

**“Matar” vs “deixar morrer”: critérios de distinção e a análise de
Beauchamp e Childress em *Principles of Biomedical Ethics***

Patrícia Trindade Gonçalves

Dissertação de Mestrado em Filosofia

Junho 2017

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Filosofia, realizada sob a orientação
científica de Professora Marta Mendonça

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, senhora Professora Marta Mendonça, pela orientação, amizade e, principalmente, pela permanente disponibilidade e pelo constante apoio, imprescindíveis no desenvolvimento e na elaboração desta dissertação.

Aos senhores Professores Luís Mendes da Graça, Carlos Calhaz Jorge, Luís Soares de Almeida e aos senhores Drs. António Gomes da Costa e Carlos Caseiro Marques, meus amigos médicos sempre disponíveis, pelos reiterados votos de confiança, pelo permanente apoio e por tantos e tão bons ensinamentos.

Aos meus amigos presentes, como sempre, em todos os momentos importantes da minha vida.

“Matar” vs “deixar morrer”: critérios de distinção e a análise de Beauchamp e Childress em *Principles of Biomedical Ethics*

Patrícia Trindade Gonçalves

[RESUMO]

PALAVRAS-CHAVE: deixar morrer, eutanásia, matar, Beauchamp, principialismo

A dicotomia “matar”/“deixar morrer” tem sido a mais utilizada para separar moralmente a actuação médica nas situações de fim de vida. Se “matar” é tradicionalmente visto como um acto proibido, “deixar morrer” pode, em determinadas circunstâncias, ser um comportamento moralmente admissível. Ao longo do tempo foram propostos vários critérios de diferenciação que permitissem distinguir moralmente as duas situações. Veremos quais foram, os pressupostos em que assentam e as críticas de que foram alvo. Seguidamente, analisaremos a forma como Beauchamp e Childress abordam esta questão na sua obra de referência, *Principles of Biomedical Ethics*.

**“Killing” vs “letting die”: Distinguishing criteria
and the analysis of Beauchamp e Childress in *Principles of Biomedical Ethics***

Patrícia Trindade Gonçalves

[ABSTRACT]

PALAVRAS-CHAVE: letting die, euthanasia, killing, Beauchamp, principlism

The dichotomy between “killing”/“letting die” has been the most common way to morally distinguish medical practices in end of life scenarios. If “killing” has traditionally been seen as an illegal act, than “letting die” may, under certain circumstances, be morally allowed. Over the years, there have been several varying criteria proposed to morally distinguish between such situations. We will look at which ones, the assumptions on which they are based and the reviews they received. Afterwards, we will analyze how Beauchamp and Childress discussed this question in their reference work, the *Principles of Biomedical Ethics*.

ÍNDICE

Introdução.....	1
Capítulo I: “Matar” e “deixar morrer” em medicina	2
Capítulo II: Critérios mais comuns	6
II. 1. Justificações religiosas e filosóficas.....	8
II. 2. Intencionalidade.	15
II. 3. Actos vs omissões.	27
II. 4. Causalidade.	32
II. 5. Autonomia da vontade.....	38
II. 6. Não iniciar vs suspender tratamentos.	41
II. 7. Meios ordinários vs meios extraordinários e iminência de morte.	44
Capítulo III: <i>Principles of Biomedical Ethics</i> : o modelo principialista e o seu método	52
Capítulo IV: “Matar” e “deixar morrer” em <i>Principles of Biomedical Ethics</i> ..	64
Conclusão	87
Bibliografia	92

LISTA DE ABREVIATURAS

Art.: Artigo

CC: Código Civil

CP: Código Penal

DDE: Doutrina do Duplo Efeito

MC: Moralidade Comum

PBE: *Principles of Biomedical Ethics*, 2013, 7th Edition. New York: Oxford University Press.

WRE: Wide Reflexive Equilibrium

INTRODUÇÃO

Na prática médica, mas também no diálogo comum, mesmo que intuitivamente, a diferença entre “matar” e “deixar morrer” parece comportar uma carga moral intrínseca. É intuitiva a associação de um desvalor acrescido ao acto de “matar” por contraposição a “deixar morrer”. Mas porquê?

Talvez seja possível sustentar a nossa convicção no fundamento religioso da sacralidade da vida - “não matarás”. Em benefício da conduta omissiva de “deixar morrer”, poderemos invocar o respeito pela autonomia da vontade relativamente às coisas que só a si dizem respeito. Daqui talvez decorra um outro argumento, o de que “matar” implica uma actuação causal do agente, enquanto “deixar morrer” pressupõe apenas uma omissão que permite a ocorrência do desfecho natural. Poderá a intenção do agente alterar a configuração moral da actuação? Será o acto de “matar” intrinsecamente mau, em qualquer circunstância e sempre moralmente mais condenável do que “deixar morrer”? O que distingue estas duas realidades e o que pode justificar uma actuação que não justifica a outra? Quais os critérios que nos permitem distinguir entre “matar” e “deixar morrer”?

A bioética não podia passar ao lado da análise da justificação moral da fundamentação decisória desta percepção. Beauchamp e Childress analisaram o problema. Poderá o modelo principialista e os seus quatro princípios, todos *prima facie*, oferecer uma resposta satisfatória a esta questão? Que princípios se escondem por trás de cada uma das opções e, em caso de conflito, qual deverá prevalecer? Poderá o método do equilíbrio reflexivo de Rawls ajudar na solução dos problemas concretos que estas questões morais colocam? Em suma, teremos condições para oferecer a cada médico a garantia de uma decisão moral justificada nas decisões diárias que têm de tomar?

Para análise da questão dividimos a dissertação em duas partes distintas. A primeira parte é consagrada à enunciação e análise dos principais critérios propostos para uma diferenciação entre “matar” e “deixar morrer”. Na segunda parte veremos como se posicionam sobre esta questão Beauchamp e Childress, designadamente, na obra *Principles of Biomedical Ethics* (PBE).

1. MATAR E DEIXAR MORRER EM MEDICINA

Em 4 de Dezembro de 1973 a *American Medical Association* (AMA) anunciava ao universo clínico:

“O fim intencional da vida de um ser humano por outro ser humano – morte misericordiosa – é contrário ao que a profissão médica defende e é contrário à política da American Medical Association.

A decisão de cessação da utilização de meios extraordinários que prolongam a vida do corpo quando há evidência irrefutável de que a morte biológica está iminente é da responsabilidade do doente e/ou da sua família mais próxima. O conselho e avaliação médicos devem estar livremente disponíveis para o doente e/ou para a sua família mais próxima” (Rachels, 1989a:78).

Matar, mesmo que misericordiosamente, é um acto moralmente censurável, contrário às boas práticas médicas e, por essa razão, expressamente reprovado pela *American Medical Association*. O médico é aqui apresentado na versão hipocrática mais tradicional, como aquele que cura ou, pelo menos, como alguém incumbido da missão de cuidar do doente. Qualquer comportamento predeterminado e concretamente motivado no sentido oposto, no sentido de o “matar”, será necessariamente uma directa violação das *leges artis*.

Pelo contrário, a decisão de “deixar morrer”, entendida como a opção por fazer cessar ou suspender determinadas terapêuticas ou mecanismos de suporte de vida que permitem um prolongamento artificial da vida, é admissível em algumas circunstâncias.

Rachels foi um dos primeiros críticos da Declaração. Para este autor, a AMA erra ao fazer depender a caracterização moral do comportamento do agente da distinção entre “matar” e “deixar morrer”. Não faz sentido aceitar que uma actuação que elimina o sofrimento de um ser humano condenado a uma morte inequívoca e dolorosa possa ser moralmente condenável, apenas porque corresponde a um acto de matar. Em contrapartida, recusar iniciar determinada terapêutica ou suspender tratamentos já em

curso, pode ser legitimamente defensável, ainda que agravando a agonia e o sofrimento do doente, apenas porque se trata de deixar alguém morrer (Rachels, 1994: 54-51) ¹.

“Matar” e “deixar morrer” não são critérios válidos de diferenciação moral. Para o provar, Rachels apresenta o exemplo que se segue, com o qual lançou o mote que fez reavivar o aceso debate teórico sobre a existência, ou não, de uma diferença moral intrínseca entre os dois comportamentos.

Se o primo de seis anos de *Smith* morrer, este receberá uma grande herança. Uma noite, enquanto a criança toma banho, *Smith* entra no WC e afoga-o, fazendo depois os arranjos necessários para que pareça um acidente. Numa hipótese alternativa, o mesmo *Smith* dirige-se ao WC com a intenção de matar o primo, mas, uma vez aí, verifica que a criança se desequilibrou, tendo batido com a cabeça e ficado inconsciente e submersa. *Smith* está preparado para afogar o jovem primo, caso o mesmo recupere os sentidos, mas não chega a ser necessário uma vez que tal não acontece, acabando a criança por morrer afogada, *Smith* nada faz para evitar este desfecho. Na primeira situação *Smith* matou a criança. Na segunda, apenas a deixou morrer. Rachels questiona se em algum dos casos o comportamento moral foi menos mau do que no outro (Rachels, 1989: 48-49) ².

Se a diferença entre “matar” e “deixar morrer” é, em si mesma, uma matéria importante devemos estar em condições de dizer que no segundo caso o comportamento de *Smith* é menos censurável do que no primeiro, afirma Rachels. Mas será assim? Intuitivamente, entende, não parece ser. As circunstâncias subjacentes à actuação são, em ambas as situações, idênticas. O motivo é o mesmo, proveito pessoal, e nas duas alternativas a actuação é guiada pelo mesmo fim. Por isso, mesmo que na segunda hipótese o perpetrador alegasse que não matou, mas que apenas deixou morrer,

¹ Em sentido igualmente crítico, cf. Tooley, 1994:103-111.

² Beauchamp discorda da conclusão de Rachels. Em alguns casos injustificados, como o do exemplo apresentado, as distinções morais entre “matar” e “deixar morrer” não são, *per se*, relevantes. Se os dois actos são moralmente injustificados, praticados por agentes cujos motivos e intenções são desprezíveis, não surpreende que outras características, tais como a diferença entre “matar” e “deixar morrer”, não sejam moralmente relevantes. Mesmo que na situação em que deixa o primo afogar-se o agente não seja causalmente censurável e responsável pela morte do primo, a moralidade condena de forma igual ambos os comportamentos, in Beauchamp; Childress, 1996: 222-223.

poderia esta defesa ter algum peso? Seria esta atitude moralmente menos má do que a anterior? Moralmente esta não parece ser uma defesa aceitável. E se assim é, não parece ser a diferença entre “matar” e “deixar morrer” que altera a nossa percepção moral de um acontecimento. Se esta diferença efectivamente existe, devemos procurá-la noutra lugar.

Mas então, como explicar o generalizado desconforto acrescido que sentimos relativamente ao acto de matar? Rachels considera que somos vítimas de um erro resultante da incontornável associação generalizada do acto de matar a actos terríveis, por contraposição aos casos de “deixar morrer”, de que quase não se ouve falar, excepto exactamente quando falamos de medicina e dos actos de “benevolência” dos médicos (Rachels, 1994: 112-119).

Há, em regra, uma imediata associação do acto de “matar” ao homicídio doloso, o homicídio intencional, premeditado e orientado por maus intuitos. Já a conduta omissiva, que leva a que se “deixe morrer” alguém, é geralmente associada ao assentimento a um pedido do próprio ou a decisões médicas misericordiosas, como as de poupar um moribundo ao prosseguimento artificial da vida, exclusivamente assegurada por tecnologia médica altamente sofisticada. Mas a verdade é que, para além desta “intuição” imediata, nada nos garante que as nossas convicções, mesmo as mais profundas e as mais generalizadas, sejam, só por essa razão, correctas. Basta pensar em situações de omissão dolosa, em que o agente, podendo e devendo actuar para salvar a vida do doente decide, por razões moralmente censuráveis, não o fazer³. O mesmo se diga das omissões negligentes, não intencionais, mas culposas, na medida em que são resultado de um comportamento inadequado ou leviano do agente que poderia e deveria ter agido de forma diferente.

Steinbock considera que Rachels falha na identificação dos pressupostos com base nos quais sustenta a sua crítica à posição da AMA. Na realidade, *“está longe de ser claro que esta distinção (matar/deixar morrer) seja a doutrina da AMA”* (Steinbock, 1994:120-130)

³ Como aconteceria na situação em que um doente desse entrada num serviço de urgência, com indicação para cirurgia urgente, optando o médico por não a fazer depois de o filho da vítima o informar que o pai é um homem rico, que a sua morte o tornará num rico herdeiro, sendo sua intenção partilhar generosamente o seu pecúlio com o clínico, caso o mesmo aceite não intervir clinicamente.

4. Parece assistir alguma razão a Steinbock. Se é verdade que há uma condenação clara da morte intencional e, em contrapartida, parecem ser admissíveis algumas formas de cessação terapêutica, não é possível daí inferir que o critério decisório da AMA assente exclusivamente na distinção entre “matar” e “deixar morrer”. Desde logo porque a AMA não condena singularmente o acto de “matar”, mas sim o acto de matar intencional. Dito de outra forma, não parece que a AMA preconize um desvalor intrínseco do acto de “matar”, mas sim do acto de “matar” sempre que é intencional.

Por outro lado, nem todas as actuações omissivas, nem todas as situações de “deixar morrer” são admissíveis para a AMA. As excepções que parecem se não legitimar, pelo menos, justificar um comportamento omissivo do profissional de saúde, de que decorrerá a morte do doente, são: ⁵

- 1) Que nos encontremos num contexto de utilização de meios extraordinários de prolongamento da vida;
- 2) Que seja iminente a morte biológica do doente;
- 3) Que o doente, ou quem legalmente o represente, manifeste vontade de fazer cessar esses meios extraordinários ⁶.

⁴ No mesmo sentido, Beauchamp, 1978:249: *“Enquanto os casos de Rachels envolvem duas acções injustificadas, uma de “matar” e outra de “deixar morrer”, a declaração da AMA distingue casos de morte injustificada de casos de “deixar morrer” justificados. A declaração da AMA não afirma que a diferença moral é inteiramente predicada na distinção entre “matar” e “deixar morrer” (...)*”. Também Cartwright assenta a distinção no facto de “matar” corresponder a uma violação de um dever negativo, enquanto “deixar morrer” seria a violação de um dever positivo, se é que é que seria violação de algum dever, cf. Cartwright, 1996:359.

⁵ Omissivo deve ser aqui entendido no sentido lato, abrangendo tanto as situações de não interferência no curso do avanço da doença, como ainda o sentido mais activo de intervenção, promovendo a suspensão de tratamentos, sempre que se verifiquem as circunstâncias apontadas.

⁶ Foi feita a substituição da alternativa avançada pela AMA de fazer atribuir valor legal para consentir à vontade manifestada da família, pela possibilidade de reconhecimento da vontade do representante legal, seja um familiar, seja um procurador de cuidados de saúde. O ordenamento jurídico português não atribui poder à família, apenas por essa qualidade, para representar o doente. Na impossibilidade de obtenção de consentimento do próprio, a lei portuguesa faz relevar uma directiva de vontade eventualmente existente ou a vontade manifestada pelo procurador de cuidados de saúde se, em tempo oportuno e de forma legal, o doente tiver procedido à sua nomeação. Não existindo qualquer um destes elementos de vontade, a decisão de “deixar morrer” deverá respeitar critérios objectivos – melhor interesse do doente – sendo sempre preferível, antes de qualquer decisão, obter confirmação judicial de actuação, cf. <http://spms.min-saude.pt/2016/06/rentev/> e Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho. Cf. também art. 38º do Código Penal (consentimento do ofendido), art. o 39º (consentimento presumido) e representação de menores, art. 1881º do Código Civil (CC).

É necessário determinar as razões éticas ou legais que estão por trás da decisão de afastar, em qualquer circunstância, o acto “*intencional*” de matar e, conseqüentemente, no domínio da medicina, a eutanásia activa, bem como perceber o porquê da escolha da “*iminência da morte*” e da “*utilização de meios extraordinários*” como critérios de permissão de um comportamento omissivo de que resulta a morte de um ser humano. Por outro lado, é fundamental analisar a relevância moral da vontade expressa pelo doente e pela sua família nesta decisão e em que medida deve ser atendida quando contrária aos seus melhores interesses. São estes critérios meramente enunciativos ou, pelo contrário, são taxativos? Há margem para interpretações analógicas?

Apesar das críticas de que foi alvo, ainda hoje é a posição sufragada pela AMA que pauta as decisões médicas na comunidade ocidental e que está na base de milhares de decisões sobre vida e morte que, diariamente, são tomadas nos hospitais. A conclusão de que a mesma se encontra fundada em critérios inconsistentes significaria que podemos estar a formular juízos de valor e a decidir o que é eticamente correcto e incorrecto com base em diferenças irrelevantes que, na realidade, nada distinguem do ponto de vista moral.

Será que, como entende Rachels, a diferenciação da AMA assenta exclusivamente na diferença entre “matar” e “deixar morrer” ou estarão presentes, cumulativamente, outros critérios distintivos? O que distingue na prática “matar” de “deixar morrer”?

2. CRITÉRIOS MAIS COMUNS

Se na medicina “matar” tem sido tradicionalmente associado, tanto conceptual como moralmente, a actos indevidos, a absoluta inadmissibilidade de “matar” não é aceite fora do círculo médico. O termo “matar” não conota necessariamente um acto como incorrecto ou como um crime e a regra “não matarás” não é uma regra absoluta. As justificações para matar, como a legítima defesa, salvar alguém em perigo por causa do comportamento ilícito de terceiros, ou a morte accidental não negligente, impedem-nos de prejulgar uma acção como incorrecta apenas e porque corresponde a um acto de “matar”. Por essa razão, fora do domínio médico a aplicação do rótulo “deixar morrer” ou “matar” a um conjunto sequencial de eventos não é suficiente para determinar se

uma acção é correcta ou incorrecta do ponto de vista moral ou legal, mesmo tratando-se de uma morte intencional.

Analisemos primeiro como se distinguem conceptualmente os conceitos de “matar” e “deixar morrer” e depois se esta diferenciação é suficiente para permitir uma distinção prática. Ou seja, se esta determinação conceptual nos permite aferir, no caso concreto, quando estamos perante um acto qualificável como “matar” ou perante uma situação de “deixar morrer”.

O dicionário da língua portuguesa da Priberam define “matar” como o acto de “*tirar a vida a*” ou de “*causar a morte a*”. No dicionário da língua portuguesa da Porto Editora encontramos, para além das ideias anteriormente expressas de “*causar a morte (a)*” ou “*privar (alguém) da vida*”, uma equiparação do conceito de “matar” ao acto de “*assassinar*” (alguém). Segue-se ainda o esclarecimento de que o conceito “matar” pode abranger “*fazer morrer animal*” ou “*abater*” e ainda “*causar devastação a*”, “*destruir*”, “*extinguir*” e “*eliminar*”.

A primeira nota a reter é a de que o conceito “matar” se aplica, indiferenciadamente, a todos os seres vivos (pessoas, animais e plantas), correspondendo, na sua essência, a qualquer forma de privação ou destruição de algo. Neste entendimento “matar” pode não querer dizer mais do que “*provocar o fim de algo*”, no sentido de fazer ou causar directamente a ocorrência deste evento. Parece, por isso, que a clarificação conceptual de “matar” não traz imediatamente associada qualquer carga moral, nem dela decorre a ideia de um desvalor da acção. Não é, assim, possível fundar qualquer distinção moral entre as duas actuações com base na simples análise dos conceitos.

Existem, no entanto, outras formas relativamente padronizadas de aferir a existência de uma distinção moral entre “matar” de “deixar morrer”. As mais comuns são as seguintes:

- a) Justificações religiosas e filosóficas;
- b) Intencionalidade;
- c) Actuação vs omissão;
- d) Causalidade;

- e) Autonomia da vontade;
- f) Interrupção/suspensão de tratamentos vs não iniciação de tratamentos;
- g) Tratamentos ordinários vs tratamentos extraordinários/desproporcionados;

2.1. JUSTIFICAÇÕES RELIGIOSAS E FILOSÓFICAS

As concepções religiosas costumam ser apontadas como as principais defensoras de uma imoralidade intrínseca do acto de “matar” um inocente. Para o cristianismo a morte intencional de um inocente é, em si mesma, um acto mau que, por essa razão, é proibido por Deus. Sabemos que Deus o proíbe pela autoridade das escrituras ou pela tradição da Igreja, de que é particular exemplo o sexto mandamento bíblico: *não matarás*.⁷

No que respeita à morte em contexto clínico, no que se refere à eutanásia enquanto *“acção ou omissão que, por sua natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar toda a dor”* é conhecida a condenação por parte da Igreja Católica, cujo entendimento é o de que *“nada ou ninguém pode autorizar que se dê a morte a um ser humano inocente, seja ele feto ou embrião, criança ou adulto, velho, doente incurável ou agonizante. Como a ninguém é permitido requerer este gesto homicida para si ou para um outro confiado à sua responsabilidade, nem sequer consenti-lo explícita ou implicitamente. Trata-se, com efeito, de uma violação da lei divina, de uma ofensa à dignidade da pessoa humana, de um crime contra a vida e de um atentado contra a humanidade”*⁸.

⁷ Para alguns autores, entre eles Rachels, o sexto mandamento não refere literalmente não matarás. Uma melhor tradução seria “não cometerás assassinato”. Assassinio é, por definição, um “matar incorrecto”, por isso, se não considerarmos um determinado tipo de morte como incorrecto não o podemos apelar de assassinato. Assim se justifica que o sexto mandamento não condene as mortes praticadas numa guerra justa: esse acto de “matar” é considerado justificado. Da mesma forma, para este autor, o homicídio a pedido (eutanásia voluntária activa) não será assassinato, já que não cairá sob a égide do sexto mandamento, cf. Rachels, 1986:160-161.

⁸ Cf. Sagrada congregação para a doutrina da fé, 1980: 542.

Do ponto de vista jurídico por “eutanásia” entende-se, de um modo geral, a *“provocação da morte de uma pessoa numa fase terminal da vida para evitar o sofrimento inerente a uma doença ou a um estado de degenerescência”*. É a *provocação intencional da morte a determinada pessoa que sofre de enfermidade extremamente degradante e incurável, visando privá-la dos suplícios decorrentes da doença*. Este conceito corresponde à eutanásia ativa, direta ou autêntica. Por suicídio assistido entende-se a conduta que se traduz em alguém ajudar outra pessoa a pôr termo à vida para se livrar de um sofrimento, cf. *Eutanásia e suicídio assistido*, 2016.

Para os católicos a vida humana é o fundamento de todos os bens e *“todos os homens têm o dever de conformar a sua vida com a vontade do Criador”*, já que *“a vida é-lhes confiada como um bem que devem fazer frutificar”*. Por essa razão, qualquer atentado que lhe seja feito *“constitui uma recusa da soberania de Deus e do seu desígnio de amor”*⁹. Esta soberania divina absoluta deve, no entanto, ser objecto de uma interpretação minimamente restritiva que permita retirar do seu alcance as situações de intervenção médica benevolente, nomeadamente, terapêuticas e cirúrgicas, ou seja, aquelas que omitidas determinariam a morte do doente¹⁰.

A religião católica não é a única a manifestar-se contra a prática de eutanásia. O judaísmo reprovava o suicídio, que considera um dos pecados mais graves, pior do que o homicídio. O doente não tem o direito de cometer suicídio ou de requerer a ajuda de outros na sua concretização. A prática da eutanásia é igualmente proibida e a doutrina judaica não aceita sequer a doutrina do duplo efeito (DDE) (Brody, 1989:39-75).

O Islão opõe-se à eutanásia e ao suicídio assistido. O Alcorão e a Suna, textos fundamentais da doutrina islâmica, não abordam de forma específica a questão da eutanásia, mas também para os muçulmanos, a vida é sagrada, na medida em que Deus está na sua origem e determina o seu destino: —*Deus faz viver e morrer* (Alcorão 3:156) —*Ninguém morre a não ser com permissão de Deus. É um contrato a prazo fixo* (Alcorão 3:145). O Islão equipara a eutanásia ao assassinio por defender que o espírito presente no corpo não pertence ao próprio e que a este apenas compete zelar por ele durante a sua presença na terra (Alcorão 5:32). Já no que respeita à recusa de tratamento e à sua interrupção, as dúvidas são as mesmas e decorrem, igualmente, de diferentes interpretações da orientação divina. Uma das crenças básicas do Islão é a de que a cura da doença provém de Deus, razão pela qual devemos procurar tratamento. É a partir desta asserção que alguns escolásticos muçulmanos defendem que a procura de tratamento é uma obrigação e que, por isso, não é admissível nem a recusa nem a suspensão de tratamentos, mesmo nas situações de fim de vida (Abu-El-Noor; Abu-El-

⁹ Cf. Sagrada congregação para a doutrina da fé, 1980: 544.

¹⁰ Sem assumir um regime de excepção ao princípio da proibição de “matar”, a doutrina do duplo efeito (DDE), que analisaremos de seguida, promove a sua circunscrição à actuação intencional, obviando as críticas que são apontadas ao desvalor moral intrínseco do acto de matar.

Noor: 2014), enquanto outros sustentam que obter tratamento não é uma obrigação e que os muçulmanos podem escolher entre procurar tratamento e não o procurar. Se a morte é o destino final da jornada e o portão ou um período de transição desta vida para uma vida eterna, não devemos tentar prolongá-la alongando o processo de morte. Em casos de morte cerebral ou de estado vegetativo persistente, o tratamento, quer seja hidratação e alimentação, quer seja ventilação mecânica, prolongará o período de doença, alargará o processo de morte e manterá os doentes em sofrimento por um maior período de tempo. É por isso melhor não procurar tratamento médico nessas situações (Abu-El-Noor; Abu-El-Noor: 2014).

Posição contrária têm aqueles que consideram que sendo, em regra, a morte de inocentes um acto moralmente condenável, existem situações em que a morte intencional não deve ser reprovada. O argumento mais comum a favor deste regime de excepção, e que encontramos associado às questões de eutanásia, é geralmente denominado o “*argumento da misericórdia*”. É um argumento bastante simples: os doentes terminais sofrem, por vezes, dores tão horríveis que não podem ser compreendidas ou sequer imaginadas por aqueles que não as experienciam. O argumento da misericórdia defende que a morte intencional se justifica quando põe um fim a este sofrimento.

