas ao paciente ou pelo próprio paciente⁸. No entanto, isso, que poderia ser encarado como um aspecto positivo, pode resultar em graves problemas. Como os métodos não deixam rastros, eles podem ser utilizados em contexto de clandestinidade. Sendo esse o caso, a ausência de assistência de pessoal competente que saiba lidar com eventuais intercorrências durante o uso das tecnologias possivelmente intensificaria o sofrimento do paciente ao invés de eliminá-lo. Além do mais, a própria situação de clandestinidade certamente torna a decisão mais difícil e dolorosa.

2 OS ARGUMENTOS FAVORÁVEIS E CONTRÁRIOS À PRÁTICA DA MORTE ASSISTIDA

Segundo Battin (1994, 2005), são dois os principais argumentos a favor da prática da morte assistida e quatro os contrários a ela. A defesa usa principalmente do argumento da autonomia e do argumento do alívio da dor e do sofrimento (ou argumento da misericórdia). Os objetores levantam geralmente o argumento de que matar é intrinsecamente errado, o

⁵ Legislações referentes à regulação da morte assistida nos países citados: <https://linktr.ee/isa.possas>.

⁶ Os principais apoiadores das *NuTech* são Derek Humphry, Philip Nitschke e John Hofsess. Existem eventos como a Nutech Conference, da organização Exit Internacional, fundada em 1997, cujo cofundador foi o australiano Philip Nitschke. Tais eventos dão prêmios para as novas tecnologias (*NuTech*), geralmente as chamadas “máquinas de suicídio” apresentadas nesses eventos. Os últimos prêmios, concedidos em 2017, foram para as máquinas: GULPS Machine e R2D Debreather. Foi anunciado no site da organização que tais ferramentas foram lançadas para comércio em janeiro de 2020 (confira as informações em: <https://www.exitinternational.net/nutech/nutech-prices/>).

⁷ “While not illegal, these new technologies also leave little postmortem evidence on the body, so that if the devices themselves are disposed of effectively by friends or family members, the circumstances under which death occurred remain relatively secret” (Battin, 2005, p. 308).

⁸ “These ‘NuTech’ methods under development by the more resolute proponents include devices like hypoxic masks and tents, plastic bags (the ‘Exit Bag’), helium inhalation devices, scuba-based ‘Debreathers’, and other technologies for producing an easy death; they can be operated by family members or friends or by the patient him or herself” (Battin, 2005, p. 38).

argumento da integridade do profissional da saúde (argumento hipocrático), o argumento da “ladeira escorregadia” ou, podemos dizer, da “ladeira abaixo” e o argumento do abuso de poder.

Os favoráveis à morte assistida acreditam que o direito à decisão sobre a morte é parte do direito que cada um possui de escolher sobre sua vida, no cotidiano. O direito a essa decisão e o apoio, inclusive do Estado ao legalizar ou descriminalizar as práticas da eutanásia e do suicídio assistido, seriam baseados no respeito ao princípio da autonomia da pessoa. Autonomia aqui é entendida, simplesmente, como a “capacidade” que uma pessoa tem de escolher; e que tal capacidade deve, de modo geral, ser respeitada, desde que, por exemplo, não provoque mal aos outros ou não interfira na autonomia deles. Assim, respeitar a autonomia seria conceder a liberdade de escolha às pessoas⁹. Similarmente, o argumento da misericórdia vale-se do princípio da não maleficência e do da beneficência. Desse ponto de vista, a prática, então, da morte assistida seria benéfica ao não manter um paciente em sofrimento, seja o paciente terminal, seja aquele com doença crônica incurável. Seria correto, nessa linha de raciocínio, dispor do direito à assistência de profissionais da saúde para uma morte digna, ou seja, que minimizasse dores e sofrimentos. Aqui então, a ideia de “dignidade” da vida humana é compreendida principalmente como reconhecimento do direito de escolher, ou de dispor de sua vida em certas situações. Também se admite que o sofrimento seja um motivo pelo qual a pessoa está justificada em colocar fim à vida, ou seja, que seja ela mesma quem julga se sua vida vale a pena ser vivida.

Os objetores contra-argumentam apontando que, em situações abjetas como a de uma doença terminal, o paciente pode encontrar várias “interferências” na sua tomada de decisão, ou seja, que a ideia de autonomia não se realiza na prática, em muitos contextos. A pessoa estaria sendo levada a solicitar a morte assistida por pensar ser um fardo para sua família, pensar nas questões econômicas ou estar influenciada pela depressão. Dessa maneira, mais do que desejar de fato a morte para alívio de sua própria dor, mais do que ser uma decisão “própria”, o paciente pode estar pensando nas implicações familiares ou sociais de escolher continuar sua vida até o fim. Além disso, para esses objetores da morte assistida, o dever do profissional da saúde seria o de salvar vidas, não o de ceifá-las. Para eles, “matar” será sempre um mal, pelo menos nesse contexto médico¹⁰. Auxiliar ativamente na morte de um paciente seria uma afronta ao dever do médico. Há também o receio de que a legalização das práticas de morte assistida

⁹ Temos aqui um conceito liberal de autonomia, muito diferente do conceito kantiano, do qual vai se falar a seguir.