A ideia básica do argumento da misericórdia é clara, mas resta saber se poderá dar origem a um argumento rigoroso. Dentro da corrente consequencialista, os utilitaristas tentaram fazê-lo, sustentando que as acções devem considerar-se boas ou más consoante causem felicidade ou sofrimento¹¹. O argumento clássico da ética utilitarista pode ser exposto da seguinte forma:

¹¹ Uma teoria consequencialista considera que o critério último ou básico ou padrão do que é moralmente correcto, incorrecto, obrigatório, etc, é o valor não moral que é criado. O apelo final, directa ou indirectamente, deve ser feito relativamente à quantidade de bem produzido ou, melhor dizendo, ao balanço entre o bem e o mal produzidos. Logo, um acto é correcto se, e apenas, quando a regra a que obedece produz, ou produzirá com probabilidade, ou tem intenção de produzir pelo menos um equilíbrio entre o bom e o mau, entre as alternativas disponíveis, um acto é incorrecto se e apenas quando isso não acontece. Um acto deve ser praticado se e apenas se a regra ao qual se subsume produz, ou provavelmente produzirá ou visa produzir, entre as alternativas possíveis, um balanço entre bem e mal favorável ao primeiro, cf. Frankena, 1963: 13.

- i.* Uma acção é moralmente correcta se serve para aumentar a quantidade de felicidade no mundo ou para diminuir a quantidade de sofrimento. Correspondentemente, uma acção é moralmente incorrecta se reduz a felicidade ou aumenta o sofrimento;
- ii.* Matar um ser humano que está em grande sofrimento a seu próprio pedido diminuiria a quantidade de sofrimento no mundo;
- iii.* Logo, tal acção será moralmente correcta.

A primeira premissa do argumento corresponde ao princípio da utilidade, a assunção utilitarista básica. Para muitos, este princípio é inaceitável, uma vez que a promoção da felicidade e a privação do sofrimento não são os únicos valores morais a considerar. Um exemplo que habitualmente é dado para evidenciar o problema que se coloca é o da religião: as pessoas seriam provavelmente muito mais felizes se não houvesse liberdade religiosa e se todos tivessem as mesmas convicções, criando-se assim uma maior harmonia global. A felicidade seria aumentada, mas sê-lo-ia de forma incorrecta, à custa de uma actuação impositiva que impossibilitaria que cada um pudesse fazer as suas próprias escolhas. Por outro lado, suponhamos alguém que leva uma vida miserável, mas que, ainda assim, não quer morrer. Este indivíduo pensa que uma vida miserável é melhor do que nenhuma. Mesmo que se entenda que uma vida miserável é objectivamente desprovida de qualidade e, conseqüentemente, de valor, concordará que não podemos matar aqueles que não partilham a nossa opinião e que matá-los nessas circunstâncias corresponderia a um assassinio. E, no entanto, se o matássemos, reduziríamos o sofrimento no mundo, tornando-se difícil justificar do ponto de vista estritamente utilitarista porque é que tal actuação seria incorrecta. Seria igualmente legítimo matar um homicida condenado a pena de prisão perpétua para lhe retirar os seus dois rins, que entregaríamos a duas pessoas socialmente estimadas que deles necessitassem. Esta concepção admite inclusivamente como legítima a morte de uma pessoa, desde que com os seus órgãos se possam salvar várias.

O utilitarismo de Bentham e Mill é uma combinação de 3 ideias. A primeira é a de que as acções devem ser julgadas como correctas ou incorrectas de acordo com as suas conseqüências sendo que nada mais importa: as acções não são boas ou más por si mesmas e as regras morais não têm importância individual. As melhores acções são,

simplesmente, as que têm melhores resultados. A segunda ideia é a de que o bem e o mal devem ser medidos em termos de felicidade e de infelicidade, nada mais sendo valioso. Os bens materiais, a arte e as ideias, a amizade e tantos outros exemplos, apenas são bons porque contribuem para a felicidade. Neste sentido, acções correctas são aquelas que produzem a maior felicidade ou evitam o maior sofrimento. Finalmente, em terceiro lugar, o utilitarismo clássico inclui a ideia de igualdade. Para esta concepção a felicidade de cada indivíduo é tão importante como a de qualquer outro. (Rachels, 1986:156) ¹².

As dificuldades que identificámos no utilitarismo clássico são reconduzíveis à estreita identificação do bom e do mau com a felicidade e a infelicidade e podem ser ultrapassadas com a adopção de uma concepção mais alargada de bem-estar individual. A ideia básica da teoria é a de que as acções são correctas ou incorrectas na medida em que aumentem ou reduzam o bem-estar. Por bem-estar deve entender-se não a maximização da felicidade, mas a maximização dos interesses - o princípio da utilidade dirá que as acções são correctas se satisfazem o maior número possível de interesses. Este princípio alargado seria ainda utilitarista, na medida em que ainda veria a correcção das acções como estando em função dos seus efeitos para o bem-estar dos que são afectados por elas. Para Rachels, o novo princípio obviaria o problema que prejudicou o antigo: se for no melhor interesse de uma pessoa ter liberdade de escolha religiosa, ou escolher manter-se vivo, então não será possível retirar-lhe essa liberdade ou a vida (Rachels, 1986:156-157).

As teorias deontologistas negam o que as teorias consequencialistas afirmam. Para os deontologistas o obrigatório e o moralmente bom não são directa ou indirectamente, uma função que dependa exclusivamente do que promova o maior equilíbrio a favor do que é bom para o próprio ou para a sociedade. Há outras considerações que podem levar a julgar uma acção ou uma regra como correcta ou como obrigatória, para além da bondade ou maldade das suas consequências – certas características do acto em si

¹² Cf. também Urmson, 1997: 128-136.

mesmo, independentes do valor que cria; estaria neste caso, o exemplo de não quebrar uma promessa (Frankena, 1963:14).

“Faz aos outros o que gostarias que te fizessem a ti” ou, na versão negativa, “não faças aos outros o que não gostarias que te fizessem a ti”, é uma das mais antigas máximas éticas. A ideia por trás da regra é boa: as regras morais aplicam-se a todos igualmente. Não podemos justificar a nossa actuação de tratar uma pessoa de determinada maneira, a menos que estejamos dispostos a admitir que essa pessoa teria justificação para nos tratar da mesma forma caso as posições se invertessem. A filosofia moral de Kant é habitualmente vista como a maior alternativa ao utilitarismo. Tal como os utilitaristas, Kant pensou expressar toda a moralidade num único princípio. O princípio de Kant, o célebre imperativo categórico, que pode ser encarado como uma versão sofisticada da regra de ouro, preconiza que devemos agir sempre com base em regras que estejamos dispostos a aplicar universalmente ¹³.

Para o ilustrar, podemos recorrer a um exemplo bíblico: imaginemos um homem credor de outro que não lhe pode pagar e que, por isso, o manda prender. Sucede que ele próprio deve dinheiro ao rei, a quem suplica que a sua dívida seja perdoada. Benevolmente o rei perdoa a dívida, porém, quando toma conhecimento da forma como este homem tratou quem também lhe devia dinheiro, altera a sua decisão e opta por o encarcerar até ser ressarcido do que lhe é devido. A moral subjacente é clara: se não aceitas que a regra te seja aplicada, não a apliques aos outros. Nas situações de morte intencional de inocentes a aplicabilidade do imperativo é evidente: a morte intencional de um inocente deverá ser permitida, se e apenas nas circunstâncias em que essa decisão, tomando a forma de regra universal, seja moralmente admissível. ¹⁴

Nem o consequencialismo, nem o deontologismo se apresentam como resposta satisfatória aos problemas morais actuais. Spaemann, manifesta sérias reservas quanto à capacidade de resposta de uma “*ética dos princípios*”, qualquer que ela seja, aos

¹³ Ética deontologista é uma ética que faz corresponder a determinados modos de actuar os predicados “correcto” ou “incorrecto”, sem atender às consequências.

¹⁴ De notar que Kant se opunha à morte misericordiosa porque a julgava contra a razão. No entanto, o imperativo categórico parece deixar margem de interpretação para admiti-la.

desafios da actualidade, entre os quais se encontra a questão da eutanásia. Em alternativa, propõe uma *“ética da responsabilidade”* (Spaemann, 2003:121-228).

Para o autor, a crescente complexidade das condições de vida, a diferenciação recíproca dos distintos subsistemas sociais, a crescente capacidade da ciência de prever quais serão os resultados da acumulação a longo prazo das consequências da acção humana e a rápida modificação do quadro de condições do agir humanos, têm contribuído para a crescente relevância moral de uma ética da responsabilidade.

Mas o que é uma ética da responsabilidade? É uma ética que *“tem a peculiaridade de converter um determinado fenómeno moral social e jurídico – precisamente o da responsabilidade – num modelo com que interpretamos na sua totalidade a nossa orientação moral à acção”*. E exemplifica: a responsabilidade de prescrever o medicamento correcto e a sua forma de ser tomado é do médico, porque é sobre ele que, em função da sua competência específica para julgar a conexão entre a acção de certos agentes químicos e as modificações do organismo, recai esta responsabilidade. Agora, esta responsabilidade está sujeita a vários limites. O médico tem de confiar que o frasco contenha, efectivamente, o medicamento que prescreveu e que a enfermeira dê a injeção que ele lhe pediu. Não pode ser responsável pelos erros da enfermeira e muito menos pelas consequências do êxito da sua actuação que afectem terceiros (Spaemann, 2003: 205).

Para Spaemann, nem o deontologismo, nem o consequencialismo acertam na caracterização do fenómeno moral. Não pode existir de forma alguma uma ética puramente deontológica, já que uma pessoa cuja moral lhe ditasse que executasse sempre determinadas acções e omitisse outras, sem atender às circunstâncias, seria incapaz de viver. A ponderação de bens é o modo normal do comportamento moral e, quer isto também dizer, racional. Quando se actua não é possível prescindir, em caso algum, das consequências da acção. Se o deontologismo falha por não atender às consequências, o consequencialismo erra pela sua excessiva abrangência. O consequencialista responde, em princípio, por tudo ou, pelo menos, por tudo o que pudesse prever. A concepção consequencialista da ética da responsabilidade destrói a

noção de responsabilidade moral ao ampliá-la excessivamente. Apesar de a ética consequencialista admitir que a responsabilidade do indivíduo tem limites, entende essa limitação de modo meramente funcional. A responsabilidade decorre sempre das relações em que nos encontramos, de relações morais. As acções morais não são meios de maximizar bens extra-morais, o esquema de fins-meios é inteiramente inapropriado.

Spaemann alerta para o equívoco em que caímos: *“na controvérsia que gira em torno da deontologia e do consequencialismo, aquilo de que se trata não é de modo algum de saber se somos responsáveis ou não por determinados efeitos de nossas acções, mas sim de quais são os efeitos pelos quais somos responsáveis: se apenas o somos daqueles que definem uma acção ou também das consequências posteriores intencionadas, ou também dos efeitos secundários cuja produção não queremos mas que assumimos como um custo inevitável e se é este o caso, de quais são esses efeitos secundários e qual é o seu volume”* (Spaemann, 2003:214).

Quem é responsável pelo quê, qual é realmente o objecto da nossa responsabilidade moral quando actuamos ou omitimos uma determinada acção, estas são, para Spaemann, as verdadeiras questões morais que devemos colocar.

2.2. INTENCIONALIDADE

A proibição de tirar a vida humana está tão enraizada, é tão moralmente primária, que até a morte de assassinos e de criminosos de guerra é rejeitada por pessoas de integridade moral inquestionável. Na realidade, mesmo aqueles que aceitam a pena de morte e o homicídio em legítima defesa habitualmente fazem-no com um sentimento de perda moral profunda e sentem-se obrigados a articular e a escrutinar justificações para as excepções à genérica proibição de matar. Todos os códigos morais e teorias éticas, religiosas ou seculares, incluem a proibição geral da privação intencional da vida de um ser humano inocente.

Apesar de se manter em vigor a proibição prevista na declaração da AMA (que expressamente afasta a morte *intencional*) e de a grande maioria dos códigos de ética médica proibirem estes profissionais de matar ou de colaborar na morte dos seus

doentes, independentemente da nobreza da sua motivação ou da existência de consentimento, tem vindo a crescer uma forte convicção de que a privação da vida de uma pessoa inocente é moralmente permitida, pelo menos, em determinados contextos médicos ¹⁵.

Saber quais os casos em que a morte é permissível pode revelar-se uma tarefa complicada. O problema da intenção de matar reside na aparente contradição entre a obediência à proibição de privação de uma vida humana inocente, por um lado, e a convicção de que, pelo menos nalguns casos, a morte deve ser permitida. Como, se de algum modo, pode a aparente contradição ser resolvida?

As situações em que para assegurar um bem se torna necessário que outros sofram um mal, têm grande significado na teoria moral. Os consequencialistas defendem que uma actuação correcta deve visar a maximização do bem-estar geral, enquanto os não consequencialistas encontram outros factores igualmente importantes a ter em consideração. Entre eles, ganha lugar de particular relevo a intenção do agente quando actua, critério genericamente valorizado pelos defensores da doutrina do duplo efeito (DDE).

A formulação clássica da DDE foi apresentada por Gury no *Compendium theologiae moralis*: “É lícito postular uma causa, que é ou boa ou indiferente, da qual decorrem dois efeitos, um bom, outro mau, se uma razão proporcionalmente grave estiver presente, e se a intenção do agente for honrosa – isto é, se ele não intenciona o mau efeito “ (Gury, 1869:7). Gury explicita que a DDE pressupõe quatro condições, conjuntamente necessárias para que o tipo de acto em questão seja lícito:

- 1) O fim do agente deve ser moralmente aceitável (correcto ou não incorrecto);
- 2) A causa deve ser boa ou, pelo menos, indiferente, (o bom efeito é aquele que se intenciona, ainda que o mau possa ser previsível);
- 3) O bom efeito deve ser imediato (não pode decorrer do mau efeito), e

¹⁵ A referência a morte *intencional*, não deve ser entendida como acidental. Este poderá ser um elemento interpretativo no sentido de que a AMA não pretendeu condenar liminarmente todo e qualquer acto de matar, mas apenas os praticados com essa *intenção*. Desta forma estaria a demarcar-se de uma posição preconizadora do desvalor intrínseco do acto de “matar”.

4) Deve existir uma razão grave para postular a causa (o bem alcançado pelo bom efeito deve ser suficientemente significativo para tolerar o mal do efeito mau) (Gury, 1869:8).

A primeira condição está intrinsecamente ligada à ideia de que certos actos são intrinsecamente (ou não consequencialmente) maus e requer que saibamos *a priori* se o acto que propomos é correcto ou incorrecto. Estes actos incorrectos estão previamente definidos e se o acto em questão for à partida incorrecto, então é irrelevante saber se os seus efeitos são bons ou maus, sendo proibido em qualquer dos casos. A segunda condição diz, em síntese, que a intenção do agente deve ser exclusivamente direccionada para o bom efeito, ainda que este esteja consciente da possibilidade de ocorrência do mau efeito. A terceira condição estabelece uma relação causal: o mau efeito não pode ser a causa do bom efeito, de outra forma estaríamos a fazer o mal para obter o bem. Se o mau efeito for escolhido como meio, torna-se algo com cuja realização o agente está comprometido. A produção deste estado de coisas não é moralmente permitida porque a relação do agente com o mau efeito determina o carácter moral da actuação. A quarta condição, na sua essência, impõe uma exigência de proporcionalidade: a ocorrência do mal permitida deve ser compensada pelo bem alcançado. Esta exigência levanta um problema de determinação da proporcionalidade. São necessárias escalas de medida e pode não ser claro, quando avaliamos determinadas consequências, que tipo de escalas podemos utilizar. Para os teólogos morais católicos, por exemplo, se o “bem” do bom efeito não é proporcional ao “mal” do mau efeito então, mesmo que o acto noutras circunstâncias fosse admissível, não pode ser executado.

Apesar de a aplicação concreta destas quatro condições poder revelar-se, em algumas situações, bastante controversa, é possível, através de alguns exemplos, compreender o seu funcionamento. Gury, recorre ao exemplo da morte de civis numa acção militar justificada: a acção pode ser justificada – mesmo que seja previsível que alguns civis sejam seguramente mortos – se a sua morte não for um meio para alcançar o objectivo militar. Neste caso, a acção pode ser considerada boa em si mesma já que a produção das mortes não é intencional e há uma razão grave para aquela actuação. Segundo Gury,

nestas circunstâncias a morte de inocentes ocorre por acidente, não é pretendida, mas apenas permitida (Gury, 1869:9) ¹⁶.

A justificação para matar em auto-defesa é outro exemplo frequentemente utilizado, embora mais controverso. Para S. Tomás de Aquino, quem recorre a este expediente tem apenas uma intenção de defesa. A morte do agressor está fora das intenções do agente e corresponde a um efeito decorrente do acto defensivo do agente, não de um meio de auto-defesa (ST II-II. 64,7).

É fundamental perceber a *ratio* subjacente à DDE. Será que esta doutrina se propõe evidenciar que certos actos que seriam moralmente inadmissíveis ou ilícitos são, preenchidas que estejam estas condições, moralmente justificados? Ou será a DDE um princípio de desculpabilização – isto é, um princípio que limita a imputabilidade de um mau acto? Para Gury as quatro condições da DDE tornam lícita ou moralmente admissível uma determinada actuação. Para outros autores trata-se de um princípio de desculpabilização uma vez que as consequências não intencionais da actuação não são imputáveis ao agente ou apenas o são de forma indirecta. (Vermeersh, 1922:81-135). Esta é uma leitura que parece ser reforçada pela importância da vontade e da intenção na DDE.

A posição de que estamos perante uma situação de desculpabilização da conduta do agente e não de exclusão da ilicitude do acto foi inclusivamente sufragada por vários ordenamentos jurídicos, entre os quais, o português. No ordenamento jurídico-penal português a intenção do agente é relevante em sede de determinação da medida da culpa, embora não o seja para efeitos de determinação da ilicitude do acto. Tanto no homicídio qualificado (agravado), como no homicídio simples, como no homicídio a pedido da vítima ou no privilegiado a ilicitude está presente ¹⁷. Em qualquer dos casos é cometido um crime de homicídio. No entanto, sabemos que as penas são

¹⁶ Para mais desenvolvimentos, cf. Boyle, 2001:7-20.

¹⁷ Art. 132º CP. Situações de morte de ascendente ou descendente, cônjuge, deficiente, tortura, motivo torpe ou fútil, ódio racial, uso de veneno, etc., punido com pena de prisão entre 12 e 25 anos; art. 131º do CP, punido com pena de prisão entre 8 e 16 anos; art. 134º CP, punido com pena de prisão até 3 anos; art. 133º CP (nele se incluem as situações de homicídio por compaixão - eutanásia activa involuntária), punido pena de prisão entre 1 e 5 anos.

substancialmente agravadas nas situações de homicídio qualificado e consideravelmente atenuadas nas situações de homicídio a pedido da vítima ou privilegiado. E a razão dessa qualificação ou desqualificação prende-se, exactamente, com a medida da culpa do agente ¹⁸. Enquanto no primeiro caso a censurabilidade que recai sobre o agente é grave ou muito grave, nas outras situações são as “boas intenções” do agente que o “salvam” de uma pena significativamente mais pesada.

A segunda condição da DDE tem sido particularmente escrutinada, em parte pelo facto de ser comum encontrar defensores desta teoria que propugnam que os médicos podem, em determinadas circunstâncias, antecipar a morte do doente, indirectamente, como uma consequência prevista da sua actuação de alívio da dor ¹⁹. São várias as questões que se colocam: se um médico tenciona deixar morrer o doente, isto significa que quer a morte do doente? Ou apenas no acto de matar se deve dizer que o médico quer a morte do doente? No suicídio assistido, a morte da vítima é intencionada, ou podemos dizer que se pretende ajudar o outro naquele que é, para ele, o seu melhor interesse?

Para os defensores da DDE procurar intencionalmente a morte do doente, seja como fim, seja como meio (para aliviar o sofrimento), é assassinato e é, em qualquer circunstância, um acto absolutamente proibido. Já é, no entanto, admissível que o médico administre uma elevada dose de morfina com a intenção de aliviar a dor do doente, ainda que preveja que a mesma possa vir a revelar-se fatal ou, pelo menos, a contribuir decisivamente para a antecipação da sua morte. A diferença é que no último caso a intenção directa, o objectivo final do médico é aliviar a dor, sendo a morte admitida apenas como possível efeito secundário da administração daquela dose de morfina. Ao aceitar esta possibilidade, a DDE permite tomar em consideração as consequências de um acto sem cair na pura ética consequencialista. Para os defensores da irrenunciabilidade da proibição absoluta de matar inocentes o apelo é evidente: a DDE permite manter a proibição incondicional da morte intencional enquanto é capaz,

¹⁸ Culpa pode definir-se como “a censurabilidade por o agente ter agido como *agiu*”, cf. Figueiredo Dias, 2007: 512.

¹⁹ A intenção de morte aparece habitualmente como um problema específico da medicina, mas na verdade as controvérsias à volta de *status* moral da intenção de matar ultrapassam este restrito escopo.

pelo menos em alguns casos, de atender às consequências da actuação ²⁰. Por outras palavras, para aqueles que acham o puro consequencialismo inaceitável, a doutrina diminui o custo moral da adesão à proibição absoluta, permitindo ter em consideração as consequências sem, no entanto, definir a conduta apenas pelo que produzirá o maior bem ou evitará o maior mal ²¹.

Mas para aqueles que estão mais próximos de uma visão consequencialista estes poderão ser benefícios dúbios. A DDE, como vimos, não admite que, em qualquer circunstância, se mate alguém intencionalmente. Mas não permite também que o agente recorra a um mau efeito como meio para chegar a um bom efeito. A actuação do agente é igualmente censurada em ambas as situações. Discordam os consequencialistas argumentando que ninguém procura um mau resultado (a morte do doente) por si mesmo e que nenhum agente toleraria o mau resultado se a sua omissão fosse moralmente possível. Cada um aceita o mau efeito apenas porque o mesmo não pode ser eliminado sem a perda do bom efeito. E estas são dúvidas que são inclusivamente suscitadas entre defensores da DDE.

Quinn preconiza uma interpretação kantiana da DDE que considera que, pelo menos alguns casos, intencionar a morte de outrem corresponde a tratá-lo como um mero meio e não como um fim em si mesmo, o que não sucederia nas situações em que a morte é apenas prevista, mas não querida. No entanto, reconhece algumas dificuldades na formulação da doutrina que a impedem de garantir que seja bem-sucedida na discriminação de alguns casos que, intuitivamente falando, parecem ser distintos.

Suponhamos que uma mulher em trabalho de parto morrerá a não ser que a cabeça do feto seja esmagada (craniotomia). Em alternativa, o feto poderá ser retirado com vida

²⁰ Por exemplo, a doutrina pode explicar porque seria permissível a um engenheiro descarrilar um vagão, daí decorrendo a morte de uma pessoa, para evitar a colisão com outro onde cinco pessoas morreriam, enquanto seria incorrecto um juiz executar uma pessoa inocente para salvar cinco. Apesar de a decisão do engenheiro estar na origem da morte de uma pessoa, ele não a pretende, enquanto o juiz mataria intencionalmente uma para salvar cinco, cf. Buchanan, 1996:27-31.

²¹ A DDE tem ainda a vantagem de nos libertar do poder dos chantagistas morais. Se um tirano ou um terrorista nos intimar a matar alguém, sob a ameaça de que se não o fizermos matará inocentes, não existe qualquer obrigação de aceder à sua solicitação, pelo contrário, uma vez que as mortes resultantes da nossa recusa em colaborar serão mortes meramente previstas, ainda que quase inevitáveis, mas não pretendidas. O desejo, a intenção de provocar essas mortes, recairá, integralmente, sobre o chantagista.

se deixarmos morrer a mãe. Suponhamos agora que estamos perante uma grávida que tem um cancro no útero e que a única forma de a salvar é removendo esse órgão (histerectomia). Esta remoção matará o feto, mas se a cirurgia não for efectuada a mãe morrerá depois de dar à luz um bebé saudável.

No primeiro caso, a intenção do médico é realizar a craniotomia, logo, de acordo com a DDE a sua intenção directa (primária) é matar o feto. Na segunda situação, a intenção primária é remover o tumor, sendo que para esse efeito é necessário remover o útero e o feto que nele se encontra. A intenção, aqui, é combater a doença, ainda que não se desconheça que para lograr esse objectivo o feto acabará inevitavelmente por morrer.

Admitamos agora um bombista estratégico (BE), um piloto bombista que bombardeia uma fábrica de armamento com o intuito de destruir a sua capacidade produtiva. Ao fazê-lo prevê, ainda que não seja esse o seu objectivo, que matará os inocentes que vivem nas imediações. Suponhamos agora um outro bombista, desta feita um bombista terrorista (BT), que deliberadamente mata civis inocentes com o intuito de desmoralizar o inimigo. Se analisarmos moralmente o comportamento dos dois bombistas, mesmo intuitivamente censuraremos mais gravemente o BT. Qual a diferença entre as situações que justifica esta diferenciação moral? Parece ser que no caso do BE o seu objectivo é a destruição da capacidade produtiva de uma fábrica de armamento, ainda que não seja possível ignorar que, com toda a probabilidade, matará civis, enquanto no caso do BT há uma intenção directa de matar civis, esse é o objectivo da missão (Quinn, 1989:334-351).

Os exemplos dos bombistas e das grávidas são conceptualmente similares e, no entanto, salienta Quinn, a diferença moral parece intuitivamente ser muito menor neste último par de exemplos. Tal pode dever-se a uma variedade de razões estranhas à DDE: por o feto ainda não ser considerado uma pessoa e, por isso, ainda estar fora da moldura moral, por a craniotomia ser vista como uma forma de defender a mãe contra o feto, por se considerar que o facto de o feto se encontrar no corpo da mãe lhe dá direitos especiais sobre ele, etc. Não é de negar o peso que estas circunstâncias possam ter na avaliação moral do caso concreto. Mas, na realidade, o que parece estar por trás da atenuação da censura moral é que no exemplo da craniotomia, à semelhança do que se

passa no exemplo da histerectomia, não é de crer que o médico queira, pretenda ou intencione verdadeiramente a morte do feto. Pelo contrário, supomos que ficaria muito feliz se, por algum milagre, o feto sobrevivesse. Não é a morte em si mesma, ou o mal em si mesmo, que são estritamente pretendidos, mas antes um efeito físico imediato sobre o feto que permitirá a remoção do mal. Esse efeito será, claro, fatal para o feto, mas não é querido como fatal. As intenções num e noutro caso não são, por isso, contrariamente ao que se passa no exemplo do BT, verdadeiramente diferentes: no caso do BT há intencionalidade directa, no exemplo das grávidas há uma relação entre meios e fins.