¹⁰ Não é incomum que pessoas totalmente contrárias à morte assistida admitam que matar alguém em situações de guerra seja justificado, assim como a pena de morte.

para casos terminais seja uma porta de entrada para a facilitação da eutanásia e do suicídio assistido em outros casos, menos graves, o que poderia banalizar a autorização para o procedimento. Temos visto que, de fato, as legislações vão incluindo, progressivamente, um maior número de situações no “direito de morrer”. Por fim, a liberação da morte assistida poderia instigar práticas de eutanásia com intuítos ideológicos¹¹ e/ou econômicos. Um hospital, por exemplo, abusando de seu poder, poderia, visando economizar com insumos e medicamentos, encontrar meios de encurtar a vida dos pacientes arbitrariamente¹².

Esses contra-argumentos apresentam justificativas, sendo que alguns são questão de princípio, outros ancoram-se na experiência. Porém, segundo ainda os defensores do direito à morte assistida, podem conter algumas fragilidades. Sobre os limites da autonomia, inicialmente é preciso conceder que ela é limitada, ou seja, que a capacidade de escolher de um ser humano é sempre influenciada pelo fato de ele viver em sociedade e se relacionar com outras pessoas, afinal nós só somos pessoas porque vivemos em uma sociedade, pela qual fomos formados. Logo, toda decisão sempre terá alguma influência da sociedade da qual fazemos parte e a influenciará de volta (Taylor, 1997, 1985) e não podemos exigir que seja diferente quando se trata de questões bioéticas. As decisões que uma pessoa toma na vida levam em conta sobretudo seus próximos, como familiares, amigos e o círculo social. Alguém que decide se casar, divorciar ou mudar de emprego certamente leva em conta seu contexto e as pessoas que o cercam: isso não torna sua decisão menos própria ou autônoma. Obviamente que a influência dos outros sobre as decisões de uma pessoa varia, chegando, em casos específicos, à coerção: pessoas de fato são manipuladas ou constrangidas por outros. A nosso ver, no entanto, isso não é razão para a proibição total da morte assistida, ao contrário, deve ser levado em conta pelo *cuidado* com que se espera que aqueles ou aquelas que demandam assistência para morrer recebam da equipe de saúde. Enfim, a autonomia não é questão de “tudo ou nada”, de “ter ou

¹¹ Em 1939, na Alemanha nazista, surgia o Programa de Eutanásia ou Programa T4. Liderado por Philipp Bouhler, chefe da chancelaria, e Karl Brandt, médico pessoal de Hitler, o Programa tinha intuítos eugenistas. Inicialmente praticando a eutanásia em recém-nascidos e crianças com deficiências físicas ou intelectuais, o programa foi gradativamente ampliado contemplando a eutanásia de jovens e adultos com deficiência. Como todos os programas desse governo, grande investimento foi despendido em propaganda incentivando ideias eugenistas e a eutanásia para a “limpeza” da raça humana (Siqueira-Batista; Schramm, 2005).

¹² Devemos nos recordar do caso do convênio particular de saúde PreventSenior, apurado na CPI da covid-19, em que profissionais negligenciaram o tratamento de pacientes, omitiram diagnósticos nos prontuários, realizaram tratamentos experimentais ilegalmente e procederam com “cuidados paliativos”, principalmente a idosos, de forma que muitos dos que poderiam ter sobrevivido à infecção, se devidamente tratados, perderam suas vidas. Em depoimento, a advogada representante dos médicos, Bruna Morato, disse ter escutado frequentemente a expressão “óbito também é alta”.

não ter”, mas uma questão de grau. É maior ou menor, dependendo da situação e do caso da pessoa. Beauchamp e Childress (2002, p. 180-182) também acentuam essa questão¹³.

O debate mais recente sobre a autonomia tem desenvolvido ideias como as de “autonomia relacional” que pretendem incorporar ao conceito seus limites, sem negar sua importância. Sherwin e Winsby (2010) discutem a questão da dependência e da autonomia (e de sua gradual perda), a partir da perspectiva relacional, tendo em foco pacientes idosos, residentes em casas de repouso. Segundo as autoras, a abordagem relacional sempre considera os indivíduos inseridos em seus contextos sociais, culturais, políticos e econômicos, de modo que as condições postas por tais contextos influenciam o grau de autonomia de cada um. Contrapondo-se à abordagem tradicional de autonomia, as autoras defenderão uma abordagem que pretende reavaliar a própria noção de dependência¹⁴.

Respeitar/valorizar, então, a autonomia de um paciente supõe primeiramente, reconhecer que, como seres humanos, todos somos seres dependentes de outros, ao invés de partir do indivíduo abstrato e isolado como modelo ou ideal de vida. Em seguida, é preciso atender para as condições impostas pelo contexto no qual ele está inserido – inclusive os estigmas que carrega e as desigualdades às quais está submetido – e tentar maximizar, dentro do possível, seu grau de autonomia (e, conseqüentemente, sua autoconfiança e autoestima). Autonomia, dessa maneira, não se restringe ao protocolo do consentimento informado, nem à perfeita capacidade cognitiva do paciente (por isso, aqui, autonomia admite graus). Um profissional da saúde que reconhece o aspecto relacional da autonomia também reconhece o seu próprio papel social na relação com seu paciente, para além do provimento técnico de tratamentos.