Mas a DDE não distingue as duas situações e opera de forma igual em qualquer um dos exemplos: seja no caso do BT ou da craniotomia, a censura moral, o desvalor da acção que é imputado ao agente é equivalente. E, no entanto, parece haver uma diferença percepcionada quanto ao grau de censurabilidade presente em cada uma delas. Uma diferença que aparentemente é irrelevante para a DDE, que as condena ambas, em igualdade de circunstâncias.

Para este autor, há ainda uma outra diferença moral entre o caso da craniotomia e o da histerectomia. Uma diferença decorre da ligação directa, imediata e necessária da actuação do médico à morte do feto. O médico que executa a craniotomia sabe que essa actuação produz necessária, directa e imediatamente a morte do feto. Este conhecimento é inseparável do acto que vai praticar. Não existe margem de aleatoriedade e, por isso, não sendo o seu estrito objectivo matar o feto, ele sabe, ainda assim, que a craniotomia é indissociável (causal e temporalmente) da morte do feto. Esta inevitabilidade da ligação do facto à sua condenável consequência parece pesar na gravidade do seu comportamento, tornando a sua actuação moralmente mais censurável. Pelo contrário, a dilação temporal entre o acto e a sua consequência, bem como um relativo grau de probabilidade de não ocorrência, parecem ter um efeito atenuante no juízo de censurabilidade que é feito relativamente ao comportamento do agente.

Rachels é particularmente crítico da DDE. Para o autor a intenção não tem poder para qualificar moralmente o acto. Esta é, no entender de Rachels, uma correlação injustificada. Suponhamos que uma determinada doença que torna o intestino de um recém-nascido necrótico está fora de controlo. O *Dr. White* tem a convicção de que qualquer intervenção adicional terapêutica oferece pouca esperança de reverter o quadro clínico ou o processo de morte e que apenas aumentará o sofrimento do bebé. Assim sendo, decide não o submeter a mais tratamentos, consciente que esta decisão antecipará a sua morte. Não obstante a consciência, a previsão, da ocorrência de uma morte prematura, o *Dr. White* não a procura, escolhe ou planeia. Não podemos, por isso, considerar que é sua intenção que o bebé morra. O *Dr. Black* é confrontado com o mesmo caso, clinicamente partilha a opinião do *Dr. White* e também decide que é melhor que o bebé morra prematuramente em vez de continuar a sofrer sem sentido. Com a intenção de deixar que o bebé morra, suspende o tratamento (Rachels, 1989b:63-64)²².

De acordo com a estratégia da DDE, enquanto a actuação do *Dr. White* é aceitável, a do *Dr. Black* não é. Na prática, ambos fizeram exactamente a mesma coisa: suspenderam os tratamentos, mas há uma subtil diferença nas suas atitudes: o *Dr. Black* disse a si mesmo, “eu quero que este bebé morra antecipadamente para que não sofra mais”, enquanto o *Dr. White* suspendeu os tratamentos para evitar maiores sofrimentos à criança sem, no entanto, ignorar que essa suspensão levaria necessariamente à antecipação da sua morte.

Para Rachels podemos dizer com razão de alguém que tem um carácter moralmente defeituoso. Mas não podemos extrapolar do seu carácter a correcção ou incorrecção das suas atitudes. Para este autor: *“um coração puro não pode transformar um acto incorrecto em correcto, nem um coração impuro um acto incorrecto num incorrecto. A correcção ou incorrecção de um acto são determinados pelas razões que lhe são favoráveis ou desfavoráveis. A intenção não é uma das coisas a considerar na avaliação*

²² Rachels não afirma que os exemplos dados sejam situações de DDE.

e a correcção do acto deve ser decidida com base em razões objectivas” (Rachels, 1989b:62-63) ²³.

Frey manifesta outro tipo de reservas. Mesmo que concordemos que as consequências podem ser previstas apenas como possíveis ou prováveis, o facto é que muitas vezes o médico prevê como muito provável ou como certo que o doente morrerá ou que verá a sua morte antecipada. O treino do médico diz-lhe que se avançar com aquela dosagem, a morte ocorrerá ou será antecipada e seria um mau médico se o ignorasse. Nada aqui é afectado pela afirmação de que um agente pode falhar na previsão de determinadas consequências e que podemos dizer que este médico as deveria ter previsto. Não se pretende de forma alguma afirmar que o médico é negligente ou incauto e que por isso deve ser condenado. Pelo contrário, é exactamente porque o médico não é negligente nem incauto, precisamente porque nenhuma afirmação de ignorância pode ser feita durante o processo, que a decisão de avançar e administrar a droga tem tanto interesse moral. Se o médico que pretende aliviar as dores muito intensas do seu paciente, sabe, com um grau de 99% de certeza, que a administração daquela dose de morfina será fatal, será ainda assim possível dizer que meramente previu a morte como eventual efeito colateral da sua actuação, mas que não a quis? Se a morte não era apenas previsível, mas inevitável, não será legítimo dizer que se conformou com o resultado (morte) e que o aceitou quando actuou (Frey, 1996:69)?

A DDE apresenta ainda algumas dificuldades em sede de determinação da responsabilidade do agente. Se os agentes apenas são responsáveis pelo que intencionam e não pelo que apenas prevêem como consequência da sua actuação, isso significaria que o terrorista que atira uma bomba sobre a multidão com o objectivo de matar um Chefe de Estado tirano não é responsável pela morte dos demais.

²³ No mesmo sentido Frey, para quem a distinção moral não reside nas iguais consequências de ambas as actuações, no caso, na morte, mas na formação de um juízo de valor moral sobre a pessoa que a pratica com base nas suas intenções. A análise da actuação do agente deve ser desenhada em termos de permissibilidade das acções e não de responsabilidade por elas. É importante estar consciente da distinção entre permissibilidade e responsabilidade, porque falar em permissibilidade dá ao agente um guia de actuação, que diz que a sua actuação não manchará a sua reputação. O agente pode saber que será responsável pela morte, seja qual for o sentido da sua decisão, mas o seu carácter não ficará manchado apenas se decidir de uma forma e não de outra. (Estou apenas preocupado com a questão das “mãos sujas”), cf. Frey, 1996:66-79.

É muito perigosa a afirmação de que o terrorista apenas é responsável pelas consequências que prevê e quer, afirmação que deixaria de fora, nomeadamente a punição do homicídio negligente. Na realidade, no homicídio por negligência a intenção do agente não é matar a vítima, já que isso seria homicídio doloso. A vítima morre porque o agente foi pouco cuidadoso e não agiu com a diligência que deveria. Mas ele não quis matar, não intencionou matar, muitas vezes nem previu a sua morte. Outras terá previsto, mas não se terá conformado moralmente com essa possibilidade. Mas o agente que, por incúria, não o almejando, causou a morte de terceiro não é passível de censura moral?

Acresce que é muito difícil na prática aferir a verdadeira intenção do agente, designadamente, saber se o mesmo apenas previu ou se efectivamente intencionou o mau efeito. A não ser que o próprio agente o confesse, é praticamente impossível saber a verdade. A transposição desta dificuldade para o campo prático resultará numa incapacidade de converter a censura moral em censura legal. O Direito e os tribunais não terão instrumentos que lhes permitam aferir a censurabilidade moral de um comportamento e, conseqüentemente, de lhe fazer corresponder um juízo de censura legal, dissuasor de comportamentos futuros idênticos ²⁴.

Por outro lado, fica por saber que papel está reservado ao consentimento. O consentimento, mesmo que não se revele uma justificação decisiva, terá de ser moralmente relevante, pelo menos nalguns casos, de morte intencional. A desconsideração do consentimento na questão da justificação da morte intencional coloca um dilema: ou o consentimento é relevante para a justificação de recusar a utilização de suporte de vida, mas não relevante para justificar a morte intencional, ou o consentimento é irrelevante nos dois casos. A admissibilidade da última alternativa implicaria a negação liminar de que o doente competente pudesse recusar tratamento de suporte de vida. No caso da primeira alternativa, se o consentimento não é apenas

²⁴ A intenção é importante para aferição da culpa do agente e, por essa razão, relevará em sede de determinação de medida da pena. Mas, a responsabilidade, bem como a ilicitude do acto, não são anuladas pela intenção de quem pratica a acção.

relevante, mas moralmente decisivo nos casos de recusa de suporte de vida, como explicar que não tenha nenhuma consequência moral em casos de “matar” ²⁵?

Os críticos defensores de uma teoria ética consequencialista expõem ainda a forma como alguns resultados inaceitáveis são admitidos pela DDE. O exemplo clássico é o de causar lentamente a morte por administração de medicação para reduzir as dores, algo que pode levar dias ou semanas de sofrimento de uma vida que o doente não quer viver, enquanto uma grande dose e letal do mesmo medicamento terminaria a vida rapidamente e com menos dor e sofrimento. Para Buchanan o que torna a morte intencional de seres humanos um comportamento incorrecto e aquilo que determina a condenação do agente é que este teve um comportamento moralmente incorrecto, não de forma inadvertida ou negligente, mas com o propósito consciente de agir assim. Por isso, se uma instância particular de morte intencional não priva a pessoa do seu bem-estar, mas antes a alivia, e é um exercício de autonomia, não há justificação para dizer que o acto foi moralmente incorrecto, pelo menos em termos dos valores da autodeterminação e do bem-estar. E se o acto não é moralmente mau é difícil perceber como o facto de ter sido praticado intencionalmente o torna incorrecto (Buchanan, 1996:37) ²⁶.

Sem prejuízo da correcção moral subjacente à DDE, a verdade é que os constrangimentos apontados revelam que a mesma dificilmente oferecerá as condições

²⁵ Para Buchanan, que admite que o consentimento pode, por vezes, justificar terminar o tratamento de suporte de vida, qualquer tentativa para escapar ao dilema é infrutífera. Algumas situações de remoção do suporte de vida são mortes intencionais: *A, doente terminal, em sofrimento, está ligado ao ventilador e morrerá sem ele. Decide que não quer viver nesse estado de dependência e convence o médico a retirar este meio de suporte de vida. No entanto, antes que o médico tenha oportunidade de o fazer, o sobrinho de A entra no seu quarto e desliga o ventilador. Quando é descoberto, protesta dizendo que não foi ele que o matou, mas sim a doença.* Para este autor, a inadmissibilidade dos protestos do sobrinho prova que retirar o suporte de vida pode corresponder a “matar” intencionalmente num sentido de simples: um acto que resulta em morte. E se o acto é praticado com a intenção de trazer a morte, seja como meio de alcançar fortuna, seja como forma de aliviar sofrimento fútil, é um acto de morte intencional, cf. Buchanan, 1996:30.

²⁶ Para Frey, os defensores da posição da diferença moral pretendem conseguir de forma indirecta aquilo que a sua convicção relativamente à incorrecção intrínseca de determinados actos lhes proíbe directamente. A DDE pretende determinar se existem actos que são sempre incorrectos independentemente das suas consequências. Para Frey a resposta deve ser negativa, uma vez que essa posição não tem em atenção importantes considerações causais. O referido autor entende que é a causalidade e não a intenção aquilo que importa nas nossas pronúncias morais, cf. Frey, 1996:76. No mesmo sentido, cf. Carse, 1996:81-89.

necessárias para resolver a problemática da diferenciação entre “matar” e “deixar morrer” actualmente debatida na ética biomédica (seja a eutanásia activa voluntária, seja o suicídio assistido). A DDE parece estar direccionada exclusivamente às circunstâncias em que ambos, o bom e o mau efeito ocorrem, enquanto muitas vezes o problema chave é se um efeito, tal como a morte, é mau ou bom. Nada na DDE decide esta questão e se não podemos decidir a partir da DDE a discussão sobre se as várias formas de eutanásia produzem um bom ou um mau efeito, esta questão terá de ser respondida de outra forma.

2.3 ACTOS VS OMISSÕES

A distinção filosófica entre actos e omissões parece uma forma natural de distinguir “matar” de “deixar morrer”. “Matar” corresponderia a uma actuação positiva do agente e “deixar morrer” a um comportamento omissivo, entendido como uma instância de permissão para que um evento aconteça, uma omissão intencional de intervenção que permite que um evento, já em curso, redunde numa morte.

De acordo com esta abordagem, se o médico faz algo, se age, injectando, por exemplo, uma *overdose* de morfina ou desligando um ventilador de respiração mecânica, há um acto intencional de “matar”, uma actuação indevida e, por isso, proibida. Se o médico nada faz, se apenas se limita a omitir um comportamento, por exemplo, não ligando o ventilador mecânico, não ministrando antibióticos ou não ressuscitando, estamos perante uma omissão, uma “não actuação” deliberada, que configura um “deixar morrer” que pode, em determinadas circunstâncias, ser moralmente admissível ²⁷.

Rachels discorda que este possa ser um critério válido para ajuizar moralmente o comportamento de um agente. Em seu entender, defender que um doente incurável, com um cancro na garganta, com dores terríveis, que morrerá dentro de semanas, possa terminar antecipadamente esse sofrimento com uma injeção letal, não pode ser moralmente censurável, quando a alternativa seria condená-lo a suportar esse

²⁷ De notar que para que este critério de distinção seja válido é necessário que se verifique uma diferença moral significativa, nomeadamente, entre o desligar de uma solução intravenosa (*acto/actuação*) e a sua não substituição quando acaba (*omissão*), o que intuitivamente não parece acontecer.

sofrimento até ao fim. Mais chocante ainda será o exemplo da situação, infelizmente real, de omissão de tratamento de bebés com Síndrome de Down. Estes bebés são, em regra, aparte da síndrome, perfeitamente saudáveis, pelo que com acompanhamento pediátrico normal a sua saúde é perfeita. Alguns, no entanto, nascem com defeitos congénitos, tais como obstrução intestinal, a qual requer a realização de uma cirurgia de correcção para a sua sobrevivência. Por vezes, médicos e pais decidem não operar e deixar o bebé morrer. A descrição do que sucede é feita por SHAW, um cirurgião: *“quando a cirurgia é negada, o médico deve tentar manter o bebé sem sofrimento enquanto a doença vai paulatinamente consumindo a sua vida. Enquanto cirurgião, ficar parado a ver um bebé salvável morrer é a mais extenuante experiência emocional que conheço. É fácil numa conferência, numa discussão teórica, decidir “deixar morrer” esses bebés. É totalmente diferente ficar ao seu lado na enfermaria enquanto a desidratação e a infecção consomem os seus pequenos seres durante horas ou dias”* (Rachels, 1989:46-47).

É um exemplo perturbante que pretende demonstrar até que ponto um comportamento omissivo, um deixar acontecer, pode ter consequências cruéis. Por isso, defende Rachels, não podemos afirmar que “deixar morrer”, ou o cariz omissivo do comportamento do agente, sejam, em si mesmos, fundamento suficiente para uma atenuação na censura. Mas, é importante que a crueza do exemplo não faça perder de vista o rigor dos factos: o facto de não ser possível distinguir moralmente, em si mesmo, o comportamento activo do comportamento omissivo, também não é, por si só, suficiente para afastar a existência de uma diferença moral entre “matar” e “deixar morrer”. Nem o facto de numa situação concreta uma actuação omissiva se revelar cruel significa que o seja em todas as circunstâncias. A AMA não afirma que é sempre legítimo “deixar morrer”, mas sim que essa pode ser uma possibilidade em determinadas circunstâncias. É precisamente essa a crítica que Sullivan aponta a Rachels: não ter em atenção o binómio meios extraordinários/meios ordinários. Para este autor, a AMA assegurou que estas situações não ocorreriam ao fazer depender a legitimação de

algumas situações de “deixar morrer”, não apenas da iminência de morte, mas também da suspensão de meios extraordinários de tratamento (Sullivan, 1989:53-60) ²⁸.

Se é difícil uma diferenciação moral teórica entre actuação e omissão, ainda se torna mais complicada a tarefa de distinguir estes dois comportamentos no domínio dos casos concretos. McMahan apresenta vários exemplos que espelham a dificuldade. A e B, dois amigos, nadam lado a lado. Por razões desconhecidas, B começa a afogar-se. A tenta salvá-lo, mas B, em pânico, agarra-se a A que se começa a afogar também. Para fugir e evitar ser afogado, A empurra B e nada para longe enquanto B se afoga. Parece que A não mata B quando o abandona e o deixa à sua sorte, acabando o mesmo por afogar-se. Na realidade, limita-se a “deixá-lo morrer” ou, se preferirmos, é incapaz de o salvar. Mas, a verdade é que para que B morra A tem de fazer algo, mais concretamente, tem de impedir que ele se tente salvar à sua custa, empurrando-o. É por causa desta sua actuação (positiva) que ele se afoga. Nesse caso, diremos que A matou B ou que apenas o deixou morrer (McMahan, 1993:251-252)?

Num segundo exemplo McMahan refere alguém (C) que foi involuntariamente ligado a um doente (D) com uma doença normalmente fatal e que apenas pode sobreviver, enquanto e se continuar a retirar suporte de vida do corpo de C durante alguns meses. C remove os tubos que ligam o seu corpo ao de D e este morre. Neste caso, a situação ainda parece ser mais complicada. Por um lado, o que C faz é retirar a barreira que impede a morte de D, o que significa, deixar que o mal aconteça, ou seja, “deixar morrer”. Mas por outro lado, ao remover os tubos, C mata D, que é assim afastado da sua fonte de suporte de vida. Aparentemente, sustenta McMahan, a dicotomia comportamento activo/comportamento passivo parece, nestes casos, incapaz de distinguir as situações de “matar” das de “deixar morrer” e C parece, simultaneamente, “matar” e “deixar morrer” D (McMahan, 1993:264).

Foot concorda com a conclusão a que chega McMahan e, nesse sentido, defende que a distinção relevante não é entre acção e inacção, ou entre acção e omissão, mas sim

²⁸ Sullivan não explicita a sua posição no que respeita às situações de suspensão de alimentação parentérica e hidratação.

entre, por um lado, a iniciação de uma sequência ameaçadora de eventos e, por outro lado, a permissão para que uma sequência ameaçadora já em curso continue. Distingue ainda duas formas de permitir que uma sequência existente continue, a primeira das quais passa por abster-se de interromper a continuidade da sequência, enquanto a outra envolve a remoção de um qualquer obstáculo que está a impedir o curso dos acontecimentos.

Para Foot, no primeiro exemplo, A não inicia uma sequência de eventos e por isso não mata B. Limita-se a deixá-lo morrer ao permitir que a sequência em curso siga o seu percurso normal. No segundo exemplo, o que C faz é retirar a barreira que impede a morte de D. De acordo com a distinção de Foot, esta será uma situação de “deixar que o mal aconteça” ou de “recusa de salvar a vida”, ou de “deixar morrer”. No entanto, afirma Foot, o agente que remove os tubos mata o doente, que é assim afastado da sua fonte de suporte vida. O que só leva a pensar que o conceito de “matar” não é relevante para a caracterização moral da actuação do agente. O que importa é a sequência fatal de que resulta a morte.

Mas imaginemos a hipótese de alguém que é atingido por uma enfermidade que, em princípio, seria fatal, mas a quem é facultado suporte de vida que o manterá vivo até que a sua saúde possa ser recuperada. Enquanto o doente está em suporte de vida, um seu inimigo entra sub-repticiamente no hospital e desliga o equipamento de suporte de vida. O doente morre.

Uma vez que neste caso o agente apenas remove a barreira que estava a evitar a morte, a sua acção cai no lado negativo da distinção de Foot, conta como permitir que o mal aconteça e não como fazer o mal. Se considerarmos que a distinção de Foot marca de forma intuitiva uma diferença moral importante, então temos de admitir que classifica mal este caso. Foot considera-o como um caso de deixar o doente morrer e sugere que há uma presunção de que a acção do agente é menos objectável do que seria num outro caso comparável que envolvesse matar. Mas, intuitivamente, parece mais plausível descrever este caso como “matar” (Foot, 1994:280-290) ²⁹.

²⁹ O mesmo se passa no seguinte exemplo: imaginemos uma pessoa que se encontra encurralada no topo de um edifício em chamas e salta. Um bombeiro presente no local rapidamente coloca uma rede que

Estes exemplos são variações do paradigma clássico que é normalmente apresentado para ilustrar as dificuldades da diferenciação entre os actos de “matar” e de “deixar morrer”: a respiração artificial.³⁰ Uma pessoa é acometida por uma doença, que seria normalmente fatal, mas é-lhe dada ventilação artificial que a mantém viva. Posteriormente, o médico concluindo que o doente nunca recuperará a consciência, desliga a ventilação assistida. Muitos vêem este caso como uma situação de “deixar o doente morrer”, e o facto de ter sido o médico a providenciar a ajuda parece ajudar a sustentar esta posição. Outros, porém, têm sérias dúvidas e vêem o acto de desligar o suporte de vida como um acto de “matar”.

As definições convencionais acção/omissão parecem, pois, revelar-se insatisfatórias para, por si sós, traçarem uma distinção clara entre “matar” e “deixar morrer”, permitindo que muitos actos de “deixar morrer” possam contar como “matar”, o que anula o propósito da distinção. O que parece suceder nestas situações é que ao recusarmos intuitivamente caracterizar a actuação de recusa ou suspensão do tratamento médico como “matar”, assinalamos a nossa concordância com essa conduta.

Sempre que, intuitivamente, entendemos que a renúncia ou a remoção do tratamento é moralmente inaceitável, referimo-nos a esta actuação como “matar” (mesmo que lhe chamemos “morte misericordiosa”). Na verdade, parece existir uma inversão de termos: não é o critério distintivo acção/omissão a determinar a diferenciação moral, mas sim o inverso. São as nossas “intuições” morais que parecem proceder ao enquadramento das situações como de acção ou de omissão, que é o mesmo que dizer, como “matar” ou “deixar morrer”.

permita ampará-la, afastando-se de imediato para auxiliar outras pessoas. Um inimigo da vítima, também presente, vendo ali uma oportunidade de vingança remove a rede para que ela caia no chão e morra. Também neste caso a distinção de Foot implica que o agente, ao remover a barreira à ameaça, tenha meramente permitido a morte do seu inimigo. Não obstante, esta actuação, do ponto de vista moral, parece mais próxima de um juízo de “fazer o mal”, do que de “permitir que o mal aconteça”.

³⁰ Que é também um modelo clássico das situações de eutanásia activa.

2.4. CAUSALIDADE

Se a distinção entre acção e omissão é incapaz de resolver o problema, então a diferenciação entre “matar” e “deixar morrer” não pode depender, pelo menos exclusivamente, da forma de actuação do agente. Talvez não seja tão importante saber se o agente participou activamente na produção do resultado ou se manteve apenas uma postura passiva, mas sim saber qual a importância do seu comportamento na produção do efeito indesejado.

Neste caso, a diferença fundamental entre “matar” e “deixar morrer” radicaria no facto de nas situações de “matar” a causa de morte ser imputável à intervenção do agente, enquanto nos casos de “deixar morrer” a causa de morte dever ser atribuída a outros factores que não a sua intervenção ³¹. Agir, intervir no processo causal, colocaria o agente numa posição de obrigação acrescida relativamente ao resultado final dessa actuação. Pelo contrário, esta responsabilidade surgiria diminuída, podendo mesmo desaparecer nalgumas circunstâncias, se o agente surgisse apenas como “espectador” atento, mas não interveniente, no curso dos acontecimentos. Se o médico não interveio e o doente morreu devido a causas naturais, por força do normal curso de uma doença, é legítimo dizer que o médico o “deixou morrer”. “Deixou morrer” não *por causa* do seu comportamento omissivo, de não ingerência, mas *por causa* directa e necessária das complicações naturais decorrentes do seu crítico estado de saúde. Parar ou não iniciar antibioticoterapia corresponde a “deixar morrer” se a morte do doente é causada pela infecção. Contrariamente, injectar uma qualquer droga letal é matar, já que a morte do doente não resulta de causas naturais (doença ou suas complicações), mas da actuação do médico.

De forma simplificada é possível dizer que nos casos de “matar” o agente é a causa primária da morte - se não fosse a actuação positiva do agente não se verificaria a morte de um terceiro - enquanto nas situações de “deixar morrer” o agente, omitindo um

³¹ A causa de um evento é tudo aquilo que de positivo ou negativo concorre para o evento.

comportamento, permite que um determinado curso de eventos prossiga e cause a morte de um terceiro ³².

Este critério tem a vantagem de, nas referidas circunstâncias, libertar o médico da responsabilidade pela morte (no caso de não se iniciar ou se parar a administração de antibióticos a morte é causada pelo processo da doença, a responsabilidade da morte não é imputável a ninguém), conferindo-lhe uma tranquilidade psicológica muito útil nas suas angústias. Mas é um critério que também comporta algumas dificuldades. Quando se fala em causalidade, seja em Filosofia, seja em Direito, referimo-nos não tanto a uma relação de causa e efeito, no sentido considerado e estudado nas ciências naturais, onde se diz, por exemplo, que certa elevação da temperatura causa a passagem da água do estado líquido ao estado gasoso, dado um certo nível de pressão atmosférica, mas sim que determinado resultado é imputável a um determinado agente.

É necessário determinar se uma dada acção foi causa de determinada morte. Mas é também preciso saber se foi *causa moralmente relevante*. Quer isto dizer que a procura da causa de um certo evento moral pode não obedecer aos mesmos critérios, nem chegar às mesmas conclusões, a que se chegaria se considerássemos o assunto em termos puramente científicos. É, por isso, necessário proceder a algumas adaptações.

A teoria da *conditio sine qua non* (ou teoria das condições) foi inicialmente importada das ciências naturais para as ciências sociais. Segundo esta teoria, a causa de certo evento é qualquer condição que, se não tivesse aparecido, não teria permitido a ocorrência do resultado. Para um fenómeno se dar foram necessárias uma série de condições e, por isso, todas elas, de forma indistinta e equivalente, são causa de um

³² Vários autores se referem à causalidade como elemento conceptualmente distintivo de “matar” ou “deixar morrer”. Poucos, no entanto, esclarecem o sentido e alcance desta causalidade. A maioria dos eventos ocorre em virtude da conjugação de uma multiplicidade de causas e a medicina é disso o melhor exemplo. Dizer que o agente “mata” quando causa a morte do doente pode não ser muito ilustrativo quando, muitas das vezes, a morte de um doente é um processo multifactorial, que decorre não apenas da actuação do agente, mas da conjugação deste facto com outras circunstâncias, sendo a mais relevante a doença. Seria interessante analisar detalhadamente qual a causalidade “suficiente” para caracterizar um acto como consequência da actuação de agente. Ex: *Se ao conduzir um carro fizer uma travagem brusca para evitar o embate num peão distraído e o mesmo se assustado com o barulho da travagem morre de enfarte, terei sido causa da morte do peão. Mas poderemos dizer que o matei?*

certo resultado. Causa ou condição de um resultado será toda aquela circunstância que se for omitida leva necessariamente a que o resultado também desapareça³³.

Mas a teoria da *conditio sine qua non*, por importante que seja no domínio das ciências, não é particularmente útil na moral ou no direito. Vejamos um exemplo simples. Alguém empurra outrem para o meio da estrada levando a que o mesmo seja mortalmente atropelado pelo condutor do veículo automóvel que por ali circulava. No exemplo dado, tanto os empurrões do agente, como a circulação do veículo automóvel, concorreram, em condições de igualdade, para o resultado: a morte da vítima. Para a teoria da causalidade, entendida como a causalidade da *conditio sine qua non*, ambas as actuações são causa da morte. E, no entanto, sabemos intuitivamente que a actuação do agente que empurra a vítima é moralmente condenável e que a actuação do condutor do veículo não o é³⁴. Outro exemplo é o do agente que agride a vítima, mas apenas de forma a partir-lhe o pé. Quando a mesma é transportada para o hospital sofre um acidente de ambulância e morre. A causa da morte foi o acidente de viação, mas a agressão que provocou a fractura foi uma *condição sine qua non* desse resultado. Foi por causa dela que teve de ser transportado de ambulância, que levou a que sofresse um acidente de viação e, em última análise, que morresse. Se por um lado, do ponto de vista do comportamento activo, a teoria da *conditio sine qua non* é demasiadamente abrangente, do ponto de vista do comportamento omissivo deixa de fora do seu âmbito de aplicação quase todas as situações de omissão. Mesmo aquelas que ferem as nossas mais profundas intuições morais. Imaginemos que um pai levou o seu filho de sete anos à praia e que se distraiu conversando com os amigos ou no bar não se apercebendo que o seu filho, que não sabe nadar, se aventurou para o mar. A criança foi derrubada por uma onda e, não se conseguindo voltar a levantar, morreu afogada. A situação seria também moralmente condenável se o pai, assistindo a tudo, e sabendo nadar, nada fizesse para salvar o seu filho. Se neste caso perguntarmos qual foi a causa da morte da

³³ Este tipo de construção é vulgarmente denominado *teoria das condições ou teoria da equivalência*, no sentido em que causa equivale a condição. Isto é, toda a condição é uma causa e se todas as condições são causa, todas as condições se equivalem entre si no sentido de valerem como causa de certo resultado. Trata-se de uma teoria que foi defendida sobretudo a partir do século XIX e é habitualmente ligada a Von Bury, membro do tribunal do Reich alemão, cf. Belezza, 1994:136-137.

³⁴ Partimos, obviamente, do pressuposto, que o condutor circulava dentro da legalidade e que o atropelamento se deveu à impossibilidade não culposa de evitar o embate com a vítima.

criança, em termos de teoria das condições (*conditio sine qua non*), em termos de factor que se for removido faz desaparecer a consequência, naturalmente a causa da morte da criança foi o afogamento, foi o facto de ela ter ido nadar ou ter ido tomar banho sem saber nadar. Isto é, não houve ali uma condição posta pelo pai da criança que se possa pôr ou tirar mentalmente para verificar ou não um certo efeito. Nenhuma autópsia dirá que a criança morreu por falta de cuidado do pai. E, no entanto, não podemos deixar de considerar a actuação, ou a falta dela, do pai, moralmente condenável.

Dada a notória inaplicabilidade da teoria da *conditio sine qua non* às ciências sociais e humanas foram necessários ajustes e limitações. Com vista a corrigir estes exageros foi proposta a denominada “teoria da adequação”, também chamada “teoria da causalidade adequada”. Esta teoria defende que, em certas circunstâncias, o raciocínio da teoria da *conditio sine qua non* não é legítimo. De facto, só se pode dizer que um comportamento causou um resultado quando esse resultado é consequência típica, normal, previsível, desse comportamento segundo as regras normais da vida. Referimo-nos a um comportamento que, de acordo com a experiência geral e comum das pessoas médias, com toda a dificuldade inerente a dizer o que isso seja, leva a um certo resultado.

Esta teoria afasta os óbices que encontrámos no exemplo da ambulância. Dizer que o indivíduo que partiu o pé à vítima que veio depois a morrer pela circunstância imprevisível de a ambulância ter tido um desastre causou a morte da vítima seria responsabilizá-lo por uma situação totalmente imprevisível. E como sabemos quando estamos perante um resultado previsível, típico e normal de uma actuação? Através de um juízo de prognose póstuma. Imaginamos uma pessoa média, colocada nas circunstâncias concretas em que aquele determinado agente praticou o acto e perguntamos: uma pessoa colocada naquelas circunstâncias, uma pessoa média, comum, podia prever que a sua conduta originaria este tipo de resultado?

A teoria da causalidade adequada corrige, ou limita, se preferirmos, a teoria da *conditio sine qua non* nos aspectos em que, como vimos, a mesma se revela demasiadamente abrangente. Parece, pois, que as teorias de causalidade podem oferecer soluções para a aferição da existência de um nexos causal moralmente relevante entre uma actuação

positiva do agente e um determinado resultado. Mas fica ainda por resolver a questão do exemplo do pai da criança que morre afogada. A causa da morte, mesmo de acordo com a teoria da causalidade adequada, continuará a não poder ser imputada ao comportamento omissivo do pai. Efectivamente, a causa adequada a produzir a morte da criança terá sido a asfixia, que levou ao conseqüente afogamento e morte ³⁵.

A causalidade adequada pode revelar-se útil para determinar se a actuação do agente corresponde a “matar” ou a “deixar morrer”, mesmo que se revele incapaz de distinguir entre as situações em que “deixar morrer” é moralmente admissível e todas as outras em que o não é. É este o entendimento de Beauchamp, para quem é *“condição necessária para “matar” um doente que as acções ou omissões do médico causem a sua morte”*. Para este autor, o agente “mata” quando é causalmente responsável (causa próxima/directa) pela morte. Nos casos em que apenas “deixa morrer” não é causalmente responsável (não é causa directa) pela morte (Beauchamp, 2010:121) ³⁶.

Não é absolutamente claro o conceito de causalidade que opera no argumento de Beauchamp, que refere por vezes uma causalidade assente na causa próxima ou na causa directa, mas que também recorre à teoria da causa última, teoria que defende que é causa de um resultado aquele que em último lugar concorreu para a sua ocorrência ³⁷.

A questão torna-se ainda mais complicada porque este autor afasta o nexo de causalidade e, conseqüentemente, o acto de “matar”, sempre que *“o médico consciencioso e informado ou faz uma justificável determinação de futilidade ou acede à válida recusa do doente (...)”*. Nestas situações, defende Beauchamp, o médico *“não causa a morte do doente mesmo que, nas circunstâncias, a tecnologia removida ou*

³⁵ Neste exemplo Beauchamp parece referir-se à causalidade numa outra acepção, enquanto causa última ou próxima.

³⁶ De notar que Beauchamp não faz corresponder “matar” a uma actuação necessariamente condenável do ponto de vista moral, da mesma forma que não entende que a omissão de actuação esteja isenta de riscos de condenação moral.

³⁷ Esta teoria é genericamente rejeitada por permitir situações caricatas como a seguinte: se alguém prender uma pessoa numa jaula para morrer comida por um leão, a causa última da morte é o leão. Donde, o leão é que cometeu um homicídio, cf. Beza dos Santos, 1949:73.

recusada seja causalmente necessária para a continuação da existência do doente” (Beauchamp, 2010:128).

Um médico não é responsável pelas consequências que decorrem de remover uma tecnologia que o doente recusou, mesmo que seja uma causa contributiva dessas consequências. Por oposição, o médico que de forma maleficente remove a tecnologia médica ao doente que quer continuar a viver é a sua causa de morte, é causalmente responsável pelo resultado e, efectivamente, matou o doente. Nos casos em que o médico é causa de morte, os juízos de causalidade centram-se sobre se o médico interveio de forma injustificável num curso de eventos que razoavelmente se poderia esperar que ocorresse. Quando o médico tem uma justificação para a acção ou a omissão (por exemplo quando o médico tem uma autorização válida do doente) e a morte do doente é consequência da sua acção ou para a omissão, o médico não é a causa de morte. Em vez disso, a causa é a doença, o ferimento, a falência do organismo ou, em última análise, a decisão que autorizou a conduta do médico.

Mas esta associação pode não ser inteiramente coincidente. A causalidade deve ser entendida na sua acepção de fenómeno do mundo físico e não equiparada ou confundida com o conceito de responsabilidade. O agente é causa da morte sempre que a mesma é resultado de um seu comportamento, seja por acção, seja por omissão. A responsabilidade, embora surja muitas vezes associada à causalidade, não é uma sua decorrência necessária. São variadas as situações em que alguém causa um dano pelo qual não é responsável, como sucede quando um médico procede a uma intervenção cirúrgica invasiva, consentida pelo doente, ou quando partimos um qualquer objecto porque caímos desequilibrados. Em qualquer destes exemplos foi uma actuação positiva do agente que determinou (causou) a lesão do bem ou interesse de terceiro. Mas em nenhum há efectiva responsabilidade do agente por essa lesão. No primeiro caso, porque operou uma excepção válida à responsabilidade *prima facie* existente, o consentimento do ofendido e, no segundo caso, porque a responsabilização do agente implica que o mesmo tenha liberdade e vontade de actuação, algo que não existe numa

situação de queda em desequilíbrio ³⁸. Em contrapartida, não são raras as situações em que somos responsáveis por danos/lesões que não causámos. Somos nomeadamente responsáveis pelos danos causados por filhos menores, ou por animais de que somos proprietários, ou pelo nosso veículo automóvel se inadvertidamente se destravar ³⁹.

Problema também complicado é aquele que resulta, muitas vezes, das dificuldades práticas de encontrar uma única causa de morte ou um único agente responsável. A complexidade da medicina torna por vezes muito difícil descortinar a causa, que podem ser causas, da morte de alguém. Por outro lado, em ambiente hospitalar, são múltiplos os agentes que podem contribuir, de várias formas e em diversos graus para a morte de alguém.

2. 5. A AUTONOMIA DA VONTADE

Beauchamp faz intervir duas outras variáveis na determinação do nexos de causalidade entre a actuação do agente - no caso, um médico - e a morte do doente: a futilidade terapêutica e a vontade manifestada pelo próprio. Estas duas variáveis são também contempladas pela Declaração da AMA.

Começemos por considerar o papel da autonomia da vontade na distinção entre “matar” e “deixar morrer”. Para Beauchamp, uma actuação do agente que, em princípio, iniciaria uma sequência de eventos que culminaria com a morte do doente e que corresponderia a um acto de “matar”, poderá deixar de o ser, em determinadas circunstâncias, se houver vontade expressa manifestada pelo ofendido, consentindo esse comportamento. Ou seja, a omissão de um tratamento não fútil por parte do médico, que representaria uma omissão indevida e que, caso fosse causa necessária e suficiente para a sua morte, corresponderia a um acto de “matar”, deixará de o ser se

³⁸ Como também não existe na situação de inimputáveis. A responsabilização do agente implica que o mesmo tenha agido voluntariamente e que tenha capacidade de querer e de entender as consequências da sua actuação. Mas, atenção: não tem de querer o resultado da sua actuação, tem apenas de ter capacidade de compreender o seu alcance e resultados prováveis.

³⁹ Aqui já não falamos de uma responsabilidade subjectiva, como nos exemplos anteriores, decorrentes de um comportamento culposos do agente, mas de uma responsabilidade objectiva. Uma responsabilidade que existe independentemente de culpa, a chamada *responsabilidade pelo risco*, que leva a que o agente tenha de responder, civilmente, ressarcindo os danos sofridos por terceiros, decorrentes de lesões provocadas por bens ou entidades sob a sua responsabilidade.

corresponder a uma omissão decorrente de um pedido da vítima. O médico deixa de “matar” o doente, para se limitar a “deixá-lo morrer”. Contrariamente, o médico que de forma maleficiente remove a tecnologia médica ao doente que quer continuar a viver é causa da sua morte, ou seja, é causalmente responsável pelo resultado e, efectivamente, “mata” o doente.

Se num quarto ocupado por dois doentes, ambos com o mesmo diagnóstico e ligados a ventiladores mecânicos, um deles recusa o ventilador, enquanto outro pretende manter-se ligado ao equipamento de respiração artificial e o médico voluntária e conscientemente desliga ambos os ventiladores, “mata” o doente que pretende manter-se ligado e “deixa morrer” o que recusa a ventilação). Para Beauchamp, os médicos não ferem, maltratam ou matam os doentes quando suspendem ou recusam tecnologia médica porque estão moral e legalmente obrigados a respeitar uma recusa válida: *“uma vez que a recusa válida de tratamento vincula o médico, seria inaceitável sustentar que deveres legais e morais lhe exigem que “cause a morte” dos seus doentes e que, conseqüentemente, os mate”* (Beauchamp, 2010:52) ⁴⁰.

Mesmo que a decisão seja irrazoável deve ser atendida: *“O pedido do doente desde que informado e racional, é suficiente”* - escreve Beauchamp. *“O médico é responsável pelo que faz, mas não é responsável por tomar a decisão pelo doente”* (Beauchamp, 1983:153). Como regra parece uma posição sustentável, mas casos concretos podem suscitar dúvidas. Suponhamos que uma grávida de termo, com placenta prévia total a sangrar, mas com um feto vivo, recusa ser submetida a cesariana ⁴¹. O feto morrerá necessariamente devido à hemorragia placentária, seguindo-se a morte da mãe em choque conseqüente à hemorragia. A cesariana salvará a vida de ambos. Deverá, ainda assim, ser dada primazia à autonomia da vontade da mãe? E na circunstância em que o

⁴⁰ A vontade pode ser actual ou vertida em documento legal válido, *p.e.*, directiva antecipada de vontade. Recusa válida deve entender-se no sentido em que juridicamente se aceita a expressão de vontade de alguém como válida. O agente que manifesta a sua vontade deve ter capacidade (jurídica e física) para o fazer e manifestá-la livre e esclarecidamente. A vontade não será livre e esclarecida se for obtida mediante coacção ou se for baseada em erro ou se o doente não se encontrar com capacidades cognitivas suficientes para tomar uma decisão (ainda que essa incapacidade seja transitória).

⁴¹ Placenta prévia total significa uma obstrução completa do canal de parto, pelo que o feto não pode nascer e, por outro lado, o descolamento da placenta provocará uma hemorragia fatal para a mãe e para o filho se não for feita a cesariana.

doente, maior e competente, recusa um tratamento que lhe poderia salvar a vida, exercendo em pleno o seu direito à autonomia da vontade, mas com total desconsideração dos interesses de um seu filho menor que dele depende em absoluto, incluindo financeiramente ⁴²?

Beauchamp não refere em concreto as situações de representação, apesar destas serem passíveis de gerar dificuldades em sede de relevância da autonomia da vontade. Deveremos considerar que nas decisões de recusa de tratamento tomadas pelos pais em representação dos seus filhos menores também se verifica um afastamento do nexo de causalidade entre a actuação do agente (médico) e a morte da criança? Poderão os representantes dos menores decidir autonomamente por ele em todas as situações ou poderá o menor exercer, ainda que de forma restrita, o seu direito à autonomia na medida em que a sua vontade se revele contrária à dos seus pais? Há uma autonomia “parcial” e “repartida”? Quais os seus efeitos nesta causalidade? Poderão os pais ou representantes legais decidir discricionariamente, como aconteceria se fosse uma decisão em sede própria, ou a sua decisão não poderá deixar de ser aquela que melhor defenda os interesses da criança?

Por outro lado, se a vontade do doente vincula o médico, afastando o nexo de causalidade e a sua responsabilidade pela morte, transformando aqueles que seriam actos de “matar” em actos de “deixar morrer”, então Beauchamp parece sugerir a admissibilidade da eutanásia voluntária. Se a manifestação de vontade é suficiente para a desqualificação de uma actuação de “matar” convertendo-a num “deixar morrer”, então a eutanásia activa, a actuação do médico que dá, por exemplo, uma injeção letal, deixa de ser liminarmente censurável do ponto de vista moral.

⁴² Exemplo citado por Beauchamp, Georgetown College Case, em que uma mulher de 25 anos, mãe de uma criança de sete meses, recusou levar transfusão sanguínea o que a condenaria à morte. O tribunal considerou que a doente tinha uma responsabilidade para com a comunidade de tomar conta da criança. Não terá sido uma decisão consensual e não é difícil encontrar argumentos sociais, legais e morais para compreender e defender uma ou outra solução. Seja qual for a opinião pessoal de cada um, a verdade é que este constitui o tipo de caso em que as necessidades de terceiros podem ser razão suficiente para desautorizar as escolhas do doente. De reforçar, no entanto, que em qualquer caso a liberdade individual apenas deve ser anulada por uma razão moral forte, nomeadamente, uma que respeite ao bem-estar de outros. Para mais informação cf: <http://law.jrank.org/pages/3110/Georgetown-College-v-Jones-1963-Crisis-Develops-at-Georgetown-Hospital.html>.

Também quanto a esta matéria podem ser levantadas reservas. Nomeadamente, reservas quanto ao “poder” conferido à autonomia da vontade para definir ou delimitar negativamente o conceito de causalidade. Em qualquer circunstância, seja dolosamente, seja com a autorização do doente, seja por acção ou por omissão, em qualquer dos exemplos dados, o médico é causa da morte no sentido naturalista do termo. Nem a futilidade terapêutica, nem o carácter extraordinário dos meios de tratamento e nem a vontade do doente, parecem ter o poder para alterar a qualificação de uma relação de causalidade.

Não quer dizer que deva ser desprezado o valor da autonomia da vontade na consideração moral da dicotomia “matar”/“deixar morrer”. A autonomia da vontade tem um papel fundamental, só que não em sede de causalidade. O médico será sempre causa de morte nas situações em que é a sua actuação que determina a morte. Mas isso não significa que seja, em todas as situações, médica, legal ou moralmente responsável pela morte do doente. Parece ser também essa a posição da AMA que aceita a sua relevância, como requisito, necessário, mas não suficiente, para a legitimação da cessação terapêutica (deixar morrer). Compreende-se, por isso, que a AMA pareça prescindir da causalidade como critério moral distintivo de “matar” e “deixar morrer”.

2.6. NÃO INICIAR VS SUSPENDER TRATAMENTOS

Outra proposta, muito popular entre a classe médica, distingue entre “deixar morrer” e “matar” conforme estejamos perante situações de não iniciação de tratamentos ou da sua interrupção ou suspensão. Muitos médicos consideram que se o doente não quer o tratamento, o médico não tem o dever de o iniciar. No entanto, uma vez iniciado, sempre que a descontinuação conduza à morte, há o dever de o manter.

Suponhamos que dois irmãos gémeos sofreram, em simultâneo, um acidente de viação e chegam ao hospital com o mesmo diagnóstico e prognóstico: qualquer um deles dificilmente sobreviverá. Um dos gémeos, consciente, recusa a ventilação mecânica, enquanto o outro, inconsciente, é colocado em ventilação assistida. Se fizermos corresponder à diferença entre suspender e não iniciar um tratamento a diferença entre “matar” e “deixar morrer”, o segundo gémeo, mesmo que recupere posteriormente a

consciência, não pode pedir que lhe tirem a ventilação. Parar a respiração artificial parece corresponder a causar a morte de alguém, enquanto não iniciar essa mesma ventilação não parece ter a mesma relevância causal.

A questão passa por saber se existe uma efectiva diferença moral entre as duas situações ou será outra a razão que subjaz a esta distinção. Na realidade, mais do que uma questão moral, parece que é o peso do fardo psicológico que recai sobre o profissional de saúde aquilo que verdadeiramente as distingue. No caso de não se iniciar um tratamento, ainda mais quando o pedido é formulado pelo doente, o médico sente-se “desresponsabilizado” pela morte que venha a ocorrer. O doente, a partir do momento em que recusa o tratamento, chama a si essa responsabilidade. O facto de recusar o tratamento deixa o médico, mesmo legalmente, na obrigação de não actuar, sob pena de cometer um crime de ofensas à integridade física. É certo que uma determinação legal deve, mas não tem de ser, uma determinação moral. Mas a verdade é que mesmo o mais paternalista dos médicos dificilmente agirá contra a vontade expressa do doente.

Já o mesmo não sucede na hipótese contrária. O peso da decisão de interromper o tratamento, e, portando, de decidir o momento do termo da vida do doente, recai sobre o médico. Psicologicamente este assume como sua a responsabilidade pela morte. Mesmo que a família, ou o próprio doente, corroborem a decisão, será a actuação do médico a determinar o fim da vida do paciente. E se esta é uma realidade aceite por muitos destes profissionais, é, no entanto, uma situação constrangedora para outros tantos. Esta convicção de responsabilidade pode inclusivamente explicar em parte o porquê da utilização abusiva de tecnologia desproporcionada para prolongar, muitas vezes injustificadamente, o processo de morte. Trata-se de uma forma inconsciente que o médico encontra para contornar a responsabilidade psicológica pelo fim da vida do paciente. Tentou todas as possibilidades, todos os recursos, para se sentir tranquilo, sabendo que fez tudo o que estava ao seu alcance para evitar o pior desfecho e que, se não o conseguiu, é porque o mesmo era inevitável.

Os médicos reconhecem que os doentes têm autoridade para recusar um tratamento, mas, ainda assim, considerar um doente responsável pela sua morte é bastante mais

problemático do que imputar a responsabilidade a causas naturais. Se o doente é terminal e recusa iniciar uma terapêutica que não traz qualquer esperança de cura, mas apenas a possibilidade de prolongar, por pouco tempo, a sua vida, o médico tenderá a aceitar, ou mesmo a concordar, com a decisão do seu paciente. Diferente é a situação em que o doente recusa iniciar um tratamento que lhe pode salvar a vida ou quando recusa alimentação e hidratação. Não iniciar ou suspender comida e fluidos, especialmente se o doente pode comer e beber de forma natural, provoca novas doenças, desidratação e desnutrição, que se tornam as causas da morte. Nesses casos, a não iniciação de alimentação ou hidratação parece assemelhar-se mais a um acto de “matar” do que não iniciar, ou mesmo interromper, um tratamento específico de prolongamento de vida (ventilação mecânica) em que a morte é provocada pela doença subjacente. Se entendermos que é moralmente admissível que os doentes rejeitem hidratação e alimentação, porque também aqui a causa da morte é natural, podemos estar a alargar demasiadamente o conceito de “natural” e a permitir interpretações abusivas. Uma alternativa é defender que os doentes podem recusar alimentação e hidratação intravenosa, porque não é natural, porque nesses casos está a morrer pela sua incapacidade de se alimentar ou hidratar naturalmente. No entanto, esta interpretação implica que os doentes que podem comer e beber naturalmente fiquem impedidos de recusar bebida e comida, mesmo que sejam competentes e que a sua recusa seja racional.

Igualmente difícil é determinar se nas situações de tratamentos continuados, ou faseados, a opção por não avançar para a fase seguinte corresponde a uma opção de não iniciar tratamento (não iniciar o novo ciclo, por exemplo) ou se estamos perante uma interrupção de um tratamento em curso. Mais uma vez nos deparamos com as dificuldades já enunciadas nas situações de distinção entre comportamento activo e omissivo. E tal como acontece nessas situações, também aqui parece ser moralmente irrelevante, por si só, a distinção feita. Tanto não iniciar como suspender um tratamento podem corresponder a “matar” ou “deixar morrer”. São as circunstâncias pelas quais se decide não iniciar ou suspender determinada terapêutica que se mostrarão relevantes na análise moral do comportamento. Ignorar este facto e fazer uma correspondência directa entre suspender tratamentos e matar, pode levar a hesitações no momento de

decidir sobre se devem ou não colocar pessoas com maus prognósticos, por exemplo, em ventilação mecânica. Se uma vez tomada a decisão esta se torna irreversível, mesmo que só traga dor e sofrimento aos doentes, muitos médicos hesitarão em colocar em ventilação artificial doentes que talvez pudessem ter uma hipótese de recuperação.

2.7. MEIOS ORDINÁRIOS VS MEIOS EXTRAORDINÁRIOS E IMINÊNCIA DE MORTE

A correlação entre “matar” e “deixar morrer”, por um lado, e meios ordinários/meios extraordinários de tratamento, por outro, pode sumariar-se da seguinte forma: *“se dada a condição do doente e os recursos disponíveis o tratamento se considera ordinário, não só o médico deve continuá-lo, como deve iniciá-lo. Se o tratamento for considerado extraordinário (difícil de obter ou muito caro) o médico não só não é obrigado a iniciá-lo como também não é obrigado a mantê-lo”* (Gert; Culver; Clouser, 2006:313).

A AMA parece ter sufragado parcialmente esta ideia. Não obstante, exige requisitos adicionais que, em regra, não são necessários na distinção entre meios ordinários e meios extraordinários. Como vimos, para a AMA “deixar morrer” é *prima facie* admissível quando a) a tecnologia médica aplicável for inútil, no sentido de medicamente fútil (meios extraordinários/desproporcionados), b) a morte biológica estiver iminente e c) o doente ou a sua família mais próxima assim o entenderem.

A questão é saber se deve ser considerado válido o sentido restritivo que Gert, Culver e Clouser dão a *“meios extraordinários de prolongamento da vida”* ou se serão possíveis outros entendimentos⁴³. Não subsistem dúvidas de que a administração de antibióticos para combater uma infecção que se pode revelar mortal constitui um meio comum de tratamento. O mesmo se diga de uma apendicectomia ou de uma cesariana, da administração de soros e da alimentação parentérica.

Mas já é mais complicado saber onde enquadrar uma cirurgia de transplante cardíaco ou hepático. Tratando-se de opções que salvam vidas, talvez sejamos tentados a afirmar

⁴³ Talvez o recurso ao conceito de “desproporcionado” tivesse evitado alguns equívocos decorrentes de uma associação quase imediata da ideia de extraordinário a fora do comum ou a excessivamente oneroso do ponto de vista financeiro, equivalendo a “exorbitante”.

que se trata de tratamentos comuns. Admitindo que assim seja, pelo menos nos países europeus e norte-americanos, dificilmente estaremos em condições de afirmar, com propriedade, que este entendimento é extensível aos países africanos onde, por exemplo, a hemodiálise, banal na sociedade ocidental, é um luxo inacessível à maioria da população que, por isso, morre em consequência da progressiva intoxicação do corpo. Coloca-se também o problema de saber se os tratamentos para o HIV ou para a Hepatite C, imprescindíveis para evitar a progressão de duas doenças mortais, mas com custos elevadíssimos, devem ser considerados meios extraordinários de tratamento. E o de saber quem define a linha de fronteira entre o “comum” e o “extraordinário”, ou entre o excessivamente oneroso e o razoável. Será esta uma fronteira clínica ou financeira? Ou ambas?