Com relação à depressão, de fato ela é uma doença que afeta, inclusive quimicamente, os mecanismos do sistema nervoso, logo afeta também o teor de nossas decisões. Aqui a discussão é complexa, sendo que em alguns países a depressão profunda é reconhecida como motivo para autorizar a eutanásia ou o suicídio assistido, mesmo em pessoas jovens e fisicamente saudáveis. Não temos elementos para entrar nesse debate. No entanto, tomemos o

¹³ Isso não impede, porém, que esses autores tenham uma posição contrária à morte medicamente assistida, avaliando a particularidade da situação.

¹⁴ Traditional accounts of autonomy implicitly favour an ideal of independence and view dependence or reliance on others as an impediment to autonomy. Negative attitudes towards dependence are problematic for at least three reasons: (i) they ignore the important fact that we are all interdependent and rely on one another in multiple ways, (ii) they serve to devalue efforts to care for others by denying the urgency and frequency of such work, and (iii) they devalue persons who are clearly highly dependent, such as children and people with serious disabilities (Sherwin; Winsby, 2010, p. 185-186).

exemplo, menos complexo, de um paciente terminal ou com doença incurável deprimido que decida morrer por eutanásia ou suicídio assistido. Ele deve ser privado, nessas circunstâncias, da realização desse desejo? Mas por que, se sua expectativa de cura é nula? Alguns também podem argumentar nesse momento sobre questões espirituais. Uma pessoa ainda nos momentos antes da morte poderia encontrar algum sentido em sua vida, vislumbrar alguma espiritualidade, de fato. Negar, porém, a morte (mais confortável possível) a alguém que deseja morrer (e morrerá) argumentando que ainda é possível para essa pessoa encontrar um sentido para sua vida, ao contrário de ser uma atitude benevolente, é uma ingerência e coerção sobre ela que, além do mais, parece-nos cruel. Com relação ao argumento do papel do profissional da saúde, é urgente a discussão sobre o suposto dever absoluto de “não matar” no contexto médico e seus fundamentos – o que nos obrigaria a voltar à questão da autonomia das pessoas, entre outras coisas. Uma vez legalizada e regulamentada a prática da eutanásia ou do suicídio assistido, normas e funções seriam traçadas para proteger tanto a equipe de saúde quanto os pacientes. Apesar de ainda poder receber julgamentos morais negativos, a equipe de saúde especializada estaria exercendo funções de suas profissões e campo de atuação escolhido ao praticar o ato. Para responder ao argumento que aponta os perigos da banalização da prática, ou seja, que se vai “ladeira abaixo” (a ladeira escorregadia), é preciso atentar-nos para o fato de que as legislações que regulam a morte assistida de fato contam com equipes multidisciplinares, treinadas para tratar cada caso em sua especificidade, e que as alterações têm sido feitas após amplo debate. Com relação ao último argumento, do abuso de poder, de fato, é possível que ocorra. Uma legislação forte, porém, que bem regulamente e construa meios de vigilância e fiscalização serviria para a proteção aos pacientes, diminuindo a possibilidade de ocorrência de crimes em instituições de morte assistida.

3 VERTENTES DA BIOÉTICA NA LIDA COM O TEMA DA MORTE ASSISTIDA E A QUESTÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA

Com o intuito de tratarmos das questões relacionadas à morte assistida, também precisamos descobrir qual noção de dignidade da pessoa seria capaz de melhor iluminar o debate. Nesse sentido, elucidaremos as vertentes mais relevantes da bioética, a fim de, em seguida, explicitar a que defendemos.

A abordagem dos quatro princípios, também conhecida como principialismo, sistematizada na obra de Beauchamp e Childress (2002), defende que os debates em bioética

devem ser regrados por princípios básicos. São eles: a não maleficência, a beneficência, a justiça e o respeito à autonomia. Para guiar as ações, segundo tal perspectiva, deve ser realizada uma ponderação entre tais princípios (com eventual predominância de um ou outro a depender da situação), de modo que os quatro princípios convirjam para tomadas de decisões corretas. A estratégia pode ser considerada útil e efetiva em casos práticos, no entanto, a ausência de hierarquia clara entre os princípios eleitos como fundamentais pode causar conflitos em um processo de tomada de decisão – crítica importante dirigida por Darlei Dall’Agnol ao principialismo. Especificamente no tratamento do tema da morte medicamente assistida, desenvolvida com detalhe no capítulo “Não maleficência” (Beauchamp; Childress, 2002, p. 244-262), a posição principialista admite que, em casos específicos, o ato de matar ou deixar morrer é justificado se a ação/decisão visar à morte por piedade¹⁵. Mas, apesar de, em determinadas situações, ser favorável à prática da eutanásia passiva e do suicídio assistido, não admite a eutanásia ativa. Beauchamp e Childress (2002) negam que as leis com relação ao tema devam ser revisadas, recorrendo ao argumento da “ladeira escorregadia”, mesmo reconhecendo as controvérsias que tal tipo de argumento carrega, principalmente a falta de evidências empíricas de que a liberação de uma prática para casos restritos instigue necessariamente a ampliação da prática para casos mais amplos. A recusa dos autores em relação à eutanásia ativa envolve, sobretudo, o receio da criação de éticas profissionais e sociais deturpadas, o que poderia fragilizar tanto aquelas pessoas que já são mais vulneráveis, quanto o papel do profissional da saúde. Para eles:

Justificar um ato é diferente de justificar uma prática ou uma política. [...] Por razões políticas, é às vezes necessário proibir totalmente tais atos, mesmo que não sejam moralmente errados. [...] uma prática ou uma política que permite matar abre porta para a ocorrência de abusos, e pode acabar por causar mais danos que benefícios. [...] Em resumo, a descida na trilha rumo ao ato de matar injustificadamente seria tão escorregadia e íngreme que não deveríamos nos aventurar por ela (Beauchamp; Childress, 2002, p. 254-255).

No mesmo sentido de Dall’Agnol, Bonella (2022) assinala que a solução do principialismo para os dilemas da eutanásia e do suicídio assistido é ambígua e não resolve o

¹⁵ “Não há nada em ‘matar’ e ‘deixar morrer’ que implique julgamentos acerca do caráter certo ou errado das ações, ou acerca de sua beneficência ou não maleficência. O que é certo e o que é errado dependem do mérito da justificação que está por trás da ação, e não do tipo de ação. Portanto, nem matar nem deixar morrer são em si errados, e no tocante a isso tais ações devem ser distinguidas do assassinato, que é errado em si. Tanto matar como deixar morrer são errados *prima facie*, mas, em algumas circunstâncias, podem ser justificados” (Beauchamp; Childress, 2002, p. 250-251).

problema¹⁶. Se a morte assistida às vezes é justificada, mas, mesmo assim, isso não ratifica mudar as normas que a proíbem, então “novamente ficamos diante de um tipo de impasse entre aprovar a morte voluntária pelas razões da autonomia e não maleficência individuais, e não aprovar pelas razões da estabilidade médica e segurança social” (Bonella, 2022, p. 149). De fato, os autores admitem que sua visão carrega um conflito entre as duas perspectivas (Beauchamp; Childress, 2002, p. 269), mas acreditam que ele possa ser superado pelo método do Equilíbrio Reflexivo. Essa esperança não é compartilhada por Dall’Agnol nem por Bonella.

O princípalismo não oferece uma definição da expressão “dignidade humana”, e o termo “dignidade” é usado de maneira fluida no livro e aparece em relativamente poucas ocorrências. Uma “ambiguidade cerca expressões tais como ‘dignidade’ e ‘vida com sentido’ (*meaningful life*)” mas, apesar disso, não se pode desconsiderar o que esses termos sugerem (Beauchamp; Childress, 2002, p. 240). Pode-se supor então que uma ponderação entre os já citados quatro princípios (e o destaque de um ou outro dependendo de cada cenário avaliado) deva preservar o que se entende, nesses contextos, por dignidade humana. Assim, contrariamente à ideia de que suspender a hidratação e a nutrição artificiais de um paciente o levaria, sempre, a uma morte “indigna”, os autores afirmam que, em certos casos, mantê-la pode gerar uma situação “indigna” (Beauchamp; Childress, 2002, p. 226). Em geral, em vez da ideia de dignidade eles preferem operar com noções como “qualidade de vida” e “respeito à autonomia da pessoa”, sendo que podem, juntas ou alternadamente, ancorar a noção de dignidade.

Perspectivas autonomistas (Engelhardt Jr., 1996; Veath, 1981) tomam o princípio do respeito à autonomia, entendida como a vontade expressa do indivíduo, como fundamental e mais importante. Nessa visão, podemos dizer que a dignidade humana reside no direito de escolha e autodeterminação, e negar a alguém esse direito equivaleria a negar-lhe a dignidade. Normas morais advindas de reflexões de caráter autonomista tendem a ser mais liberais. No caso, então, da morte assistida, na perspectiva de um autonomista, o desejo do paciente é sempre o elemento de mais peso para a decisão pelo procedimento. Já nos referimos aos problemas práticos enfrentados por essa vertente, resumidos na crítica de que em muitas situações as

¹⁶ Segue um trecho de Beauchamp e Childress (2002) que parece bem exemplificar a ambiguidade apontada por Bonella: “Não estamos convencidos nem de que a legalização seja a melhor política pública nem de que seja uma política que devemos rejeitar. De qualquer modo, a questão fundamental enfrentada hoje pela ética biomédica não é a dos limites precisos que uma política pública deve fixar no que diz respeito à assistência na morte (por mais importante que seja a questão), mas sim a questão das formas de assistência na morte que são moralmente justificáveis” (Beauchamp; Childress, 2002, p. 262).

pessoas não seriam, de fato, autônomas. Uma possível resposta a essa crítica estaria em admitir que toda autonomia é, em maior ou menor grau, limitada e referida a uma situação. Sendo assim, talvez o essencial não seja, em casos polêmicos, questionar se uma decisão é ou não autônoma, mas perguntar se, admitida a autonomia da pessoa, sua dignidade se resumiria a ela. O conceito de dignidade nas vertentes autonomistas parece-nos muito restritivo, já que o desrespeito à dignidade de uma pessoa não ocorre apenas quando se desrespeita seu poder de escolha. Ao contrário, há várias outras maneiras de se falhar com o respeito devido às pessoas.