Ao referir-se a “meios extraordinários” de prolongamento de vida, a AMA visava afastar a necessidade de recurso a um irrazoável nível de parafernália clínica que mantivesse a situação vital do indivíduo, sem esperança, para além do razoável, muitas vezes à custa de grande sofrimento, do próprio e da sua família. Não se trata por isso de saber se os tratamentos são frequentemente utilizados ou não. Trata-se de saber se o tratamento é proporcional ou benéfico para o doente. Não é de admitir que a AMA tenha equacionado a hipótese de afastar o tratamento dialítico, permitindo a agonia do moribundo, apenas porque este se encontra em fase terminal. Também não parece de aceitar que a admissibilidade moral de “deixar morrer” alguém varie em função do hemisfério do globo em que nos encontramos.

Com o intuito de evitar possíveis interpretações ambíguas, Kelly propôs um critério distintivo que se veio a tornar uma referência mundial: *“meios comuns são toda a medicina, tratamentos e operações que oferecem esperança razoável de benefício e que podem ser obtidos e utilizados sem custos excessivos, dor, ou qualquer outro inconveniente. Meios extraordinários são todas as medicinas, tratamentos e operações que não podem ser obtidos ou utilizados sem custos excessivos, dores, ou qualquer outro inconveniente ou que não ofereçam uma esperança razoável de benefício”* (Kelly, 2010: 500). A aceitação generalizada de um critério que atendia, conjuntamente, a benefícios, custos e sofrimento do doente, obviou problemas maiores, nomeadamente evitou os

riscos de interpretações abusivas ⁴⁴. Ainda assim, talvez a opção pela expressão “futilidade terapêutica” tivesse sido mais adequada e menos perigosa.

Mas, segundo a AMA, para que seja admissível “*deixar morrer*” alguém não basta que estejam em curso “meios extraordinários” de prolongamento de vida: a sua suspensão só é possível se a morte biológica estiver iminente. E se o carácter extraordinário dos meios é controverso, a iminência da morte não é menos. Tão controversa do ponto de vista moral como do ponto de vista legal.

Karen Ann Quinlan tinha 21 anos quando sofreu uma paragem cardiorrespiratória, após ingerir uma combinação de álcool e drogas. Em consequência, entrou em estado vegetativo persistente. O neurologista que a assistia não teve dúvidas de que apesar de não ter qualquer função cognitiva, *Karen Ann* mantinha parcialmente algumas funções neurológicas. Dada a mais do que previsível irreversibilidade da situação, os pais da jovem solicitaram a remoção do ventilador mecânico, permitindo-lhe morrer. Os médicos, no entanto, recusaram fazê-lo, alegando que isso apenas seria admissível se *Karen Ann* estivesse em morte cerebral, o que não era o caso. Determinados a obter a autorização necessária para desligar o equipamento de suporte respiratório, os pais levaram a questão para a justiça. O tribunal de primeira instância indeferiu o pedido. Inconformados, os pais recorreram para o Supremo Tribunal de New Jersey. O Supremo pronunciou-se novamente de forma desfavorável às suas pretensões. Entendeu este tribunal que desligar o ventilador mecânico não corresponderia a deixar morrer *Karen Ann*, mas sim a matá-la, alegando que “*o facto de a vítima estar na iminência de uma morte ou em condição terminal não é fundamento de defesa da acusação de homicídio*”

⁴⁵.

⁴⁴ Consideremos a tentação que poderia existir por parte das entidades de seguradoras ou dos serviços nacionais de saúde mais liberais de afastar determinados tipos de tratamento das suas coberturas de saúde.

⁴⁵ Cf. Ann. Cf. Supreme Court of New Jersey, 1976:51-78. Em Março de 1976, o supremo tribunal de New Jersey concordou com a remoção do ventilador mecânico que se encontrava ligado a *Karen Ann* se a comissão de ética do hospital assumisse que a sua situação era irreversível. Apesar de o ventilador ter sido removido, *Karen Ann* continuou a respirar e só veio a falecer em 1985 por infecções múltiplas. É questionável se os pais não poderiam, dada a ineficácia da remoção do ventilador, ter solicitado a cessação da hidratação e alimentação parentérica de *Karen*.

O aresto jurisprudencial parece contrariar frontalmente a posição da AMA, negando valor jurídico à justificação moral aceite por esta entidade como condição para, em algumas situações, “deixar morrer” alguém. Resta saber se com esta decisão o tribunal terá querido enviar um claro sinal de irrelevância legal do critério da iminência da morte. A fraseologia utilizada poderá indiciar algo um pouco diferente. Na realidade, o que o Supremo Tribunal de New Jersey determina é que “*o facto de a vítima estar na iminência de uma morte ou em condição terminal não é fundamento de defesa da acusação de homicídio*”. Aquilo que parece preocupar o tribunal não é tanto se a iminência de morte pode ou não ser uma condição de justificação moral da suspensão de um tratamento, mas sim se é condição suficiente para tornar qualquer acto de “matar”, num mero “deixar morrer”. Para o Direito o comportamento de desligar um ventilador mecânico ou a suspensão das terapias de suporte de vida, justificado ou não, não deixa de corresponder a um acto de matar – um homicídio – pelo simples facto de a vítima ser alguém que se encontra em morte iminente. A iminência de morte, o carácter extraordinário dos meios e o consentimento do ofendido, não desqualificam a actuação do agente no sentido de que o mesmo, agindo, continua a cometer um crime de homicídio. A existência ou não de um juízo moral de censura sobre a actuação do agente não altera a qualificação do acto: juridicamente, matar é matar e a actuação do médico é causa da morte do doente, independentemente de o mesmo se encontrar i) sob tratamento extraordinário ii) perante morte iminente. Tal não significa que o direito não dê relevância a estas duas variáveis. Pelo contrário, estas variáveis são imprescindíveis para a determinação da medida da culpa. A culpa que mede, *grosso modo*, a responsabilidade do agente pela produção do resultado.

Tão ou mais problemática é a determinação do que seja a morte iminente: são duas horas, dois dias, dois meses, dois anos? Mais uma vez é necessário definir quem e com recurso a que critérios definirá os limites temporais que caracterizam uma situação de iminência de morte. É expectável que seja deixada alguma margem de liberdade aos profissionais médicos relativamente ao estabelecimento de orientações clínicas sobre estas matérias. Difícil é, mais uma vez, determinar os limites da discricionariedade a autorizar.

Nas situações em que a morte resulta da cessação terapêutica, os casos mais interessantes envolvem ou pessoas conscientes que estão tão debilitadas que não têm capacidade para fazer uma escolha informada e, provavelmente, nem sequer de serem minimamente informadas, ou pessoas num estado vegetativo persistente. Embora envolvam casos significativamente diferentes, as condições de justificação são relativamente similares e a suspensão ou cessação de tratamentos pode ser justificada quando determinadas condições estiverem presentes.

As directrizes da AMA tornam difícil a resposta sobre o que fazer relativamente às pessoas em estado vegetativo persistente, já que exigem como condição para “deixar morrer” uma “irrefutável evidência de que a morte biológica está iminente”. Sucede que irreversibilidade e estado terminal são conceitos diferentes. Podemos ter uma condição irreversível que não envolve uma doença terminal. E a irreversibilidade é sempre um diagnóstico de previsibilidade. Não qualquer previsibilidade, pois terá de ser uma previsibilidade à luz da melhor informação científica disponível para a pessoa que faz a previsão. Mas, ainda assim, não deixará de ser um diagnóstico de probabilidades. A AMA não refere a irreversibilidade da condição do doente como um critério moralmente relevante na consideração da distinção entre “matar” e “deixar morrer”, apenas admitindo a cessação ou suspensão de tratamentos nas situações de iminência de morte, deixando de fora as situações descritas – coma prolongado e estado vegetativo persistente. Assim entendida, declaração da AMA, não merece a concordância de Beauchamp. Para este autor, quando o caso é irreversível, não há razão moral para continuar o tratamento. Uma vida nessas condições não tem valor suficiente para fundamentar a sua manutenção e deve ser possível a suspensão ou cessação dos procedimentos terapêuticos em doentes em estado vegetativo persistente, desde que estejam satisfeitas duas condições:

1. Haja perda irreversível de capacidade cognitiva (justificadamente prevista);
2. Se verifique indisponibilidade de novas terapias (justificadamente prevista) ⁴⁶.

⁴⁶ Beauchamp, 1982: 156. Esta premissa moral é assumida e não fundamentada. Uma resolução adequada da questão sobre se a vida é mais valiosa em tais condições do que esta assunção admite envolveria a consideração de teorias da personalidade e do princípio da santidade da vida, considerações que nos levariam muito fora do escopo deste trabalho.

Se estas duas condições estiverem presentes, e se não se conhecer vontade do doente em sentido contrário, está justificada a cessação de medidas terapêuticas de prolongamento artificial da vida, sejam elas normais ou extraordinárias.

Já nas situações em que as pessoas estão conscientes, mas de tal forma debilitadas que são definitivamente incapazes de fazer uma escolha informada e até mesmo de serem informadas, é necessária, pelo menos, a presença das três seguintes condições para a cessação justificada da terapêutica: ⁴⁷

1. Perda irreversível da capacidade de avaliação informada;
2. Indisponibilidade de uma terapia curativa promissora;
3. Inexistência de um pedido do doente para que a terapia seja continuada.

Para Beauchamp estas três condições são necessárias, mas não suficientes para a automática cessação de tratamentos. A questão crítica é saber se há uma quarta condição que, adicionada às outras três, cria um conjunto de condições suficientes para a cessação dos tratamentos. Entende que sim e sugere a seguinte formulação:

4. O doente necessita de uma terapêutica de suporte de vida que por si mesma produziria, quando sopesada, maior sofrimento (ou outro mal) ao doente do que aquele que sofreria se não se recorresse a essa terapia.

Em casos deste tipo, defende o autor, seria injustificado continuar com uma terapia sabendo a mesma apenas produz um maior sofrimento em alguém que está incapaz de decidir se quer ou não essa terapia (Beauchamp, 1982:157).

São várias e complicadas as dificuldades de análise e concretização dos requisitos de justificação previstos pela AMA para que seja admissível “deixar morrer” alguém. Resta agora saber se a enumeração feita tem carácter taxativo ou meramente exemplificativo⁴⁸. À partida podemos ser tentados a considerar que a AMA terá querido prever todas as circunstâncias e que terá enunciado todos os requisitos que têm de estar

⁴⁷ Para esses incompetentes não existe perda cognitiva irreversível. Em vez disso, há um defeito de funcionamento que torna a pessoa incapaz de um juízo informado.

⁴⁸ Admite-se como possível o enquadramento das situações de irreversibilidade numa acepção lata de iminência de morte. Provavelmente, a AMA terá entendido “*estado terminal*” não apenas enquanto conceito temporal, mas numa acepção mais abrangente, incluindo situações de irreversibilidade clínica em que existe evidência de um compromisso neurológico muito grave, não recuperável.

presentes para que seja admissível deixar morrer alguém. Não é esse, cremos que bem, o entendimento de Beauchamp. Para este autor dizer que estas são condições suficientes para “deixar morrer”, não quer dizer que sejam a) condições necessárias e b) o único conjunto de condições suficientes (Beauchamp, 1982:157).

Recusar ou suspender uma tecnologia médica fútil/extraordinária pode ser a principal razão para categorizarmos um comportamento como de “*deixar morrer*”, mas não será a única. Em medicina, o equívoco de uma correlação directa e única entre “*deixar morrer*” e a cessação da tecnologia médica inútil, é muito frequente. Esta correspondência, não sendo incorrecta, não abrange, no entanto, todas as situações em que pode ser legítimo “*deixar morrer*” alguém.

A recusa válida de uma intervenção ou terapêutica médica, fútil ou não, deve ser respeitada ⁴⁹. Aceitar que o médico pode interferir, contra a vontade do doente, forçando uma intervenção cirúrgica que o mesmo não deseja, ainda que lhe possa trazer benefícios objectivos, seria violar os mais básicos sentimentos de liberdade e autodeterminação. Nesta situação, a vontade do doente apresenta-se como absolutamente soberana, afastando inclusivamente os requisitos de futilidade terapêutica e de morte biológica iminente ⁵⁰. Mas, contrariamente ao que sucede nas situações em que se verifique uma iminência de morte e a utilização de meios extraordinários, em que o critério é objectivo, e, por isso, prescinde de uma declaração expressa de vontade do doente, nas situações em que ela não seja possível, nestes casos, apenas o doente autónomo, consciente, livre e esclarecido tem autoridade para recusar ou solicitar a suspensão da intervenção médica. A não verificação dos requisitos

⁴⁹ Como se referiu supra, a posição de Beauchamp, neste ponto, suscita muitas reservas. Beauchamp sustenta que a existência de uma vontade contrária à manutenção ou iniciação de uma terapêutica por parte do doente torna automaticamente, e por si mesma, uma dada situação numa situação de “*deixar morrer*”. É verdade que a vontade do doente legitima, mais, impõe ao médico uma obrigação de não actuação ou, se quisermos, uma obrigação de omissão de agir. Não quer isto, no entanto, dizer que o comportamento se convolve necessariamente num acto de “*deixar morrer*”. Se estivermos perante a recusa de início de tratamento será “*deixar morrer*”. Mas se nos referimos à interrupção de ventilação mecânica por parte do médico, mesmo que a pedido do doente, estaremos na presença de um acto causal de “matar”. Eventualmente, na presença de um acto de “matar” moralmente justificável, mas ainda assim, não deixará de ser, perante a lei, um crime de homicídio por acção.

⁵⁰ A maioria dos ordenamentos jurídicos ocidentais, entre eles o português, também aconselharia vivamente ao médico que o fizesse, caso não pretendesse vir a ser incriminado por tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários ou mesmo por ofensas à integridade física, cf. art. 156º do CP.

de iminência da morte e de futilidade terapêutica/desproporcionalidade dos meios, associada à gravidade das consequências da decisão de não prosseguir terapêutica médica quando o tratamento seja possível, deve afastar a possibilidade de representação, seja no caso de maiores incapazes, seja no caso de menores ⁵¹. Na ausência da mesma, não será admissível a decisão de deixar morrer ⁵². “Deixar morrer”, nestas circunstâncias, corresponderá a “matar”. Será, juridicamente, um homicídio; moralmente, um assassinato.

A opção da AMA de circunscrever a sua previsão às situações em que se verifica uma iminência de morte e em que nos reportamos a meios médicos extraordinários não terá sido displicente. Ao fazê-lo terá tentado definir as circunstâncias em que, inequivocamente, estão presentes as condições necessárias e suficientes para que “deixar morrer” um doente terminal seja moralmente justificável. Seguramente que não é possível concluir que foi intenção da AMA defender a ideia de que estas são as únicas circunstâncias em que tal é moralmente admissível, mas é possível suspeitar que o seu silêncio quanto às demais hipóteses se prende com o facto de, com excepção destas, todas as demais possibilidades alternativas serem algo dúbias e carecerem de um escrutínio particular que inviabiliza tomadas de posição generalistas.

⁵¹ Entendemos que não existindo possibilidade de o doente manifestar uma vontade actual e não sendo conhecida a existência de directivas antecipadas de vontade ou de ter sido nomeado procurador de cuidados de saúde, a decisão de cessação de tratamentos deve ser tomada com base em critérios objectivos clínicos – iminência de morte e futilidade terapêutica/desproporcionalidade de meios -, sem obrigatoriedade de se obter previamente autorização da família. Embora seja sempre desejável uma decisão consensual, se a mesma não for possível deverá, preenchidos que estejam os requisitos identificados, prevalecer o critério objectivo. Esta posição deve ser aplicada seja na situação de maiores inconscientes, seja na situação de menores. A vontade dos pais, quando no sentido da cessação de tratamentos, deve submeter-se à verificação dos requisitos objectivos.

⁵² *IN RE NEMSER*: um juiz recusou determinar a amputação do pé e tornozelo de uma mulher de 80 anos cuja competência era dúbia, apesar do consentimento dos seus filhos. Era clinicamente pouco claro se existiria benefício, enquanto era certo que haveria sofrimento substancial. A operação poderia curá-la, mas os perigos e o sofrimento envolvido foram considerados suficientes para suplantar os possíveis benefícios. Em *CANTERBURY vs SPENCE* o tribunal determinou que a obrigação para o médico continuar com a terapêutica em situações de emergência em que as pessoas estão incapazes de consentir depende de saber se o dano/mal previsível pelo tratamento proposto é ou não suplantado pela decisão de não tratar. Em *SUPERINTENDENT OF BELCHERTOWN vs SAIKEWICZ*, ficou estabelecido que os melhores interesses de um doente consciente, mas incompetente, não são necessariamente alcançados pela imposição de terapêuticas que pessoas razoavelmente competentes poderiam recusar. O tribunal recusou neste caso eleger um tratamento para a leucemia que poderia trazer remissão temporária. Os seus fundamentos foram de que a doença era incurável e que a quimioterapia traria desconforto significativo e efeitos adversos e que o doente não compreenderia o que lhe estava a ser feito.

Uma vez analisados os critérios mais comuns, com base nos quais se quis estabelecer uma diferença moral relevante entre “matar” e “deixar morrer”, parece poder concluir-se que nenhum consegue, por si só, estabelecer de forma satisfatória a diferença. Para além das dificuldades de diferenciação prática, não encontramos neles uma justificação moral satisfatória que nos permita confiar nas soluções a que nos conduzem ou que confirme as nossas mais profundas intuições morais. A consideração conjunta de alguns destes critérios pode permitir, em determinadas circunstâncias, relativa consensualidade. No entanto, as dúvidas mantêm-se: existe realmente uma distinção moral de fundo subjacente a esta dicotomia? Que justificação ética, se alguma, lhe está subjacente e que raciocínio nos conduz a ela?

Na impossibilidade de analisar os métodos propostos pelos vários autores, detivemo-nos numa das mais influentes obras da Bioética contemporânea: *Principles of Biomedical Ethics*, de Beauchamp e Childress. Veremos como o método principialista, desenvolvido nessa obra, pode ajudar a esclarecer as dúvidas que subsistem.

PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS: O MODELO PRINCIPIALISTA E O SEU MÉTODO

Ainda na década de setenta, e enquanto se debatiam as implicações morais da posição da AMA no que respeita às questões de “matar” e “deixar morrer”, ganhava espaço um novo paradigma bioético⁵³. Até à data tinha sido possível estabelecer um compromisso com princípios gerais ou com uma teoria ética que permitisse lançar as raízes da ética biomédica⁵⁴. Apesar da reconhecida reverência à famosa máxima hipocrática *primum non nocere*, os princípios básicos nunca tinham tido um papel fundamental na história da ética médica (Beauchamp, 1995:181). Historicamente, a ética de cuidados de saúde

⁵³ Apesar de por vezes se referirem à concepção ética presente em *PBE* (Principialismo) como uma teoria, os autores esclarecem que não desenvolveram uma teoria ética compreensiva, enquanto sistema integrado de normas morais conjugado com uma justificação sistemática de normas morais básicas. Pretenderam apenas apresentar um sistema organizado de princípios, enquadrados por uma reflexão e argumentação sistemáticas. Mas, no máximo, estes representam apenas elementos de uma teoria geral, in *PBE*: 351.

⁵⁴ Em 1946-1947, nos Julgamentos Médicos de Nuremberga, a AMA afirmou ter criado vários princípios éticos bem definidos aplicáveis à experimentação humana. Tal não correspondia à verdade. Os ditos princípios nunca foram postos em prática em nenhum país ou por qualquer instituição. Em 1964 a Declaração de Helsínquia da *World Medical Association* foi bastante mais influente. Trata-se de uma declaração estruturada em princípios, mas cujas normas são descritas como recomendações, cf Beauchamp, 2016b:2.

era de maximização dos benefícios médicos com a correlativa minimização dos riscos de sofrimento e de doença. A tradição hipocrática mantinha-se alheia a questões e problemas como os da privacidade do doente, de justiça, de políticas de saúde, de vulnerabilidade dos sujeitos de investigação, de autonomia, etc⁵⁵. Não quer isto dizer que não existisse um compromisso moral prévio e sério de médicos e investigadores nos seus encontros com os doentes e sujeitos, nem tão pouco que a teoria ética não estivesse adequadamente desenvolvida na filosofia académica. Mas os dilemas médicos e as questões problemáticas em medicina raramente eram discutidos de forma crítica. Médicos e enfermeiros possuíam os códigos éticos específicos das suas profissões, mas nenhuma ponte tinha sido construída para ligar o trabalho na teoria ética filosófica com os novos problemas da biomedicina e as éticas profissionais aplicavam-se com dificuldade à biomedicina, entendida como um campo interdisciplinar.

Foi apenas durante a década de 70 que se consolidou a ideia de que a tradição hipocrática, outrora vital, se tornara uma moralidade profissional mínima, claramente insatisfatória para fazer face aos novos problemas bioéticos que o avanço médico e tecnológico suscitavam. Era necessário um reconhecimento explícito de princípios éticos básicos que ajudasse a identificar várias práticas clínicas e experiências humanas como moralmente questionáveis ou inaceitáveis, independentemente de terem ou não sido reconhecidas pela medicina hipocrática. Os princípios da ética biomédica, como hoje os conhecemos, resultaram desta sentida necessidade de uma moldura estável e reflexiva.

Com a publicação em 1979 de *Principles of Biomedical Ethics*, de Tom Beauchamp e James Childress, o principialismo materializava-se. Pela primeira vez era apresentado um trabalho sistemático e relativamente abrangente no campo da bioética, organizado à volta de princípios.⁵⁶ Se falamos de principialismo, devemos começar por definir o que

⁵⁵ O melhor trabalho sobre ética médica prévio ao século vinte foi elaborado por Thomas Percival, em 1803, e publicado com o nome de *Medical Ethics*. Ainda assim, também não era um livro sobre princípios morais básicos. Percival estava mais interessado nas virtudes que deve ter um médico, nas quais, entendia, assentava a sua estrutura moral.

⁵⁶ Foram duas as publicações que inspiraram muito do interesse inicial nos princípios da ética biomédica: o *Belmont Report* e o livro *Principles of Biomedical Ethics*, ambos escritos e publicados no final da década de 1970. O *Belmont Report*, elaborado pela Comissão Nacional para a Protecção de Sujeitos Humanos, corresponde a um esquema de princípios éticos básicos que resultou de um estudo realizado para apurar

seja um princípio. Um princípio é “*uma norma fundamental de conduta a que recorrem muitas outras normas morais e juízos para dela retirarem suporte para as suas posições e defesa*” (Beauchamp; Degrazia, 2004:59). Foram quatro os princípios morais preconizados para servir de moldura para a ética biomédica: a) o princípio do respeito pela autonomia, um princípio que exige o respeito pelas capacidades decisórias da pessoa autónoma; b) o princípio da não maleficência, um princípio que exige que nos abstenhamos de causar dano a terceiros; c) o princípio da beneficência, um princípio que exige que evitemos o mal, proporcionemos benefícios e ponderemos benefícios e riscos e custos e d) o princípio da justiça, um princípio que requer a distribuição equitativa de benefícios, riscos e custos (PBE: 13). Todos eles são obrigatórios e todos eles são *prima facie*. Não são absolutos, mas são imperativos; são imperativos, mas não são imperativos categóricos. Os quatro princípios são imprescindíveis para garantir uma moldura compreensiva da ética biomédica e basta que um deles seja abandonado ou eliminado da moldura para que a vida moral seja profundamente alterada e a ética deixe de ser como a conhecemos.

Mas os quatro princípios são normas genéricas, inevitavelmente abstractas, com uma tal vacuidade que se revelam incapazes de solucionar, por si só, dilemas morais concretos. Por outro lado, a inexistência de uma hierarquia entre eles e o facto poderem defender interesses potencialmente conflitantes levanta questões de compatibilização que ficam por solucionar. Se estiverem em apreço casos concretos a que sejam aplicáveis princípios conflitantes, por exemplo, o princípio da autonomia e o da beneficência, ou da não maleficência e o da autonomia, como decidir qual deve prevalecer? A impossibilidade de construir à partida uma hierarquia de princípios gerais que nos dê a confiança de que um princípio prevalecerá sempre sobre o outro, cria problemas decisórios. Em cada situação qualquer um deles pode, em determinados contextos, ser anulado por outras normas morais com as quais entre em conflito contingente. O problema agrava-se já que é precisamente na análise dos maiores

como era realizada e conduzida a investigação nas instituições norte americanas na sequência de várias queixas feitas pelos meios de comunicação norte americanos sobre abusos em sujeitos de investigação por parte de investigadores e instituições.

dilemas bioéticos que somos confrontados com conflitos entre dois ou mais princípios e normas.

Beauchamp e Childress fizeram um esforço para congregar no seu modelo os melhores contributos das várias correntes éticas antagónicas da altura: moralidade comum, casuísmo, narrativismo, pragmatismo e outras menos expressivas⁵⁷. Mas esta solução eclética não foi bem recebida pelos respectivos defensores que não deixaram por isso de apontar aos pais do principialismo um núcleo de queixas comuns: era demasiadamente abstracto, dedutivo, pouco atento aos casos particulares, às relações, às histórias dos doentes e ao processo clínico⁵⁸. Beauchamp e Childress refutaram fundamentadamente as críticas de que foram alvo, justificando as opções tomadas, sem, no entanto, deixarem de atender a todas aquelas que consideraram válidas, reflectindo o seu contributo nas sucessivas edições da obra *Principles o Biomedical Ethics*.

Gert e Clouser, propugnadores de uma teoria ética abrangente de moralidade comum, foram dos mais ferozes críticos do principialismo, termo com que cunharam indelevelmente o modelo de Beauchamp e Childress. Para Clouser, cada princípio funciona simplesmente como um “lembrete” de que existe um valor ético que o agente

⁵⁷ Nas provocatórias palavras de Arras: “*Em resposta os pais do principialismo agradeceram de forma educada todas as úteis sugestões aos seus críticos, assegurando-lhes que as mesmas seriam respeitosamente subsumidas na grande síntese principialista. Cada crítica hostil seria primeiro aparada nos seus excessos, antes de ser consignada na sua secção na próxima edição dos PBE*”, cf. Arras, 2007:46-47.

⁵⁸ Para Jonsen os princípios, por si mesmos, não conduzem a decisões éticas. Não obstante, decisões sem princípios são eticamente vazias. Se é certo que os princípios providenciam um fio condutor indispensável, existem outras características do problema que devem igualmente ser tomadas em consideração. Pellegrino defende que os princípios não devem ser abandonados, mas sim assentar mais firmemente no fenómeno da relação médico doente. O primeiro problema lhes aponta é o facto de serem obrigatórios *prima facie*: sempre que existe um conflito e uma vez que não existe argumento convincente ou mecanismo formal que garanta privilégios de primazia de um princípio sobre o outro, não é possível simplesmente ultrapassar um deles. Já Thomasma defende que a beneficência deve assumir o papel de principal princípio moral, sem negar, no entanto, a necessidade de uma maior influência da ética das virtudes. Para Engelhardt é a autonomia da vontade que deve assumir prioridade. Apesar de inicialmente ter dado prevalência a dois princípios, autonomia e beneficência, na sua última versão de “*The Foundations of Bioethics*” defende um único princípio: o princípio da permissão. Este é descrito como um modelo de contrato negociado, no qual a noção um conjunto de princípios aplicável universalmente para além da autonomia é irrelevante: “Médico e doente podem seguir qualquer curso que queiram desde que estejam de mútuo acordo”. O que acordam não diz respeito a terceiros e pode incluir eutanásia activa, suicídio assistido, ou directivas antecipadas de vontade”, cf. Mallia, 2013:7-21

deve considerar: “*parece que cada princípio se foca apenas no aspecto fundamental de uma teoria ética dominante: justiça de Rawls, consequência de Mill, autonomia de Kant e não maleficência de Gert* (Clouser, 1995:223) ⁵⁹. E se o princípio não diz ao agente como pensar, não proporciona qualquer orientação para a acção, é o agente que determina, interpreta e dá o seu próprio peso a cada princípio. De onde vêm os princípios, questiona Clouser, quais as prioridades entre eles e, se não existem, a que apelar nas situações de conflito? Se os quatro princípios são todos *prima facie*, como determinar a hierarquia de preponderância em cada caso concreto? Como saber se determinada posição é moralmente correcta e se está eticamente justificada? Não bastará apresentar uma mera lista de razões, porque estas podem não sustentar adequadamente a conclusão. Para além disso, nem todas as razões são boas razões e nem todas as boas razões são suficientes para a justificação. É necessário determinar a relevância de uma razão para o juízo moral, garantir a sua suficiência na sustentação desse argumento.

Apesar das acutilantes críticas que estes dois autores fazem ao principialismo, acusando o modelo de se revelar incapaz de oferecer uma resposta efectiva aos problemas bioéticos mais dilemáticos, Gert e Clouser são talvez os autores que mais directamente contribuíram para o desenvolvimento do modelo principialista de Beauchamp e Childress. Em comum têm o papel crucial que reservam à moralidade comum na justificação ética ⁶⁰.

Foi na terceira edição de PBE que Beauchamp e Childress reviram a fonte dos seus princípios bioéticos, passando da teoria filosófica para o que cunharam como “a

⁵⁹ A contribuição primária de Gert para a ética foi a definição de moralidade comum (MC). A MC começa com uma concepção de objectivo e um propósito de moralidade. Seguidamente produz o núcleo descritivo de moralidade comum, incluindo as listas de várias regras e ideais morais e um procedimento que permita determinar quando é justificado violar qualquer uma das regras morais. A MC é constituída por regras e ideais morais, as primeiras proibem categoricamente violações, os segundos simplesmente encorajam as pessoas a prevenir ou a aliviar os tipos de males previstos pelas regras. Assim sendo, só a violação das regras é passível de responsabilização. As regras morais podem ser justificadamente violadas depois de: a) a pessoa que observa a violação da regra moral apurar todos os factos ou características moralmente relevantes do caso e b) ser efectuada uma estimativa hipotética das consequências de todos saberem que um determinado tipo de violação seria permitido ou não, cf. Arras, 2009:5-6.

⁶⁰ Para Beauchamp e Childress o apelo da moralidade comum surgiu no desenvolvimento de PBE. Enquanto Gert vê as normas e os recursos morais da MC como constituindo as fundações de toda a reflexão moral, Beauchamp e Childress adoptaram uma concepção mais restrita e vêem a MC apenas como provedora da justificação última para os princípios da bioética, cf. Arras, 2009:9-10.

moralidade comum”. A insistência no singular visa distinguir a ampla variedade de moralidades particulares encontradas em várias épocas, culturas, profissões, etc. da sua fonte numa moralidade que é comum, segundo dizem, a todas as pessoas comprometidas com uma vida moral em todos os tempos e lugares ⁶¹. Esta moralidade inclui regras de obrigação (não matar, não provocar mal, dizer a verdade, manter promessas, não roubar, prevenir o mal ou dano de ocorrer, salvar pessoas em perigo, não punir os inocentes, obedecer à lei, tratar todas as pessoas com igualdade moral, etc.) e ideais morais, tais como a não malevolência, honestidade, integridade, honestidade, fidelidade, amabilidade e bondade (PBE:3).

Para Beauchamp: *“através da história humana aprendemos que a condição humana tende a deteriorar-se em miséria, confusão, violência e desconfiança se determinados princípios morais não são reforçados através de um sistema público de normas. A manutenção e reforço dos padrões morais básicos, tais como não mentir, não roubar, manter as promessas, respeitar os direitos dos outros e não matar nem provocar mal, são condições necessárias para uma vida decente e a razão pela qual a moralidade comum existe”* (Beauchamp, 2016:8-9).

Porque se tornaram alguns princípios centrais, partes da moralidade comum, enquanto outras normas não? A resposta é que estes princípios são requisitos para a promoção da realização humana. A manutenção destes princípios previne ou limita problemas de indiferença, conflito, sofrimento, hostilidade, escassez de recursos, informação limitada, etc. Estas normas podem não ser necessárias para a sobrevivência da sociedade, mas são necessárias para melhorar ou contrariar a tendência para o decréscimo da qualidade de vida das pessoas ou para evitar que as relações sociais se desintegram. As normas morais, que são centrais na ética biomédica, apesar de não esgotarem o conteúdo da moralidade comum, derivam dela. E por isso os quatro princípios *“funcionam como uma*

⁶¹ PBE:411, *“A nossa teoria da moralidade comum não vê as habituais moralidades como parte da moralidade comum apesar de muitas conterem elementos de moralidade comum. A nossa posição unifica a moralidade comum com o método do equilíbrio reflexivo que analisámos antes. Esta estratégia dá autoridade às normas da moralidade comum enquanto as incorpora ferramentas para refinar e corrigir obscuridades e permitir especificação adicional de princípios regras e direitos. Como progressos de raciocínio ético um corpo de orientações morais mais específicas é formado (o conjunto de especificações dos princípios e das regras)”*.

moldura analítica de normas gerais derivadas da moralidade comum e formam um adequado ponto de partida para a ética biomédica” . (PBE: 13).

Beauchamp e Childress não negaram nunca o carácter abstracto dos seus princípios e a consequente impossibilidade da sua aplicação directa aos dilemas bioéticos do dia-a-dia: *“Os quatro princípios apresentados neste livro não constituem uma teoria ética geral. Apenas proporcionam um quadro de normas a partir do qual devemos iniciar a ética biomédica. Estes princípios têm de ser especificados de forma a se obter uma orientação mais concreta” (PBE:17)* ⁶².

A especificação, explica Richardson *“é um processo de redução da indeterminação das normas abstractas e de criação de regras com conteúdo orientador da acção”* que ocorre por *“esclarecimento de onde, quando, porquê, como, por que meios, para quem, ou por quem uma acção deve ser adoptada ou evitada”* (Richardson, 2000:289). A especificação adiciona conteúdo limitando o escopo, não explicando o que as normas gerais significam (PBE:17) ⁶³.

Mas pode acontecer que quando somos confrontados com problemas práticos ou discordâncias morais esteja disponível mais do que uma linha de especificação de princípios. Beauchamp e Childress admitem que pessoas diferentes ou grupos diferentes de pessoas possam, por boas razões, oferecer especificações conflitantes, criando assim múltiplas moralidades particulares potenciais. Reconhecem que esta possibilidade é precisamente mais provável em questões muito problemáticas, tais como o aborto e a eutanásia, razão pela qual Childress se mantém sempre muito céptico

⁶² No mesmo sentido, cf. Beauchamp, 2007:1-10.

⁶³ Uma possível especificação do princípio da autonomia seria uma regra que determinasse *“o respeito pela autonomia de doentes competentes quando eles se tornam incompetentes cumprindo as suas directivas antecipadas de vontade”*. Ainda assim esta regra pode revelar-se demasiado abstracta. Nesse caso, refere Beauchamp, *“pode ser necessária mais especificação e a progressiva especificação pode continuar indefinidamente, gradualmente reduzindo os conflitos e incertezas que os princípios abstractos não podem resolver por si mesmos”*. Desta forma, conclui, *“códigos deontológicos, comissões de éticas hospitalares, e políticas públicas podem ser progressivamente tornadas práticas e claras em contextos institucionais”*, cf. Beauchamp, 2016:10.

quanto à possibilidade de que a especificação possa bastar como um modelo de resolução de conflitos ⁶⁴.

Por isso a especificação não é ainda suficiente para permitir fazer avaliações morais de casos concretos. A especificação é necessária para evitar a indeterminação abstracta e para providenciar conteúdo de actuação, mas devemos ter o cuidado de evitar especificar demasiadamente um princípio ou uma regra, deixando pouco espaço para a deliberação, juízo e ponderação de normas e circunstâncias. A ponderação nas circunstâncias concretas pode ser tão importante como o é a especificação para o pensamento moral. A ponderação é o *“processo de encontrar razões que suportem as crenças acerca de que normas morais devem prevalecer. A ponderação está preocupada com o peso relativo e as forças das diferentes normas morais, enquanto a especificação está primariamente preocupada com o seu escopo (alcance)”* (PBE:20). Enquanto a especificação é particularmente útil para o desenvolvimento de políticas mais específicas a partir de normas gerais já aceites, a ponderação é particularmente importante para julgar os casos particulares ⁶⁵. O problema, alertam Beauchamp e Childress, é que a o exercício de ponderação é muitas vezes mais complexo do que um mero sopesar de dois princípios ou regras conflitantes. Considerações de confiança, compaixão, avaliação objectiva, segurança e afins devem ser equacionadas e uma actuação compassiva pode comprometer uma avaliação objectiva.

A ponderação não carece sempre de um processo de especificação prévio. Nem todas as normas em operacionalização podem dizer-se especificações, nem é necessária uma especificação final. Pelo contrário, em muitos contextos clínicos pode ser impossível obter uma especificação, como na ponderação dos malefícios e benefícios dos

⁶⁴ Se é exactamente nas questões fracturantes que podemos ser confrontados com especificações alternativas conflitantes, qual o critério para decidir e o que justifica uma escolha em detrimento de outra? A resposta terá de ser encontrada através do método do equilíbrio reflexivo (RE), in PBE:19.

⁶⁵ Beauchamp e Childress dão como exemplo a situação de uma médica que se depara com um caso urgente que exigirá que se mantenha a trabalhar para além do horário, sendo certo que prometeu ao seu filho que o levaria à biblioteca. Nesta situação concreta, a médica terá de sopesar a urgência de levar o seu filho à biblioteca, se o poderia fazer mais tarde, enquanto, por outro lado, vê a hipótese de algum colega a poder substituir. Se decidir ficar, terá julgado esta obrigação como superior e tê-lo-á feito porque terá encontrado uma razão suficientemente forte e boa para a sua actuação, in PBE: 20.

tratamentos em doentes incompetentes, casos que são tão excepcionais que se torna perigoso generalizar uma conclusão às demais situações (PBE:22). Já a especificação, por si só, se se alargasse a todas as áreas da vida moral, sem o contributo da ponderação, conduziria a um “*corpo de normas tão volumoso que o sistema normativo se tornaria pesado*” (PBE:22).

Apesar das propostas de solução apresentadas por Beauchamp e Childress, continuavam a ser referidas deficiências do método, como um elevado grau de intuição, parcialidade e arbitrariedade do método utilizado. Em resposta a estas críticas, os seus defensores propuseram seis condições que teriam de estar presentes para que fosse justificável infringir uma norma *prima facie* com vista a fazer prevalecer outra (PBE:22-23):

1. Devem ser oferecidas boas razões para actuar;
2. O objectivo moral que justifica a infracção tem uma possibilidade realista de ser alcançado;
3. Não estão disponíveis alternativas de acção moralmente preferíveis;
4. Foi seleccionado o menor nível de infracção, proporcionalmente à obtenção do objectivo primário da acção;
5. Todos os efeitos negativos da infracção foram minimizados;
6. Todas as partes afectadas foram tratadas de forma imparcial.

Foram os próprios Beauchamp e Childress a admitir que, apesar destas condições apertarem significativamente a ponderação e a especificação, talvez não fossem ainda suficientes para reduzir a intuição a um nível aceitável, permitindo possíveis juízos não fundados em princípios e, no entanto, permitidos ou sancionados pela teoria.

Beauchamp e Childress rejeitaram os métodos e os modelos de justificação mais comuns na teoria ética e bioética contemporânea. Os modelos *top-down* e *bottom-up* foram liminarmente rejeitados: as “*definições do topo (princípios e regras) e da base (casos, julgamentos particulares) ambos carecem de suplementação. Nem os princípios gerais nem os casos paradigmáticos guiam adequadamente a formação de juízos morais*”

justificados em determinadas circunstâncias (PBE:404). Em alternativa, optaram pelo chamado equilíbrio reflexivo global (WRE) ⁶⁶.

Rawls cunhou a expressão “equilíbrio reflexivo” e com ela designou uma forma de reunir princípios, juízos e teorias de fundo num estado de equilíbrio ou de harmonia. A tese de Rawls era a de que a justificação em ética e na filosofia política ocorre através de testes reflexivos às crenças morais, aos princípios morais, juízos e postulados teóricos, com o objectivo de os tornar coerentes. Os defensores deste modelo sustentam que uma teoria ou um conjunto de crenças morais está justificada se maximiza a coerência do conjunto geral de crenças que são aceites num exame reflexivo (Arras, 2007:46-71).

O processo de equilíbrio reflexivo inicia-se recorrendo a *juízes morais competentes*, isto é, pessoas que são inteligentes, imparciais, razoáveis, bem informadas, imaginativas, empáticas etc. Partimos do princípio que estes juízes são capazes de filtrar os seus juízos morais menos plausíveis - estão alerta relativamente a operarem sob condições que geralmente conduzem a decisões incorrectas ou pouco fiáveis, não estão a julgar de forma apressada, sob efeito de emoções fortes, levados pelo seu interesse pessoal. Suponhamos que os *juízes morais competentes* confrontam um alargado espectro de situações morais ou casos e que fazem juízos baseados, não numa qualquer sofisticada teoria ou conjunto de princípios, mas antes, assumindo que seja possível, baseando-se somente nas suas mais directas, imediatas e mais confiáveis intuições sobre o que é correcto e incorrecto. Rawls chamou a estas respostas *juízos morais ponderados*. São convicções morais nas quais temos a maior confiança e que acreditamos não terem preconceito. São juízos nos quais as nossas capacidades morais têm maior probabilidade

⁶⁶ O primeiro modelo entende que alcançamos juízos morais justificados através de uma estrutura de percepções normativas que cobrem os juízos. Este modelo é inspirado por disciplinas como a matemática, nas quais uma afirmação decorre logicamente (dedutivamente) de um conjunto de premissas credíveis. A ideia é de que a justificação ocorre se e apenas quando princípios gerais e regras, em conjunto com factos relevantes de uma situação, sustentam uma inferência para um juízo correcto ou justificado. Este modelo, que está na origem da ética aplicada, aplica uma norma geral (princípio, regra, ideal, direito) a um caso claro que se submete às normas. É o modelo de Gert e Clouser. O segundo modelo é, contrariamente, indutivo e defende que são os casos e os julgamentos particulares que providenciam garantias de aceitação moral das conclusões, independentemente das normas gerais que são vistas como derivativas e não primárias na relação com o conhecimento. É o modelo defendido por pragmáticos, narrativistas e casuístas, in *PBE*, 391-398.

de ser apresentadas sem distorção ⁶⁷. Os exemplos habitualmente dados são juízos sobre a incorrecção da discriminação racial, intolerância religiosa e repressão política ⁶⁸.

Na base inicial da reflexão moral estão então estes *juízos morais ponderados*, aceites por *juízes competentes* ⁶⁹. O passo seguinte do método passa por desenvolver princípios que “encaixem”, “expliquem”, “estejam de acordo”, “sirvam” ou “definam” o corpo de intuições apresentado pelos juízes morais competentes ⁷⁰. De acordo com esta interpretação, os *princípios morais* são hipóteses avançadas para dar sentido a um conjunto de juízos morais ponderados formulados por *juízes competentes*. Os princípios “explicam” os juízos morais se pudermos deduzir exactamente os mesmos juízos unicamente dos princípios e dos factos relevantes, sem o contributo de quaisquer intuições morais ou sentimentos. Em suma, é suposto os princípios morais produzirem conclusões nos casos particulares que se encaixam nos nossos juízos ponderados. Sempre que os nossos princípios sugeridos se compatibilizam perfeitamente com os nossos juízos ponderados, estamos em equilíbrio. Se não se encaixam, teremos de emendar ou os nossos juízos particulares ou os nossos princípios, dependendo de qual o elemento do nosso sistema moral que merece a nossa maior confiança.

⁶⁷ Sem distorção não significa necessariamente juízos correctos, o que criaria o risco de se tornar um argumento circular. Sem distorção refere-se às condições sob as quais os juízos são formados. Estes juízos ponderados ocorrem em todos os níveis de pensamento moral, desde aqueles referentes a situações particulares e instituições, através de padrões alargados e primeiros princípios, até condições formais e abstractas sobre concepções morais. Por outro lado, são necessárias outras condições de justificação para os juízos iniciais e convicções que devem afastar conjuntos de juízos paroquiais indevidos. Por isso, o teórico deverá formular juízos ponderados sobre a própria teoria durante o processo do seu desenvolvimento. Os critérios de uma boa teoria de convicções correspondem *grosso modo* a: 1. Consistência (não contradição); 2. Coerência (evidência empírica, teorias científicas bem estabelecidas e inferência de ambas); 3. Abrangência (compreendendo o território apropriado no domínio moral); 4. Inexistência de vieses; 5. Sustentação argumentativa; 6. Restrição das premissas iniciais a juízos ponderados (aqueles em que vale apenas acreditar independentemente de poderem ou não ser sustentados por argumentos), in *PBE*: 409.

⁶⁸ Um juízo moralmente competente veria de forma desfavorável sob o ponto de vista dos objectivos e do método a inquisição espanhola, cf. Arras, 2007:47.

⁶⁹ Um bom exemplo bioético seriam as nossas intuitivas respostas negativas ao estudo da sífilis de Tuskegee, no qual os investigadores do governo dos EUA registaram os efeitos secundários da sífilis não tratada em pessoas de raça negra durante 40 anos.

⁷⁰ Rawls liga este processo ao método científico indutivo, em que os observadores avaliam um conjunto de enunciados ou de dados e depois tentam formular um princípio ou uma função matemática que melhor lhes dê sentido.

Para além da função explicativa exposta, os princípios morais desempenham também funções normativas no quadro do equilíbrio reflexivo. Primeiro, os princípios que foram forjados ao longo do tempo por via do equilíbrio reflexivo podem ajudar-nos a reconhecer e a rejeitar juízos morais incorrectos. Rawls afirma que os princípios devem ajudar-nos a resolver perplexidades morais suscitadas por intuições conflitantes em casos difíceis. Os princípios investidos com uma grande dose de confiança podem ser usados para rejeitar algumas intuições conflitantes, enquanto ampliam as nossas capacidades para ajuizar com confiança em áreas moralmente menos familiares.

Sempre que numa estrutura ou num grupo com uma opinião moral prevalecente se verifique que existe um conflito com um ou mais dos seus juízos ponderados (um conflito contingente) deve promover-se uma alteração no ponto de vista com o objectivo de alcançar o equilíbrio. Mesmo os juízos ponderados, que aceitamos como centrais graças às nossas crenças morais, podem e devem ser submetidos a revisão sempre que se detecte um conflito. O objectivo do equilíbrio reflexivo é conjugar, limar e ajustar os juízos ponderados, as suas especificações e outras crenças, de forma a torná-los coerentes.

A obrigatoriedade de tornar estas diferentes responsabilidades morais coerentes e depois de testar os resultados face a outros compromissos morais é exigente. Mesmo a apelativa regra de colocar os interesses do doente em primeiro lugar não é absoluta quando consideramos possíveis conflitos numa variedade de circunstâncias com outros compromissos. A regra é uma premissa de princípio aceitável - um *juízo ponderado* - mas não aceitável como um princípio absoluto. Resta um largo espectro de opções sobre como especificar e controlar esta regra e equilibrá-la com outras normas. Mas, independentemente da opção que façamos, a coerência das normas será sempre o primeiro objectivo no processo de especificação.

Alcançar um estado de efectivo equilíbrio no qual todas as convicções encaixam coerentemente sem conflitos residuais ou incoerência é um ideal a alcançar. A necessidade de correcções, reformulações e adaptações surgirá em resposta a novas situações de conflito de normas. Apesar de ideal, esta não é uma visão utópica e admite progressos. As moralidades particulares, em que se inscrevem as questões relativas à

eutanásia, ao aborto, à procriação medicamente assistida, à clonagem, entre outras, são um eterno trabalho em curso e nunca produtos acabados. Estes projectos morais necessitam inevitavelmente de ajustamentos por especificação e ponderação na procura de um equilíbrio reflexivo global.

4. “MATAR” E “DEIXAR MORRER” EM *PBE*

Como é analisada a dicotomia “matar”/“deixar morrer” em *PBE*? Concluirá o principialismo pela existência de uma diferença moral entre os dois comportamentos ou, à semelhança de Rachels, negará que a mesma exista ou que, existindo, seja moralmente significativa? E a existir, será algum dos critérios anteriormente apresentados tido como justificado e válido?

Em primeiro lugar encontramos um princípio dito de não maleficência que parece impedir, em qualquer circunstância, o agente de “matar”: “*antes de mais, abstém-te de fazer o mal*”⁷¹. Tirar uma vida, o maior bem que o ser humano possui, dificilmente poderá ser entendido de outra forma que não seja como o causar de um mal. A questão complica-se, porém, quando o bem da vida vê o seu carácter superlativo contestado e passa a ser entendido como um bem que deve ser sopesado e ponderado com outros, como por exemplo, com o bem da liberdade, ou da autonomia, nomeadamente, com a liberdade de decisão sobre aquilo que nos diz respeito.

A questão pode ser colocada da seguinte forma: numa situação terminal e irreversível de grande sofrimento, o que é não causar o mal? Terão razão os consequencialistas quando dizem que, nestas circunstâncias, o mal corresponde ao prolongamento desnecessário do sofrimento? Por outro lado, se o consentimento, a autonomia da

⁷¹ Muitas teorias éticas reconhecem o princípio da não maleficência. Alguns filósofos combinam não maleficência com beneficência para formar um único princípio. Frankena, por exemplo, divide o princípio da beneficência em quatro obrigações genéricas, a primeira das quais identificamos como o princípio e a obrigação de não maleficência e as outras três como os princípios e obrigações a beneficência: 1. Não devemos infligir o mal ou dano; 2. Devemos prevenir o mal ou dano; 3. Devemos remover o mal e o dano; 4. Devemos fazer ou promover o bem. Para Beauchamp e Childress, confluir a não maleficência e a beneficência num único princípio obscurece distinções críticas morais bem como diferentes tipos de teorias morais. As obrigações de não causar dano aos outros, tais como as que proíbem o roubo ou matar, são distintas das de ajudar o próximo, as de promoção do bem-estar, a divisão dos benefícios e a protecção de interesses, in *PBE*:151.

vontade, são moralmente relevantes para efeitos de recusa de tratamento, não deverão ter também algum peso nas decisões de fim de vida activas (eutanásia ou suicídio assistido)?

A não maleficência explica-se através do conceito de dano, um conceito que para Beauchamp e Childress pode ser traduzido por “*uma frustração, que destrói ou protela os interesses de alguém*” (PBE: 153) ⁷². Este princípio pode ser especificado em várias regras: (1). não matar; (2) não causar dor ou sofrimento; (3) não incapacitar; (4) não causar ofensas; (5) não privar terceiros dos bens da vida (PBE:154).

Nas primeiras duas regras identificamos, de imediato, um potencial conflito de especificações: se o prolongamento clínico da vida humana for possível apenas de forma artificial, impondo um prolongamento do sofrimento do doente que seria aliviado caso a sua morte fosse antecipada, como agir?

É assim no domínio do *principio da não maleficência* (e na sua articulação com o *principio do respeito pela autonomia da vontade*) que se colocam os principais problemas anteriormente analisados, nomeadamente, as questões que se referem aos conflitos decorrentes de: 1. não iniciar ou suspender tratamento de suporte de vida; 2. tratamentos ordinários ou extraordinários; 3. tratamentos médicos e tecnologias de alimentação; 4. efeitos pretendidos e efeitos meramente previstos.

Vimos que a questão da suspensão de tratamentos de suporte de vida se prende em particular com a distinção entre acção e omissão. Vimos como para o médico, do ponto de vista psicológico, pode ser diferente não dar início a um processo de ventilação artificial ou suspender um já em curso. Há um sentimento generalizado de que “*as decisões de terminar tratamentos têm mais consequências e mais graves do que as de não iniciar*” (PBE:159).

⁷² Este termo tem significado normativo e não normativo. Ser injusto implica violar os direitos de alguém, mas causar dano não significa necessariamente essa violação. As pessoas sofrem danos sem serem injustiçadas nas situações de doença, de desastres naturais, azar e devidos a actos de terceiros consentidos pelo próprio. Contrariamente, as pessoas também podem ser injustiçadas sem sofrer danos.

Beauchamp e Childress consideram que *“a relutância é compreensível, mas que a distinção entre não iniciar e suspender tratamentos é moralmente irrelevante e potencialmente perigosa.”* Acresce que *“a distinção não é clara e a suspensão pode acontecer por omissão, tal como sucede se não carregarmos as baterias dos ventiladores ou não colocarmos a comida no tubo de alimentação”* (PBE:159-160). O mesmo se diga dos tratamentos com várias etapas, onde a decisão de não iniciar a etapa seguinte pode equivaler a suspender o tratamento.

Como determinar então como agir moralmente nas situações concretas? Articulando o *princípio da não maleficência* e o *princípio da beneficência* com o *princípio da autonomia da vontade*. Especificando e ponderando, os princípios e respectivas regras, controlando-as e equilibrando-as com outras normas, até se alcançar a desejada coerência: *“o raciocínio bioético versa, em última análise, sobre a identificação, justificação e especificação, peso e ponderação dos princípios morais, uns contra os outros no contexto dos casos específicos”* (Arras, 2007:48).