Opostamente ao autonomismo, temos vertentes de inspiração kantiana¹⁷ (Pessini, 2004, 2016), que prezam pelo valor intrínseco da vida, como algo sagrado, no sentido de intocável. Ter reconhecida e respeitada essa sacralidade seria ter reconhecida a dignidade. Os autores que transitam nessa linha de pensamento tendem a ser mais conservadores e, quando diante de situações como as de nosso objeto de reflexão, tendem a prezar mais pelo cuidado e atenção (se formos tomar os princípios do principialismo, pela beneficência e a não maleficência) do que respeitar a autonomia/vontade do paciente. Aqui teríamos, por exemplo, a teoria da beneficência-na-confiança (Pellegrino; Thomasma, 1981), que defende que o profissional da saúde está mais bem preparado para tomar decisões a respeito de seus pacientes do que eles próprios. Isso pode ser, em alguns casos, verdade. No entanto, quando o assunto é morte assistida, estaria essa tese correta? Acreditamos que não. Se o autonomismo pode pecar pela exclusividade dada à autonomia, quando não considera outros fatores que também contribuem para a dignidade humana, como os que dizem respeito à situação e aos contextos de decisão do paciente, as filosofias do valor intrínseco da vida ou de sua sacralidade pecam pela exclusividade do valor conferido à mera existência da pessoa, cuja consequência é a falência do respeito à sua vontade. O paciente, que supomos estar consciente e bem informado, não é levado em consideração nas decisões que dizem respeito à sua própria vida e morte, pois a vida é tomada como algo intocável, assim como “digna de ser vivida”, em qualquer circunstância. Tal interpretação é perpassada de vieses religiosos e não compartilhados por todos.

Neste momento, é pertinente trazemos a reflexão de Pessini sobre a vida e a morte dignas. Apesar de estritamente contrário à prática da morte assistida, o autor nos traz uma reflexão importante sobre dignidade e justiça social:

¹⁷ De fato, a designação dessas vertentes como “kantianas” não implica afirmar que elas seguiriam a filosofia de Kant em sentido estrito. A noção de autonomia, por exemplo, central no sistema kantiano, mas com um sentido diferente do que utilizamos até aqui, não é mobilizada por esses autores.

[...] o morrer com dignidade é uma decorrência do viver dignamente e não meramente sobrevivência. Se não se tem condição de vida digna, no fim do processo garantiríamos uma morte digna? [...] É chocante e até irônico constatar situações em que a mesma sociedade que negou o pão para o ser humano viver lhe oferece a mais alta tecnologia para “bem morrer!” (Pessini, 2005, p. 45).

O autor traz a questão da desigualdade social para problematizar a “boa vontade” em ajudar a “bem morrer”, mas a negação a muitos de condições básicas para “bem viver”. A reflexão é pertinente, mas também é importante adicionarmos um item a ela. Uma pessoa que teve dificuldade de subsistência durante sua vida inteira não estaria sendo novamente injustiçada quando, diante de uma doença terminal, e desejando autenticamente a morte assistida, lhe fosse negado o direito de morrer com dignidade? Seria a defesa inquestionável da continuidade de uma vida (e da “morte no momento certo”), independentemente da qualidade e satisfação de quem a está vivendo, uma expressão de reconhecimento da sacralidade da vida e da dignidade humana?

4 O CUIDADO RESPEITOSO COMO RESPOSTA

Compreendemos que uma pessoa apenas pode ser reconhecida como tal quando/porque se constitui como ser em vínculo constante com o mundo à sua volta. Essa parece ser a forma mais eficiente de tratar das questões éticas, inclusive bioéticas. Enquanto as demais perspectivas tendem a ser abstratas, pois colocam a pessoa “fora do mundo” – ora um átomo “dono de si”, ora um ser imaculado a ser preservado a todo custo –, concepções mais relacionais admitem a possibilidade de autenticidade da pessoa, mesmo que esta tenha nascido e vivido em um contexto determinado. A pessoa, então, é formada sempre pelo seu contexto (onde nasce e vive), mas não está fatalmente determinada por ele (Taylor, 1997, 1985).

A Ética do Cuidado (Engster, 2009; Gilligan, 1982; Noddings, 2013) é um exemplo de pensamento que defende que as tomadas de decisão sempre são feitas a partir de um contexto, e sempre em relação com as outras pessoas e com o mundo. Reflete sobre a dependência do ser humano. Essa dependência, que para os autonomistas seria um aspecto ruim, aqui é tomada apenas como uma condição humana. E a cada vez mais frequente tendência a negá-la é um sinal do crescente individualismo da civilização contemporânea¹⁸. No mesmo sentido vai o conceito de “autonomia relacional”, citado anteriormente.