Desconsideremos, para já, a manifestação de vontade por parte do doente, suponhamos que está inconsciente, e note-se como somos confrontados com um conflito entre as duas primeiras regras do princípio da não maleficência: não matar e não causar dor ou sofrimento. Podemos ser tentados a pensar que existirá uma hierarquia de valores implícita que determina que a vida seja o bem mais valioso e que, conseqüentemente, a regra “não matar” deve prevalecer sobre a regra “não causar dor ou sofrimento”. Mas a verdade é que não há evidência que assim seja em todas circunstâncias. Para muitas culturas a honra está acima da vida e são comuns os argumentos em defesa da eutanásia assentes num direito à dignidade. E o equilíbrio reflexivo exige que todas estas considerações sejam levadas a escrutínio ⁷³.

⁷³ PBE, 406: *“O conjunto de convicções relevantes que deve ser trazido à maior coerência inclui normas morais tais como juízos ponderados iniciais e convicções empíricas relevantes. Esta posição é uma versão do que tem sido denominado equilíbrio reflexivo alargado no qual o equilíbrio ocorre depois de uma avaliação das forças e fraquezas do corpo total de juízos, princípios, teorias e factos relevantes e imparcialmente formulados. Os pontos de vista morais a serem considerados incluem convicções sobre casos particulares, sobre regras e princípios, sobre virtude e carácter, sobre formas de justificação consequencialista e não consequencialistas, sobre o status moral do feto, sobre o papel moral dos sentimentos etc.*

Já o princípio da beneficência requer “*não apenas que tratemos as pessoas de forma autónoma e que nos abstenhamos de fazer o mal, mas também que contribuamos para o seu bem-estar*” e é, por sua vez, especificado por uma matriz de regras *prima facie* de obrigação que inclui as seguintes: (1). Proteger e defender os direitos dos outros; 2. Evitar que o mal/dano ocorra a terceiros; 3. Remover as condições que causem lesão/dano a terceiros; 4. Ajudar pessoas deficientes; 5. Salvar pessoas em perigo (PBE:202).

As regras da beneficência diferem das de não maleficência. As regras da não maleficência são (1) negativas, são proibições (2) devem ser seguidas de forma imparcial e (3) providenciam razões morais para a proibição de certas formas de actuação. Em contrapartida, as regras de beneficência (1) representam requisitos positivos de acção (2) não precisam de ser sempre seguidas de forma imparcial e (3), geralmente, não constituem razões para punição legal quando os agentes não logram cumpri-las. Por outro lado, estamos moralmente proibidos pelas regras da não maleficência de causar dano/lesão – estas regras são regras de aplicação universal - o que não sucede no caso da beneficência. De tal forma que vários autores negam inclusivamente que a moralidade inclua quaisquer obrigações positivas. A beneficência seria apenas um ideal virtuoso ou um acto de caridade cujo não cumprimento nunca determinaria uma violação das obrigações de beneficência (PBE:204).

Beauchamp e Childress discordam neste ponto. O que sucede é que é necessário “*clarificar e especificar a beneficência, definindo as situações em que a beneficência é opcional em vez de obrigatória*” (PBE:203). A beneficência específica - que habitualmente assenta em relações morais, contratos ou especiais compromissos e está direccionada para determinadas partes como crianças, amigos, doentes (no que respeita ao médico na assunção de obrigações que o mesmo faz quando entra na profissão e assume o seu papel profissional) - é obrigatória. Em contrapartida, a beneficência genérica não se dirige apenas àquelas pessoas com as quais existem relações especiais, e não se reveste de um carácter de obrigatoriedade (PBE:205)⁷⁴.

Excepto na situação de dever de salvamento e nas circunstâncias concretas previstas em PBE:207.

Regressemos ao exemplo de não iniciação ou suspensão de tratamentos, habitualmente associado à dicotomia acção/omissão. Numa situação de prognóstico reservado, em que o doente se encontra inconsciente, deve o médico iniciar, por exemplo, tratamento de suporte de vida? Ou, se já tiver iniciado essa terapêutica, mas, entretanto, concluir que a situação é irreversível e causadora de sofrimento ao doente, pode suspendê-la?

Para Beauchamp e Childress, da mesma forma que os tribunais reconhecem a ocorrência de crimes por omissão sempre que sobre o agente recaía o dever de agir, também na avaliação moral do comportamento do médico é necessário aferir se o mesmo teria ou não uma obrigação de não iniciar/iniciar tratamentos ou de suspender/manter terapêutica já em curso. A resposta a esta questão determinará se se verificou ou não a violação de uma obrigação moral.

A recondução da chave da questão moral da dicotomia comportamento activo/passivo à obrigatoriedade/não obrigatoriedade de determinada actuação afigura-se pertinente. Mas é ainda assim uma conclusão que não se revela particularmente útil na resolução de casos concretos. Se era difícil distinguir em determinadas situações concretas a existência de um comportamento activo ou omissivo, não é mais fácil determinar quando é que o médico tem o dever de agir e quando não tem. Conscientes dessa dificuldade os dois autores elencam uma série de exemplos de situações em que, umas vezes, estamos perante casos em que a não suspensão de tratamentos corresponde a benefícios para o doente e outras em que isso não acontece.

Na realidade, na leitura que fazemos, a obrigatoriedade de actuação parece ficar intimamente ligada à criação de uma situação de benefício para o doente. Quer isto dizer que Beauchamp e Childress afastam a possibilidade de existência de um comportamento moral censurável em si mesmo: não iniciar ou suspender tratamentos não são, em si mesmos, actos correctos ou incorrectos. Associam antes essa correcção às suas consequências: será moralmente admissível se criar benefício ou moralmente inadmissível se causar mal ou, não é claro, talvez possa ser considerado neutro e opcional se não trazer vantagens nem desvantagens.

E poderemos a partir destes exemplos estabelecer analogias com outros que lhes sejam semelhantes? Não é recomendável. Devemos evitar a tentação de fundir a especificação e a ponderação e de generalizar conclusões a casos similares: *“são numerosas as considerações que devem ser sopesadas e ponderadas e qualquer generalização que se pudesse formar pode não ocorrer mesmo em casos intimamente relacionados”* (PBE:20). Relativamente à não iniciação/suspensão de tratamentos isto significa que, não sendo a dicotomia acção/omissão um critério válido de diferenciação, a valoração moral das decisões relativas a este tipo de tratamentos serão sempre casuísticas. Tanto não iniciar como suspender tratamentos podem corresponder a actos de “matar” ou a opções de “deixar morrer”.

A situação é similar quando falamos do recurso a meios extraordinários de tratamento. O entendimento geral é o de que os meios extraordinários podem ser recusados ou interrompidos, o que não sucede nas situações em que se trata de meios comuns. Esta é, no entender dos dois autores, mais uma distinção *“inaceitavelmente vaga e moralmente enganadora”*. Meios extraordinários é *“uma expressão falaciosa que se presta às mais variadas interpretações e distinções: natural/artificial, simples/complexo, invasivo/não invasivo, dispendioso/económico, etc.”* (PBE:162).

Nestes casos, sustentam Beauchamp e Childress, *“ a principal consideração deve ser sempre a de saber se o tratamento é benéfico ou penoso”*. E acrescentam: *“a distinção pertinente é a distinção entre tratamento obrigatório e opcional, tal como é determinada pelo equilíbrio entre benefícios e penosidade para o doente, que é a distinção pertinente”* (PBE:163). Mais uma vez se procede à especificação e ponderação das regras da não maleficência e beneficência: deve agir-se se o resultado for benéfico para o doente, devemos abster-nos de agir se essa for a forma de obter o melhor resultado para o doente.

Poderão as instituições de saúde legitimamente distinguir entre *tecnologias médicas* e *tecnologias de sustentação* para distinguir entre manutenção justificada ou injustificada de tratamentos de suporte de vida? Para alguns autores as tecnologias de sustentação, nomeadamente, as que provêm nutrição e hidratação através de agulhas e cateteres são meios não médicos de manutenção da vida, em tudo diferentes das formas de

tratamento médico de suporte de vida opcionais, tais como os ventiladores e a diálise (PBE:163).

Serão moralmente equivalentes os actos de desligar um ventilador ou de cessar a administração parentérica? Legalmente tem sido esse o entendimento e Beauchamp e Childress não vêem razões para discordar dos tribunais: *“não existe diferença moralmente relevante entre as várias tecnologias de suporte de vida existentes e o direito de recusar tratamento para si próprio e para terceiros não é contingente ao tipo de tratamento”* (PBE:163).

No que respeita à consideração moral da intenção do agente na prática do acto, em concreto, para que se analise a força moral da DDE, Beauchamp e Childress propõem a análise de quatro casos (alguns já considerados anteriormente):

1. Mulher grávida com cancro cervical precisa de histerectomia para salvar a sua vida, mas este procedimento resultará na morte do feto.
2. Mulher grávida tem gravidez ectópica e os médicos devem remover as trompas de falópio para evitar a hemorragia de que resultará a morte do feto ⁷⁵.
3. Mulher grávida tem grave doença cardíaca que provavelmente lhe provocará a morte se insistir em levar a gravidez até ao seu termo.
4. Mulher grávida em trabalho de parto difícil morrerá a não ser que o médico faça uma craniotomia (PBE: 165-166) ⁷⁶.

A DDE aceitaria a justificação moral para a actuação nos dois primeiros casos, enquanto nos últimos dois a actuação seria moralmente inaceitável. Nos primeiros dois casos o médico adopta a conduta médica legítima com o intuito de salvar a vida da mulher grávida prevendo, mas não querendo a morte do feto. Nos últimos dois casos a acção de terminar a vida do feto é um meio para salvar a vida da mãe.

⁷⁵ Na gravidez ectópica, na realidade, não há feto, mas sim um embrião que ou já está morto ou irá morrer rapidamente pela rotura da trompa e consequente hemorragia, que matará a mulher se não for intervencionada.

⁷⁶ Este exemplo perdeu a sua actualidade. Porque não fazer uma cesariana em vez de matar o feto? Não se fazem craniotomias fetais desde a 2ª guerra mundial, isto é, desde que a anestesia se tornou segura para a mãe.

Beauchamp e Childress não se afastam significativamente dos argumentos consequentialistas de refutação desta doutrina: *“a verdade é que, em nenhum dos casos, o médico quer ou deseja a morte do feto e a sua descrição não revela diferenças moralmente relevantes entre eles. Não é claro porque é que os defensores da DDE entendem a craniotomia como um acto de matar o feto e não como um acto de esmagar o crânio do feto, com o resultado não pretendido de que o feto morre. Fica também pouco claro porque é que no caso da histerectomia a morte do feto é meramente prevista, mas não pretendida”* (PBE:166).

Se para os defensores da DDE *“as acções intencionais requerem que o agente tenha um plano, um mapa ou a representação dos meios e fins propostos para a execução de uma acção”*, então, para que a acção seja intencional, deve corresponder ao plano do agente para a sua execução. Mas sucede que nem sempre os agentes intencionam os efeitos meramente previstos (PBE:166). É o que acontece se, por exemplo, tivermos um único interruptor que liga simultaneamente uma ventoinha e a luz. Mesmo que queiramos ligar apenas a luz, não podemos afirmar que activámos a ventoinha não intencionalmente. E mesmo que quiséssemos evitar ligar a ventoinha, porque está frio, por exemplo, seria incorrecto dizer que a produção desse frio ao ligar o interruptor não foi intencional. Na realidade, intencionamos o efeito, mas não o desejamos, não o queremos por si mesmo e não o pretendemos como objectivo final da acção. Com base nesta conclusão Beauchamp e Childress defendem um entendimento de que, seja na craniotomia, seja na histerectomia a *“intenção é, em ambas as situações, salvar a vida da mulher sabendo que o feto morrerá. Nenhum agente em qualquer cenário deseja o resultado final (a morte do feto) por si mesmo, e nenhum teria tolerado o resultado negativo se fosse moralmente preferível evitá-lo ou omiti-lo ao resultado alternativo”* (PBE:167).

Mais uma vez identificam o problema com o foco da questão: *“o que está muitas vezes em disputa nestas situações é se a morte é boa ou má para determinada pessoa, e nada na DDE resolve esta disputa.”* Para Beauchamp e Childress, a DDE parte do pressuposto de que existem, à partida, um bom e um mau efeito, quando, na grande maioria das vezes, o mais difícil é determinar o que seja um bom e um mau efeito. O que sejam um

bom e um mau efeito é uma resposta que a DDE não tem condições de dar, porque saber da *“bondade ou maldade da morte para determinada pessoa, quer ocorra directa, quer indirectamente, é algo que deve ser determinado e defendido com fundamentos independentes”* (PBE:168).

Afastadas as “enganadoras” distinções entre “matar” e “deixar morrer”, Beauchamp e Childress retomam então a proposta já apresentada de uma distinção básica entre tratamentos obrigatórios e opcionais. Não se trata de iniciar ou não iniciar tratamentos, da extraordinariedade dos meios usados, do tipo de tecnologia ou das intenções do agente. O verdadeiro problema reside em que por vezes pode ser obrigatório tratar (sendo incorrecto não tratar), outras vezes obrigatório não tratar (sendo incorrecto tratar), outras vezes pode ser opcional tratar ou não tratar (nem é exigível, nem é proibido) (PBE:169).

Se é verdade que os princípios da não maleficência e da beneficência são frequentemente especificados de forma a estabelecer uma presunção a favor de providenciar tratamentos aos doentes, não é menos verdade que esta presunção não determina que seja sempre obrigatório providenciar esses mesmos tratamentos. É o que sucede nas situações em que a sua utilização viola os interesses do doente.

São duas as situações em que se justificam as decisões de não iniciar ou de suspender tratamentos: quando se trata de tratamentos fúteis ou quando a penosidade do tratamento é superior aos seus benefícios.⁷⁷ É, no entanto, preciso especificar o conceito de futilidade: considera-se fútil uma intervenção em toda e qualquer *“situação na qual os doentes terminais chegaram a um ponto a partir do qual a continuação dos tratamentos não traz qualquer benefício psicológico ou esperança e se torna opcional”* (PBE:169). A primeira dificuldade que encontramos é a de fixar, em termos probabilísticos, a percentagem de sucesso de uma opção clínica que define um determinado tratamento como fútil. Mais difícil ainda se torna porque nos referimos a uma ciência não exacta, a medicina, em que não se afigura fácil determinar as probabilidades de sucesso de uma terapêutica. As discordâncias relativamente à

⁷⁷ Ideia já expressa pela declaração da AMA.

futilidade de um determinado tratamento são, por isso, legítimas e devem ser consensualizadas com recurso a mediação, comissões de ética e, em último caso, decisão judicial (PBE:171).

E se a decisão de suspender ou não iniciar de um tratamento fútil pode ser controversa, é igualmente complicado decidir como deve agir o profissional de saúde face ao pedido do doente ou da sua família para que prossiga com um tratamento fútil. Está mais uma vez em jogo o problema da responsabilidade psicológica que o médico sente ao chamar a si a decisão de antecipar a morte do doente. É compreensível o sentimento do médico, mas falso, pelo que, Beauchamp e Childress não têm dúvidas de que *“as exigências irrazoáveis dos doentes e das suas famílias não devem ter prioridade sobre as políticas das instituições de saúde. O respeito pela autonomia dos doentes ou dos seus representantes legais não é um trunfo que lhes permita por si mesmos definir se um tratamento é fútil”* (PBE:170).

Do exposto pareceria resultar que, nestas circunstâncias, estaríamos perante uma situação em que é obrigatório não tratar. Porém, Beauchamp e Childress concluem que *“uma intervenção médica verdadeiramente fútil – uma que não tenha hipótese de ser eficaz na relação com os objectivos aceites – é moralmente opcional e em muitos casos não deve ser iniciada ou prosseguida”* (PBE:170). Ora se mesmo nas situações em que os doentes querem e os médicos recusam, o tratamento considerado fútil não deve ser iniciado ou mantido, então quais são as circunstâncias restantes em que possa ser opcional? Apenas nas situações em que o doente (ou representante legal) queira o tratamento fútil e o médico e a instituição de saúde aceitem ou admitam essa decisão. Tal significará que, nestas circunstâncias, os juízos de ponderação poderão levar a que o princípio da autonomia da vontade prevaleça sobre o princípio da não maleficência e, talvez até, sobre o princípio da beneficência. Infelizmente os autores não explicitam as razões pelas quais deixam em aberto esta possibilidade.

Alguns profissionais de saúde entendem que apenas é possível suspender tratamento de suporte de vida de doentes incompetentes se os mesmos se encontram em estado terminal. E, no entanto, para que o tratamento de suporte de vida não seja obrigatório basta que a sua penosidade ultrapasse os benefícios para o doente: *“as considerações*

morais de não maleficência não exigem a manutenção da vida biológica e não exigem a iniciação ou a continuação do tratamento sem atenção ao sofrimento, desconforto e dor do doente” (PBE:171).

Mas nas situações de doentes incompetentes, quem determina o nível a partir do qual os sacrifícios ultrapassam os benefícios? Estes juízos requerem um critério defensável de avaliação de custos e benefícios que evite a recondução de juízos de qualidade de vida a preferências arbitrárias ou ao “valor social” do doente. Alguns autores preconizam que devemos rejeitar juízos morais que sejam, de certa forma, avaliadores da qualidade de vida e preferem confiar exclusivamente nas indicações médicas de tratamento. É esse o entendimento de Ramsey: *“Para doentes incompetentes, precisamos apenas de determinar que tratamento é medicamente indicado para saber que tratamento é obrigatório e opcional. Para doentes em iminência de morte, as responsabilidades não são fixadas por obrigações de providenciar tratamentos que servem apenas para prolongar o processo de morte; são fixadas por obrigações de providenciar apropriado cuidado na morte”* (Ramsey, 1978:155). O autor prevê que o afastamento destas directrizes, nos moverá, gradualmente, em direcção a uma política de eutanásia activa involuntária para os inconscientes e incompetentes, doentes não terminais, baseada em juízos inapropriados e arbitrários de qualidade de vida.

Para Beauchamp e Childress a intenção de Ramsey é compreensível, mas insuficiente para fundamentar esta posição. Os dois autores compreendem os receios de Ramsey, mas julgam impossível dissociar os benefícios para o doente da consideração de um padrão de qualidade de vida e de alguma consideração da vida que o doente terá depois da intervenção médica. Consideram igualmente possível obviar a vacuidade dos termos “dignidade” e “vida com significado” que estiveram na base da morte de vários recém-nascidos severamente doentes ou deficientes, excluindo da análise várias condições, como por exemplo, deficiências mentais (PBE:171) ⁷⁸. No caso de doentes incompetentes, defendem, o foco deve estar nos “seus melhores interesses”, mesmo nas situações em que estes conflituem com os interesses da família e da sociedade.

⁷⁸ Exemplo de Rachels dos bebés com Síndrome de Down.

Mas mais uma vez se coloca uma dificuldade: a que correspondem “os melhores interesses do doente” e quem os define? Se o doente se encontra inconsciente ou incapaz é necessário aferir a sua vontade presumida. Ou o doente manifestou sob a forma de directiva antecipada de vontade a sua posição relativamente a tratamentos a efectuar em determinado condicionalismo clínico e, nesse caso, a questão não se coloca, ou não. Se não o fez, quem decide quais são os seus melhores interesses? Beauchamp e Childress não respondem. É de crer que Ramsey responderia dizendo que deverá ser o médico, de acordo com critérios clínicos objectivos. Mas Beauchamp e Childress manifestaram a sua discordância quanto ao peso da decisão médica nestas situações. Passará esta responsabilidade para a família? Se assim for, não estarão justificados os maiores receios de Ramsey?

A questão da representação de incapazes suscita os maiores cuidados e desperta os nossos mais obscuros temores. A ideia de que alguém possa decidir o momento de terminar a nossa vida é assustadora. A representação ocorre nas situações de incapacidade, permanente ou accidental, do visado. Todos nós podemos, num qualquer momento, encontrar-nos privados da nossa capacidade de querer e de entender e de decidir sobre a nossa vida. Basta que estejamos inconscientes em resultado de uma contusão mais forte. Já os interditos e inabilitados, seja por anomalia psíquica, prodigalidade, ou por outras causas que os impeçam de governar a sua pessoa e bens, carecem sempre de ser representados, mesmo nos mais simples actos da sua vida. O mesmo se diga de os menores até adquirirem capacidade plena de exercício, em regra associada à maioridade civil. Os menores em circunstâncias normais são representados pelos seus progenitores.⁷⁹ É de crer que ninguém será melhor do que eles para zelar pelos seus interesses. E, no entanto, a prática médica tem, muitas vezes, revelado o contrário. Os cuidados pré-natais obstétricos e os cuidados intensivos neonatais podem hoje em dia salvar a vida de muitos fetos anómalos e de recém-nascidos deficientes com condições físicas que teriam sido fatais há umas décadas atrás. No entanto, estas crianças sobrevivem com uma qualidade de vida tão baixa que se torna questionável se esses cuidados clínicos obstétricos ou neonatais produziram mais bem ou mal ao

⁷⁹ Cfr. arts. 122º a 129º (incapacidade de menores), 138º a 151º (interdições) e 152º a 156º (inabilitações) todos do CC.

doente. Para uns a prevenção do mal é o melhor guia de decisão relativamente a fetos pré-termo e recém-nascidos nas enfermarias neonatais; outros argumentam que a intervenção agressiva viola o princípio da não maleficência sempre que estejam presentes as seguintes condições: 1) inviabilidade de o mesmo sobreviver à infância 2) inabilidade de viver sem dor severa 3) inabilidade de participar minimamente na experiência humana. (Jonsen; Garland, 1976:148).

Também nestas situações Beauchamp e Childress não vêem melhor alternativa do que a consideração dos “melhores interesses”, entendidos como a “*melhor estimativa do que pessoas razoáveis considerariam o melhor benefício entre as opções disponíveis*” (PBE: 228). Parecem operar aqui os “juízes competentes” de Rawls ou o *bonus pater familiae* jurídico. Beauchamp e Childress não o dizem expressamente, mas parecem afastar a representação da equação: a opinião dos pais, que em princípio perante a lei detêm todos os poderes de representação dos seus filhos menores, apenas será válida se se conformar com os seus melhores interesses. Esses interesses não poderão, por isso, ser definidos pelos próprios, sendo sim aqueles que numa visão imparcial lhes tragam maiores benefícios. Esta posição obvia eventuais decisões dos pais no sentido de evitarem a decisão que lhes acarreta maior incómodo, nomeadamente a de optar pela sobrevivência das crianças nas situações em que as mesmas serão absoluta e irreversivelmente dependentes de si. Não quer isto dizer que as decisões dos pais nestas matérias sejam prioritariamente egoístas. A verdade é que na maioria das vezes os mesmos estão preocupados com a sobrevivência dos seus filhos depois da sua morte, quem e em que condições garantirá o seu acompanhamento uma vez desaparecidos os pais biológicos.

Se o doente está capaz e consciente há que atender à sua vontade, trazendo também para a análise destas questões os interesses salvaguardados pelo princípio do respeito pela autonomia da vontade. Como mínimo, a autonomia pessoal compreende uma “*auto-regulação livre de interferências controladoras de terceiros e limitações que impeçam uma escolha significativa, como é o caso da compreensão inadequada*” (PBE:101). Todas as teorias da autonomia vêem como essenciais à autonomia duas condições: liberdade (independência de influências controladoras) e actuação

(capacidade para acção intencional). Beauchamp e Childress preferem centrar a sua análise na acção autónoma, entendida como forma normal de actuação e consideram que são três, e não duas, as condições cuja presença é imprescindível: 1) intencionalidade 2) com compreensão 3) sem influências controladoras (*PBE*:104).

A actuação, ou a intencionalidade, pressupõem que o agente tenha capacidade volitiva na determinação da sua actuação. O acto praticado é um acto de vontade, no sentido em que a sua prática não é inadvertida, mas deliberada. Esta condição afasta a possibilidade de considerar as declarações de sujeitos temporária ou permanentemente incapazes. A liberdade, a independência de influências controladoras, exige que a vontade manifestada pelo agente não seja condicionada por coacção moral, erro, temor reverencial, incapacidade accidental ou qualquer outra circunstância que nos leve a crer que a mesma não corresponde à verdadeira intenção do agente ⁸⁰. Beauchamp e Childress referem ainda a necessidade de garantir a compreensão do que está em jogo. O problema da compreensão tem estado intimamente ligado ao do consentimento informado em medicina. A questão colocou-se com maior acuidade com a crescente convicção de que muitos doentes consentem determinados actos médicos sem compreenderem verdadeiramente o que autorizam. A linguagem médica é hermética, a compreensão de um diagnóstico e do funcionamento de uma terapêutica ou dos procedimentos inerentes a uma intervenção cirúrgica exige conhecimentos técnicos específicos, o que leva a que muitos profissionais de saúde se escusem a fundamentar as suas decisões, convictos de que não serão bem sucedidos na tentativa de as tornar inteligíveis, principalmente, quando estão perante doentes pouco diferenciados. ⁸¹ Outros, com o intuito de evitar responsabilidades criminais, limitam-se a criar e a apresentar ao doente formulários padronizados, repletos de jargão médico, inacessíveis à compreensão da maioria, que invariavelmente terminam com a frase “declaro que tomei conhecimento e que autorizo os procedimentos acima identificados”, em baixo da qual encontramos um espaço para a assinatura do doente. Muitas decisões clínicas são irreversíveis e têm consequências graves. Se é verdade que os doentes podem não

⁸⁰ Estas situações estão previstas no código civil português e, neste mesmo sentido, anulam o valor negocial de manifestações de vontade expressas nestes condicionalismos, cf. arts 246º a 257º do CC.

⁸¹ Esta sendo uma forma de paternalismo.

perceber a operacionalização de um procedimento clínico ou o modo de funcionamento de uma determinada terapêutica, devem compreender o mais possível todos os riscos, os maiores e os menores, que comporta a sua decisão num ou noutro sentido. Parece ser esta compreensão que Beauchamp e Childress pretendem salvaguardar. Os dois autores querem garantir que numa decisão tão importante como aquela que diz respeito a uma antecipação da morte o sujeito está plenamente informado, absolutamente ciente das alternativas existentes, da evolução provável do prognóstico e certo da opção que toma.