¹⁸ A Ética do Cuidado pode nos ser apropriada quando falarmos de cuidados paliativos, tema que vem recebendo atenção em nosso país, principalmente após a divulgação do Índice de Qualidade de Morte (Death Quality Index),

A já referida teoria bioética do Cuidado Respeitoso, proposta por Dall’Agnol (2012, 2016a, 2016b) tem também uma perspectiva relacional. Tal teoria parece-nos a melhor alternativa de resposta aos dilemas levantados pela morte medicamente assistida, diante da questão da dignidade da pessoa. Apesar de o autor não operar explicitamente com o termo “dignidade”, acreditamos ser possível concluir algo a respeito desse tema com base em sua teoria.

A teoria do Cuidado Respeitoso é fundamentada em uma metaética denominada Cognitivismo Prático. Segundo esta última, o conhecimento moral não pode basear-se apenas no *saber que*, mas também no *saber como*. Dall’Agnol alude a Wittgenstein que, segundo ele, usa a palavra “saber” explicando que o conhecimento envolve mais do que nossas crenças e cálculos mentais, mas também conhecimento prático quando falamos “ah... agora eu sei!” com o sentido de “agora eu entendo e consigo (fazer tal coisa)!”¹⁹.

Dall’Agnol (2016a, 2016b) defende que os elementos primordiais do *saber como* moral – e especificamente em bioética – são: o cuidado e o respeito. O cuidado, em sua visão, não deve ser encarado como um ato paternalista que comprometa a autonomia da pessoa, nem o respeito à autonomia deve ser tão formal que comprometa a simpatia (o reconhecimento da personalidade do outro) e culmine em indiferença. Nessa teoria normativa, então, se “sei o que é” cuidado e “o que é” respeito, *sei como* cuidar e *sei como* respeitar. Se entendo (teórica e praticamente) em que consistem essas duas ações, sou capaz de cuidar respeitosamente. Conhecimento moral em bioética, assim, será *saber como cuidar respeitosamente*.

Para bem esclarecer esse saber moral, Dall’Agnol reduz os quatro princípios de Beauchamp e Childress (2002) a dois, de modo que respeito à autonomia e justiça resultam em respeito, e não maleficência e beneficência resultam em cuidado. Diferentemente da ponderação de princípios proposta pela dupla de autores, essa redução de Dall’Agnol pretende “simplificar” e reduzir para englobar aqueles quatro princípios em, inicialmente, dois, cuidado e respeito, e depois em um só elemento, o cuidado respeitoso, que será finalmente traduzido em uma só atitude: cuidar respeitosamente: “Um dos maiores desafios da Bioética atual é

em 2015, realizado pela Economist Intelligence Unit. Nessa pesquisa, dos 80 países analisados, o Brasil ficou na posição 42, um pouco abaixo da média. Apesar de ainda bastante aquém do ideal, o país teve melhora em relação ao índice de 2010, no qual foi classificado na posição 38 de 40 países analisados. Fonte: <https://impact.economist.com/perspectives/health/2015-quality-death-index>.

¹⁹ “Practical cognitivism is the epistemic thesis that there is moral knowledge and that is best understood in terms of knowing-how and not only in terms of knowing-that. The central idea is that a sound moral epistemology reveals that moral knowledge is mainly a matter of knowing-how to follow normative standards” (Dall’Agnol, 2016a, p. 474-475).

compatibilizar cuidado e respeito num todo coerente capaz de unificar a vida moral” (Dall'Agnol, 2012, p. 135).

Podemos ter a ideia equivocada de que, em bioética, o cuidado respeitoso compreende apenas a relação paciente-profissional da saúde; no entanto, o autor nos chama a atenção para o fato de que o bem-estar do paciente depende do contexto geral, envolvendo também familiares, amigos e, muitas vezes, as instituições de uma sociedade. Então, podemos dizer que a teoria do Cuidado Respeitoso se desenvolve numa perspectiva relacional, que insere o indivíduo em seu contexto, mas exige o reconhecimento de sua autonomia.

O filósofo ainda defende que o saber moral é um valor intrínseco do ser humano. Apesar de as normas morais e os significados da terminologia moral não serem universais, observamos que toda sociedade funciona sob normas morais (que muitas vezes se traduzem em normas legais). Quando se diz, então, que o saber moral é valor intrínseco do humano, isso significa que a moralidade, como percebemos na história da espécie, é condição para a vida humana. Normas morais, em cada sociedade, guiarão o que significa bem, mal, verdade etc. Poderíamos interpretar o valor intrínseco apontado por Dall’Agnol também como uma expressão da dignidade da pessoa, pois a agência (reflexão, deliberação e ação) moral é uma característica central do ser humano que, ao mesmo tempo, o vincula aos outros e o constitui como agente autônomo. São os dois lados da dignidade humana.

Reconhecendo a pluralidade de culturas e de costumes do mundo, o autor recusa a ideia de relativismo moral, e afirma a necessidade de uma espécie de fundamento comum – construído a partir do cuidado e do respeito – do qual todas aquelas morais deverão emergir. Esse fundamento, então, não teria a função de exatamente estruturar tais morais, mas de dar os “pontos de apoio”, fundação, para que, daí, sejam estruturadas, cada uma à sua maneira, com suas particularidades. Ele chamará esse fundamento de *Moral Comumente Partilhável*.

Uma *Moral Comumente Partilhável* [...] é condição de possibilidade para a coexistência de diferentes sistemas morais e, nesse sentido, desempenha uma função transcendental e representa um núcleo moral mínimo que toda e qualquer moral particular deve efetivamente incorporar (Dall’Agnol, 2012, p. 140).

Considerando a tese de Dall’Agnol, se as morais que prescrevem ações no campo da bioética tiverem como núcleo (fundamento) o Cuidado Respeitoso, elas serão capazes de decidir satisfatoriamente sobre como agir em cada caso. Independentemente do conjunto de normas que regulem a prática do profissional da saúde para com o paciente/pessoa, e dos

costumes de uma sociedade com relação a temas delicados como a morte assistida, se elas forem calcadas em Cuidado Respeitoso tenderão a respeitar a dignidade do indivíduo.

A saída pela adoção do Cuidado Respeitoso como atitude fundamental em bioética e, mais especificamente, no serviço de assistência à saúde e bem-estar pretende mostrar que a morte assistida pode constituir um ato de cuidado (assistência, acompanhamento, ouvir o outro) e respeito (garantia de autonomia) aos pacientes terminais em alguns contextos. Ou seja, mais que “deixar morrer” (como já permite a nossa legislação, em casos determinados), o ato de “ajudar a morrer” (reduzindo sofrimentos físicos e psicológicos), por meio dos cuidados paliativos, mas também pela morte assistida, pode ser considerado um ato de cuidado respeitoso. Saber reconhecer a vontade legítima da pessoa (paciente) que quer a morte assistida, dando-lhe um último apoio parece parte do *saber como* cuidar respeitosamente.

O próprio autor (Dall’Agnol, 2016b) já pensou a questão das decisões a serem tomadas quanto a recém-nascidos em situação de risco de morte, analisando casos²⁰ concretos com relação à questão do cuidado – e seus limites – e do respeito. Ele pergunta qual ação refletiria o melhor interesse do indivíduo que nasce em determinadas condições adversas e limitantes de saúde, o que, acreditamos, culmina na questão da dignidade da pessoa. Trata-se, aqui, de estender sua análise e pensar, também em termos de cuidado respeitoso, novas situações, na bioética. O êxito na discussão dos casos dos bebês é um indicativo, para nós, do caráter promissor de sua teoria no tratamento da questão da morte assistida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de apresentar a terminologia e as principais posições em bioética sobre a morte assistida, recorreremos à teoria normativa do Cuidado Respeitoso desenvolvida pelo filósofo brasileiro Darlei Dall’Agnol, para defender o direito à morte assistida em casos específicos. Entendemos que ajudar a morrer pode ser um ato de cuidar respeitosamente daquelas pessoas que enfrentam uma doença em fase terminal e que desejam encurtar suas vidas, tendo suas dores (de natureza física, psicológica e espiritual) minimizadas. Um Estado que, por meio de uma política plena de cuidados paliativos e por meio da regulamentação da morte assistida, permite-a, em determinados casos, parece também estar guiado por aquela normativa do Cuidado Respeitoso. Isso porque, ao mesmo tempo que procura assistir o enfermo em vida, reconhece

²⁰ Casos do bebê 1 (nascido nos EUA), contado no Capítulo 1; do bebê 2 (nascido no Brasil), contado no Capítulo 3; e do bebê 3 (nascido no Reino Unido), contado no Capítulo 5 (Dall’Agnol, 2016b).

sua autonomia (seu poder de autodeterminação com relação à sua própria vida e morte) e o auxilia no momento da morte, se assim for de sua vontade.

Estabelecemos também a relação entre o Cuidado Respeitoso e a ideia de dignidade humana. Haddad (2021) mostra-nos que, no direito civil, a dignidade da pessoa humana é garantida pelo direito ao desenvolvimento da personalidade e à autodeterminação. A autodeterminação pode ser traduzida pela garantia à autonomia existencial, pois ela “está atrelada à ideia de liberdade para viver segundo suas escolhas pessoais” (Haddad, 2021, p. XV). Se a autonomia está no cerne da dignidade, o cuidado é essencial para o desenvolvimento de pessoas realizadas e autônomas. Entretanto, muitas perspectivas tendem a opor as duas coisas, como se a aposta na autonomia fosse uma atitude de descuido e de abandono, principalmente quando se fala em morte assistida. O Cuidado Respeitoso aparece como uma teoria capaz de integrar valores essenciais à cultura e sociedade brasileiras, como a importância dos vínculos comunitários e a atenção às pessoas vulneráveis a direitos fundamentais como a autodeterminação. No entanto, no Brasil, a influência do conservadorismo e da religião tem impedido a emergência de discussão desse e de outros temas que dizem respeito a escolhas pessoais dos indivíduos – relacionados à educação e saúde principalmente – na esfera pública, sobretudo nas instâncias legisladoras. Nenhuma convicção religiosa deveria ferir a laicidade do Estado, pois, quando isso acontece, temas que poderiam ser discutidos abertamente com a população tornam-se tabus: a interrupção voluntária da gravidez, os métodos contraceptivos, a educação sexual nas escolas, a própria questão da morte assistida e outros.

REFERÊNCIAS

BATTIN, Margaret Pabs. **Ending life: ethics and the way we die**. Nova Iorque: Oxford University Press, 2005.

BATTIN, Margaret Pabs. **The least worst death: essays in Bioethics on the end of life**. Nova Iorque: Oxford University Press 1994.

BBC News Brasil. Um ano depois, desejo de americana com câncer que fez suicídio assistido é realizado. **BBC News Brasil**, 6 out. 2015. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/10/151006_suicidio_assistido_ca_lab. Acesso em: 11 abr. 2024.

BBC World Service. The doctor who helped her mother to die. **Witness History**, 24 nov. 2021. Disponível em: https://www.bbc.co.uk/sounds/play/w3ct1x8k?at_custom3=BBC+World+Service&at_custom4=0714A614-4EB1-11EC-B1B9-

922A3A982C1E&at_custom2=twitter&at_custom1=%5Bpost+type%5D&at_campaign=64&at_medium=custom7. Acesso em: 20 abr. 2024.

BBC News Brasil. ‘A única coisa que mereço é uma morte digna’: a mulher que conseguiu descriminalizar a eutanásia no Equador. **BBC News Brasil**, 17 fev. 2024. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/c04rxm83yn0o>. Acesso em: 20 fev. 2024.

BEAUCHAMP, Tom L., CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BONELLA, Alcino Eduardo. **Viver e morrer bem**: ensaios de bioética. Curitiba: Appris editora, 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 729, de 07 de dezembro de 2023. Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3265-resolucao-n-729-de-07-de-dezembro-de-2023>. Acesso em: 10 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 20 abr. 2024.

CNN Brasil. Homem de 60 anos é 1ª pessoa sem doença terminal a morrer de eutanásia na Colômbia. **CNN Brasil**, 08 jan. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/homem-de-60-anos-e-1a-pessoa-sem-doenca-terminal-a-morrer-de-eutanasia-na-colombia/>. Acesso em: 4 maio 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.805/2006. Dispõe que na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 ago. 2012. p. 269-270.

DADALTO, Luciana. **Testamento vital**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

DADALTO, Luciana; CANESCHI, Camila Fagundes Lima Monteze; FROTA, Gabriel Anselmo. Completed life pill: incompatibilidade teórica em relação à boa morte e impactos associados. **Revista M.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 332-356, jul./dez. 2020.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Rev. bioét.**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 463-476, 2013.

DALL'AGNOL, Darlei. **Care and respect in bioethics**. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2016b.

DALL'AGNOL, Darlei. Cuidar e respeitar: atitudes fundamentais na bioética. **Bioethikos**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 133-146, 2012.

DALL'AGNOL, Darlei. Knowing-how to care. **Journal of Medical Ethics**, [s. l.], v. 42, n. 7, p. 474-479, 2016a.

ENGELHARDT JR, H. Tristram. **Bioethics and morality: the foundations of bioethics**. 2. ed. Nova Iorque: Oxford University Press, 1996.

ENGSTER, Daniel. **The heart of justice: care ethics and political theory**. Oxford: Oxford University Press, 2009.

G1 Mundo. Mulher morre por eutanásia no Peru, no primeiro caso da história do país. **G1 Mundo**, 22 abr. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2024/04/22/mulher-morre-por-eutanasia-no-peru-no-primeiro-caso-da-historia-do-pais.ghtml>. Acesso em: 4 maio 2024.

GILLIGAN, Carol. **In a different voice: psychological theory and women's development**. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1982.

GOODMAN, Kenneth W. **The case of Terri Schiavo: ethics, politics, and death in the 21st Century**. Oxford: Oxford University Press, 2010.

HADDAD, Sálvia de Souza. **Suicídio assistido por completed life: o cansaço existencial como base para o direito ao suicídio assistido**. Indaiatuba: Editora Foco, 2021.

HUMPHRY, Derek. **Jean's Way**. Carol Pub Group: Secaucus, 1991.

NAVAS, María Elena. Eutanásia psiquiátrica: entenda essa prática polêmica e onde ela é permitida. **BBC News Mundo**, 13 dez. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-59616988>. Acesso em: 13 maio 2024.

NODDINGS, Nel. **Caring: a relational approach to ethics and moral education**. Berkeley: University of California Press, 2013.

PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. **A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions**. Nova Iorque: Oxford University Press, 1981.

PESSINI, Leo. **Eutanásia: por que abreviar a vida?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2004.

PESSINI, L. **Morrer com dignidade**. 5. ed. Aparecida: Santuário, 2005.

PESSINI, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Rev. bioét.**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 54-63, 2016.

SANCHEZ Y SANCHES, Kilda Mara; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 23-34, 2013.

SHERWIN, Susan; WINSBY, Meghan. A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. **Health Expectations**, [s. l.], v. 14, p. 182-190, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00638.x>

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 111-119, 2005.

TAYLOR, Charles. **As fontes do self**: a construção da identidade moderna. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Dinah de Azevedo de Abreu. São Paulo: Loyola, 1997.

TAYLOR, Charles. The person. *In*: CARRITHERS, M.; COLLINS, S.; LUKES, S. (ed.). **The category of the person**: Anthropology, Philosophy, History. Cambridge: University Press. 1985. p. 257-281.

VEATCH, Robert M. **Theory of medical ethics**. New York: Basic Books, 1981.