É fácil intuir onde começam os problemas de compatibilidade do princípio do respeito pela autonomia da vontade com os outros dois princípios analisados: basta que a vontade do sujeito não corresponda àquela que, objectivamente considerada, defenda os seus melhores interesses para que o conflito se dê. A tese de que a beneficência expressa a primeira obrigação em cuidados de saúde é antiga. Se o respeito pela autonomia deve ter prioridade sobre a beneficência profissional dirigida a esses doentes é um problema central na ética clínica. Tanto o princípio da beneficência, como o princípio da não maleficência, têm sido invocados como base das acções paternalistas, acções “ *de desconsideração das preferências ou a actuação de uma pessoa por outra pessoa, nas quais a pessoa que as desconsidera justifica a sua actuação com o objectivo de beneficiar, prevenir ou mitigar o dano que sofreria a pessoa cuja preferência ou actuação foi desconsiderada*” (PBE:215).

Se o agente intervém na vida de outra pessoa com base na beneficência ou na não maleficência, com o objectivo de prevenir uma conduta substancialmente não voluntária, falamos de paternalismo leve. Se as intervenções que pretendem prevenir ou mitigar danos ou beneficiar uma pessoa, contrariam as escolhas e acções arriscadas informadas, voluntárias e autónomas das pessoas, falamos de paternalismo duro. Beauchamp e Childress entendem que o paternalismo leve não envolve um conflito profundo entre os princípios do respeito pela autonomia e da beneficência e que apenas tenta prevenir as consequências danosas das acções de um doente, que o mesmo não escolheria se estivesse numa posição de absoluta autonomia.

Em bom rigor, o paternalismo não é, em si mesmo, objectivamente incorrecto. No entanto, se excessivo, pode invalidar de forma inadequada a vontade do sujeito. Para evitar este efeito indesejado deve ser um paternalismo justificado pela perspectiva do benefício: *“a justificação correcta das acções paternalistas situa o benefício numa escala juntamente com os interesses da autonomia e sopesa ambos: à medida que o interesse de uma pessoa na autonomia aumenta, e os benefícios para essa pessoa diminuem, a razão de ser do paternalismo torna-se menos plausível, pelo contrário à medida que os benefícios para a pessoa aumentam e que os interesses da sua autonomia diminuem a justificação da acção paternalista torna-se mais plausível (PBE:221).*

Os dois autores afastam uma prevalência do paternalismo nas situações em que estejam em causa *“danos menores ou benefícios”*. Nestas situações deve prevalecer a vontade do doente, corolário do princípio da autonomia da vontade. Mas, esclarecem, *“actuações que previnam danos maiores ou que providenciem benefícios maiores desrespeitando apenas trivialmente o princípio da autonomia têm uma racionalidade paternalista plausível”* ⁸².

E no que se refere à *vexata quaestio* da velha dicotomia entre *“matar”* e *“deixar morrer”*, como se devem articular os princípios e respectivas regras? No que diz respeito a *“deixar morrer”*, esta opção será *“prima facie aceitável em medicina numa de duas condições: (1) a tecnologia médica é inútil no sentido estrito de futilidade médica (...) ou (2) os doentes ou os seus representantes legais recusaram validamente a tecnologia médica”* (PBE:175-176). Ou seja, para além da futilidade terapêutica, outro factor é determinante para a qualificação de um comportamento como de *“deixar morrer”*: a recusa do doente em iniciar um tratamento deve ser respeitada pelo médico. Esta é uma condição alternativa e não cumulativa: não é necessário que a tecnologia médica seja fútil para que o doente possa recusar um tratamento, uma terapêutica, uma intervenção

⁸² Cf. PBE: 222. Mas os autores admitem ainda situações em que se justifique um paternalismo forte. É o caso de estarem preenchidas as seguintes condições: 1) o doente está em risco de um dano significativo, mas passível de prevenção 2) A acção paternalista provavelmente prevenirá o dano 3) A prevenção do dano ao doente pesa mais do que o risco para o doente a acção tomada 4) Não há melhor alternativa à limitação da autonomia que ocorre 5) a alternativa menos restritiva da autonomia que garante o benefício é a adoptada.

cirúrgica. Nessas circunstâncias, de futilidade terapêutica, o princípio da não maleficência poderia, por si só, resolver o problema. Aquilo que constatamos nesta afirmação é o reconhecimento implícito de um primado do princípio da autonomia da vontade sobre os princípios da não maleficência e da beneficência. É a validade da autorização que determina a moralidade da acção ⁸³.

Várias vezes têm mostrado as suas reservas a esta crescente valorização da autonomia da vontade nos domínios da bioética. Alguns questionam a efectiva liberdade de escolha que é possível existir numa situação clínica terminal. Afectados física e psicologicamente e com um diagnóstico fatal, dificilmente poderemos dizer que o sujeito que decide nestas circunstâncias o faz de forma livre, não condicionada. Será psicologicamente condicionado pelo mais que provável quadro depressivo que o acompanhará. Poderá estar condicionado pela preocupação de representar ou vir a representar um fardo para a família mais próxima. Poderá apenas estar assustado com a perspectiva de um futuro de dor e sofrimento.

Beauchamp e Childress defendem que o seu modelo é um modelo de princípios *prima facie*, mas, na verdade, declarações como a anterior parecem criar um pendor *primus inter pares* a favor da autonomia da vontade. Contrariamente ao que sucede nas demais situações em que a vontade do doente está ausente e em que os autores reforçam a necessidade de avaliar caso a caso a situação, alertando para os perigos da analogia, nos casos de recusa de um doente competente não revelam esse mesmo receio. Nestes casos, a vontade do doente afasta em definitivo a valoração dos princípios da beneficência ou da não maleficência. Ao recusar um tratamento, ou uma terapêutica, o doente pode escolher, inclusivamente, a opção que for pior para si, menos benéfica, ainda que isso determine a sua morte e que esta não ocorresse de outra forma. A justificação poderá ser a de que o doente, capaz, livre, esclarecido será o melhor juiz do que é melhor para si. Mesmo que aos outros assim não pareça. Os melhores interesses do doente apenas são invocados nas circunstâncias em que não existe capacidade de manifestação de vontade por parte do sujeito. Havendo essa capacidade, verifica-se a

⁸³ De salientar ainda que os autores não distinguem entre não iniciar o tratamento e interrompê-lo ou suspendê-lo. Em qualquer dos casos, o doente, capaz, consciente e informado, é soberano.

sua prevalência sobre todos os outros interesses em juízo. Devemos, porém, recordar que o próprio Beauchamp levanta a questão dos limites da supremacia da vontade do sujeito, designadamente nas situações em que a sua decisão venha a prejudicar gravemente terceiros que de si dependem ⁸⁴.

Há uma exceção. Referindo-se ao paternalismo passivo, afirmam Beauchamp e Childress: *“o paternalismo passivo é habitualmente mais fácil de justificar do que o paternalismo activo, porque os clínicos não têm uma obrigação moral de cumprir os desejos dos seus doentes quando estes sejam incompatíveis com as regras aceitáveis da boa prática médica ou contra a consciência do clínico”* (PBE:226).

Os doentes têm um direito a recusar e correlativamente os médicos têm uma obrigação de aceder a essa recusa, mas não há um direito equivalente ou obrigação em caso de um pedido. As recusas autónomas dos doentes compelem o médico a uma não intervenção, mas os pedidos autónomos dos doentes não compelem necessariamente os médicos a uma intervenção. Querirá isto significar a condenação da eutanásia activa ou do suicídio assistido por parte dos autores? Não é esse o caso. São razões de prudência, e não de censura moral, as que levam Beauchamp e Childress a rejeitar a admissibilidade generalizada destas duas opções.

E em que condições, se algumas, é permissível que o doente e o médico se comprometam na ajuda ao fim intencional da vida do doente? A não iniciação e ou a suspensão de tratamentos antecipam a morte daqueles que estejam, ou possam vir a estar, em suporte de vida artificial. Muitos outros, incluindo alguns doentes oncológicos terminais, são confrontados com um longo processo de morte sem que tal signifique uma presença associada de equipamentos médicos. O grande avanço nos cuidados paliativos contribuiu para dar resposta às necessidades de muitos doentes, mas não de todos. Alguns podem enfrentar dor e sofrimento, uma total incapacidade de experimentar os mais simples prazeres e longas horas conscientes da sua condição sem esperança. Nestas concretas circunstâncias, será moralmente admissível a posição

⁸⁴ Questão da jovem mãe que ao recusar transfusão sanguínea assumiria a mais que provável morte deixando órfão um filho menor.

consequencialista de defesa de uma morte clinicamente assistida concertada entre o doente e o médico?

Para Beauchamp e Childress *“a chave da questão não é tanto saber se os clínicos estão obrigados a dar assistência na morte, mas se os pedidos válidos tornam permissível a um médico (ou outra pessoa) ajudarem na morte. Recusas médicas têm uma força moral que não se encontra nos pedidos, mas aos pedidos não falta toda a força que lhes confere um direito moral a agir em resposta”* (PBE:182). Assumindo que os princípios do respeito pela autonomia e não maleficência justificam a renúncia ao tratamento, a mesma justificação pode ser extensível aos médicos para que prescrevam barbitúricos ou outras formas de ajuda solicitada por doentes em estado grave. Esta é uma estratégia que assenta na premissa de que a ética profissional e as regras legais evitam a aparente inconsistência entre 1) os fortes direitos de escolha autónoma que permite às pessoas em circunstâncias sombrias recusar tratamento de forma a provocar a própria morte e 2) a recusa de um semelhante direito de autonomia para concertar a morte por acordo mútuo entre o médico e o doente em circunstâncias igualmente sombrias (PBE:182)⁸⁵.

O argumento para a liberalização é particularmente atractivo quando a condição clínica de um doente lhe causa sofrimento insuportável e o seu alívio não é clinicamente possível. Como referem os autores, podemos ser confrontados a necessidade de dizer a este doente: *“se estivesse em tratamento de suporte de vida, teria direito a interrompê-lo e assim a morrer. Mas como não está, apenas podemos admitir que recuse nutrição e hidratação e dar-lhe cuidados paliativos até que morra de morte natural o que acontecerá, no entanto, de forma dolorosa, pouco digna, e dispendiosa”* (PBE:182).

A incongruência resulta do facto de, intuitivamente, entendermos que uma resposta favorável de um médico a um pedido para ajuda na morte através da sua antecipação, por via da prescrição de uma medicação letal, não é relevantemente diferente de uma resposta favorável a pedidos de assistência na facilitação da morte através da remoção de tecnologia de suporte de vida ou da utilização de medicações indutoras de coma. Se

⁸⁵ No mesmo sentido Cf. Beauchamp, 1977:67-75.

não estiverem presentes outras diferenças nos casos, os dois actos de assistência médica são moralmente equivalentes.

Esta posição não é exclusiva de *PBE* e já anteriormente Beauchamp sustentara a ideia de que *“nos casos de pedidos de assistência activa, de omissão de auxílio e vários casos de fronteira entre comportamento activo e comportamento passivo, um doente procura a melhor forma de abandonar uma vida de miséria insuportável. As pessoas chegam a um juízo segundo o qual persistir na vida é, ponderadamente, pior do que a morte. A pessoa que acelera a morte pela ingestão de barbitúricos, a pessoa que abdica de nutrição e hidratação, a pessoa que solicita sedação terminal e a pessoa que abdica da tecnologia de suporte de vida podem estar, em cada caso, a escolher a que é para ela a melhor forma de terminar um fardo insuportável. Negar a ajuda a um doente nestas circunstâncias torna a vida mais onerosa do ponto de vista do doente – ou, no caso de não se prescrever a medicação fatal, afasta a possibilidade de decisão do doente. Não importa se estes actos são de um certo tipo, mas apenas que sejam actos que podem ser justificados”* (Beauchamp, 2010:128).

Há que contrariar, sustentam Beauchamp e Childress, a convicção das comunidades médica e jurídica de que se o médico deixar a natureza tomar o seu curso não é responsável pela morte resultante, enquanto o será sempre por qualquer decisão tomada e respectiva actuação positiva. Reitera Beauchamp: *“os médicos que recusam obedecer ao pedido não podem, num passe de mágica, passar a sua responsabilidade para a condição de doente do paciente. A única questão relevante é saber se o caminho que o médico escolhe, incluindo o que é rejeitado e omitido, tem uma justificação adequada. Os médicos não se podem escusar à responsabilidade de agir no melhor interesse do doente e não podem virar as costas ao que o doente crê ser o seu melhor interesse”* (Beauchamp, 1997:43).

O médico que assiste ao pedido do doente é responsável exactamente na mesma medida do médico que recusa assistir ao pedido. Seguramente que os médicos, muitas vezes, rejeitam os cursos de acção solicitados pelos doentes e têm boas e válidas razões para o fazerem, isso não está em causa. Mas o que é preciso saber é se o médico que conscientemente considera que o pedido de ajuda para uma morte medicamente

assistida é razoável e justificado e assume a responsabilidade por essa ajuda erra ao aceder ao pedido.

Para Beauchamp e Childress, se *"a pessoa livremente autoriza a morte, fazendo um juízo autónomo de que a cessação da dor e do sofrimento pela morte constitui um benefício pessoal e não uma diminuição dos seus interesses, então a ajuda activa na morte a pedido não envolve nem dano nem incorrecção moral. Ajudar uma pessoa autónoma a seu pedido é, nesta perspectiva, uma forma de mostrar respeito pelas suas escolhas autónomas. De forma similar, negar o acesso dessa pessoa a outras pessoas que estão na disposição e possuem as qualificações necessárias para aceder ao pedido mostra um desrespeito fundamental pela autonomia da pessoa"* (PBE:182).

E quando o não será? Nas circunstâncias em que *"uma intervenção não autorizada frustra ou diminui os interesses de uma pessoa. É um acto injustificado quando priva a pessoa que morre de oportunidades e bens."* Salientam ainda os dois autores que *"o facto de os pedidos autónomos dos doentes para uma morte clinicamente assistida deverem ser respeitados em algumas circunstâncias, não quer dizer que sejam sempre justificados"* (PBE: 183). A tónica do argumento a favor da justificabilidade moral dos actos de morte medicamente assistida é a de que o alívio da dor e o pedido voluntário justificam que façamos aquilo que de outra forma não faríamos: implementar um plano para pôr termo a uma vida humana.

Dada a gravidade e perigosidade destas decisões, propõem a presença das seguintes condições para que se possa considerar justificada a morte clinicamente assistida:

1. Haja um pedido voluntário de um doente competente;
2. Exista uma relação médico-doente prévia;
3. Haja uma decisão informada e mútua tomada por médico e doente;
4. Exista um ambiente para a decisão crítico, mas apoiado;
5. Haja uma rejeição das restantes alternativas;
6. Haja consulta de outros elementos médicos e especialistas;
7. Haja uma consistência no tempo da posição do doente relativamente à morte;
8. Haja sofrimento inaceitável;
9. Sejam utilizados os meios menos dolorosos e confortáveis possíveis (PBE:184).

Poderíamos ser levados a concluir que Beauchamp e Childress são, nas circunstâncias descritas, favoráveis à legalização da eutanásia activa voluntária ou do suicídio assistido. Mas não é essa a sua posição. Há uma diferença, afirmam os autores: *“justificar um acto é algo distinto de justificar uma prática ou uma política que permita ou legitime mesmo a execução do acto”* (PBE:179). Podemos consistentemente considerar actos moralmente aceitáveis sem defender a sua legalização.

Não é o modelo principialista que os impede de defender a legalização: *“os princípios do respeito pela autonomia e beneficência e as virtudes de cuidado e compaixão todos oferecem fortes razões para o reconhecimento da legitimidade da morte clinicamente assistida”* (PBE:181). Mesmo as maiores oposições, que decorrem de interpretações do princípio da não maleficência e das suas especificações nas várias distinções e regras, quebram-se quando analisadas de perto (PBE:185) ⁸⁶.

Beauchamp e Childress são sensíveis às preocupações manifestadas pelos oponentes à legalização da morte clinicamente assistida. Os seus receios são conhecidos: a prática seria inevitavelmente estendida de forma a acomodar a eutanásia e a qualidade dos cuidados paliativos deteriorar-se-ia, os doentes seriam manipulados ou coagidos a pedir assistência na antecipação da morte, os doentes incapazes seriam autorizados a pedir assistência na morte e membros de grupos vulneráveis (velhos, pobres, minorias raciais) seriam adversamente afectados. São decorrências do denominado argumento da “rampa deslizante.” Com a remoção pela sociedade de determinados constrangimentos contra as intervenções que causam a morte, várias forças psicológicas e sociais provavelmente tornariam mais difícil manter as distinções relevantes na prática. Talvez o argumento da rampa deslizante não seja verdadeiro, mas: *“antes cuidadoso do que arrependido”* (PBE, 181).

Por outro lado, a proibição de matar, mesmo em situações de misericórdia, expressa princípios e sustenta práticas que providenciam as bases de confiança entre doentes e profissionais de saúde. Por confiarmos nesses profissionais esperamos que nos peçam

⁸⁶ Seria importante que os autores explicitassem como o fazem, nomeadamente, como é efectuado o exercício ponderação que permite ultrapassar os conflitos decorrentes da especificação das várias regras.

o nosso consentimento e que não nos façam mal sem a perspectiva de um benefício correlativo. A proibição de matar é uma tentativa de promover uma base sólida de confiança no papel de tomar conta dos doentes e de os proteger do mal. É uma proibição simultaneamente instrumental e simbolicamente importante, cujo afastamento poderia enfraquecer um conjunto de práticas e de constrangimentos que dificilmente conseguiríamos repor (Beauchamp, 1978:67-75).

Ainda assim, Beauchamp e Childress crêem que há condições para se caminhar no sentido da legalização da morte medicamente assistida. Não são, nem devem ser, mudanças que abranjam todas as questões importantes, mas apenas as situações de último recurso. Porém, antes de mais, devemos focar-nos na melhoria da condição clínica dos doentes, nomeadamente apostando em melhores cuidados paliativos. Para os principialistas, *“o controlo da dor e do sofrimento são verdadeiros imperativos morais”* (PBE:186).

CONCLUSÕES:

No centro da discussão moral acerca da eutanásia encontra-se a questão de saber se há uma diferença moral crucial entre “matar” e “deixar morrer”. Em 1973 a AMA parecia corroborar esta mesma posição. Não se suscitavam dúvidas quanto à inadequação de um prolongamento artificial do processo de morte ou quanto à moralidade de se “deixar morrer” um doente, quando a alternativa passava por prolongar por horas ou dias a sua existência com o inaceitável aumento do seu sofrimento. A questão era sim saber qual a determinação moral que impedia que, em igualdade de circunstâncias, fosse possível pôr um termo antecipado a essa mesma vida.

Foram vários os critérios propostos para tentar estabelecer uma distinção objectiva e proporcionar uma justificação moral das diferenças entre as duas situações (“matar” e “deixar morrer”): critérios religiosos e filosóficos, fundados na distinção entre acção/omissão, entre meios ordinários/extraordinários, critérios fundados na intencionalidade, na não iniciação/suspensão de tratamentos, na causalidade, entre outros, contam-se entre os mais reconhecidos. Mas cada proposta apresentada fazia surgir críticas pertinentes que apontavam lacunas insanáveis às sucessivas soluções apresentadas. Nenhum critério, por si só, permitia distinguir objectiva e moralmente as duas situações. Vários autores viram aqui a confirmação da inexistência de uma diferença moral entre os dois comportamentos. Se “deixar morrer” é admissível em determinadas circunstâncias, “matar” intencionalmente também o pode ser. Temos apenas de determinar as situações em que é em que não é, para que estejamos seguros das conclusões morais a que chegamos.

Beauchamp e Childress abordaram em praticamente todas as suas obras de referência a questão da diferença entre “matar” e “deixar morrer”, mas é em *PBE* que esta análise se torna mais interessante. Não porque nela seja feita um estudo exaustivo da questão, mas porque é nesta obra que o principialismo é devidamente apresentado e sustentado.

O modelo teórico do principialismo inicialmente proposto pelos dois autores sofreu vários refinamentos ao longo das várias edições de *PBE*, resultado de revisões feitas em consequência de críticas apresentadas pelos defensores de outros métodos e, em

grande parte, resultante da incorporação de metodologias que inicialmente lhe eram alheias e que vieram permitir aproximar os quatro princípios das decisões do caso concreto. Actualmente, o modelo principialista puro é apresentado de forma mitigada, fruto principalmente da importação e incorporação do método do equilíbrio reflexivo de Rawls. E que melhor forma de submeter este método a verdadeira provação do que testar a sua capacidade para responder à mais difícil e mais importante de todas as distinções que têm sido usadas para determinar decisões aceitáveis sobre tratamentos e formas aceitáveis de conduta profissional relativamente a doentes gravemente doentes: “matar” e “deixar morrer” são realidades morais equivalentes?

Só por si os quatro princípios *prima facie* mostram-se incapazes de solucionar o problema. Sem uma hierarquia previamente estabelecida, somos confrontados com um conflito directo entre os interesses que defendem. Enquanto o princípio da não maleficência parece apontar no sentido da impossibilidade moral de um “matar” intencional, a autonomia da vontade apresenta razões para a abertura de excepções a esta regra. E se as excepções são possíveis, não parece existir uma determinação absoluta no sentido da condenação do acto de “matar”. Em cada situação, devemos especificar e ponderar cada um dos princípios em conflito. Cada caso é um caso e não são possíveis respostas generalizáveis. A solução tem de ser aferida pontualmente.

O principialismo define-se pela centralidade dos princípios morais na reflexão bioética, mas com a importação do método do equilíbrio reflexivo, o raciocínio bioético principialista passou a ser, em última análise, sobre a identificação, a justificação, a especificação, o peso e a ponderação dos princípios morais, uns em conflito com os outros, no contexto dos casos concretos. É preciso ter a certeza que este método nos oferece as garantias de justificação moral que procuramos.

O equilíbrio reflexivo assenta na determinação e aceitação prévia da existência de juízos ponderados absolutamente isentos. Não sendo impossível que tal aconteça, é ainda assim difícil admitir a existência de juízos intuitivos que não tragam consigo o germe de uma qualquer reflexão prévia. Por outro lado, ainda que este método de confronto e integração ajustada de princípios e juízos morais conflitantes permita deduzir

conclusões práticas correctas em casos claros de mal moral, não é certo que possamos fazê-lo em casos difíceis, nomeadamente, em todos aqueles que envolvam conflito de princípios ou problemas de difícil interpretação – ou seja, precisamente naqueles casos que criam a maior paralisação no raciocínio bioético, como sucede com a distinção entre “matar” e “deixar morrer”.

É igualmente pouco seguro que o equilíbrio reflexivo possa ter relevo normativo real. Os juízos ponderados e os princípios especificados, isolados, produzirão um inventário circular das nossas intuições morais, mas a justificação moral dessas mesmas intuições mantém-se incerta. Podemos estar absolutamente confiantes dos nossos juízos morais mais básicos, mas não devemos esquecer que, no passado, alguns desses juízos afirmaram, por exemplo, a naturalidade da escravatura, a necessidade de queimar hereges, a incapacidade das mulheres para cargos públicos, etc... Se for construído de forma circunscrita e incluir apenas os juízos particulares e os princípios que os explicam, o equilíbrio reflexivo tende a ser culturalmente acrítico e pouco fiável.

Conscientes desta limitação, Beauchamp e Childress optaram pelo método do equilíbrio reflexivo global. A inclusividade do equilíbrio reflexivo global, que representa uma grande vantagem, transforma-se numa fonte de preocupações pragmáticas sobre a praticabilidade do método. Os elementos de reflexão moral do equilíbrio reflexivo global abrangem: juízos ponderados, princípios morais, teorias morais, argumentos filosóficos provenientes dessas teorias morais, teorias acerca do papel da moralidade, teorias morais acerca da pessoa, teorias sociais e teorias de desenvolvimento moral. Para ser aplicado com rigor, o equilíbrio reflexivo global exigiria que, em determinado ponto, considerássemos as afirmações rivais de todas as opções na teoria moral – utilitarismo, teoria kantiana da autonomia, feminismo, teoria das virtudes de Aristóteles, etc. –, analisássemos os seus argumentos competitivos e adoptássemos a concepção moral que fosse mais coerente com o resto das nossas intuições morais e com as teorias de fundo. Seguidamente teríamos de executar trabalho idêntico relativamente às teorias concorrentes acerca da pessoa, da organização social e do papel da moralidade na sociedade, para depois ver de que forma as nossas convicções e teorias divergentes se encaixariam.

Mas neste tão vasto universo, que orientação temos para chegar a resultados quanto a todas estas visões morais conflitantes e aos correspondentes argumentos de suporte? Exactamente de que forma é que este processo de análise e comparação se leva a cabo? Que critério devemos usar para seleccionar uma teoria e não outra? Como devemos avaliá-las? Devemos reconhecer ao equilíbrio reflexivo global um gigantesco esforço de orientação moral. Mas dado o carácter vago inerente à análise de todos estes objectos, presente nas razões para fazer vingar uns, mas não outros, bem como para trazer todos os remanescentes para um círculo de coerência o mais alargado possível, parece impossível obter por meio dele um claro modelo de actuação.

Os constrangimentos do equilíbrio reflexivo global tornam-se ainda mais patentes quando abandonamos a perspectiva da primeira pessoa e consideramos o equilíbrio reflexivo de terceiros. Um indicador da fiabilidade de um método é a sua capacidade de produzir uma confluência de opiniões. Apesar da mera consensualidade não ser garantia de verdade moral – veja-se o Terceiro Reich – é difícil imaginar um método de pensamento que seja fiável se não conseguir criar convergência de convicções entre aqueles que o usam. Rawls nunca se comprometeu com esta possibilidade e talvez tivesse boas razões para não o fazer. Numa sociedade democrática e pluralista, grupos de diferentes pessoas entrarão no equilíbrio reflexivo global com juízos morais ponderados muito distintos. Apesar desses juízos não serem dogmáticos ou incorrigíveis, eles exercem uma importante influência nos princípios morais que sustentamos e que estamos dispostos a aceitar.

Beauchamp e Childress admitem que nas questões mais fracturantes tenderemos a encontrar moralidades particulares diversas e mesmo conflitantes. Ainda que o método equilíbrio reflexivo global possa, idealmente, produzir uma justificação moral, se não nos permite criar uma convergência entre diferentes grupos de pessoas numa sociedade pluralista, então não pode ser considerado um método fiável de alcançar a verdade moral. O pluralismo ético, cultural e religioso nas sociedades actuais trará uma multiplicidade de equilíbrios reflexivos em resposta às questões bioéticas.

Parece assim que também o principialismo e o seu método do equilíbrio reflexivo se mostram incapazes de oferecer uma resposta clara à magna questão sobre a existência

de uma diferença moral entre “matar” e “deixar morrer”. Mas a verdade é que é muito possível que não exista nenhum método que consiga este tipo de convergência e de fiabilidade. O mundo moral pode, simplesmente, ser demasiado fragmentado para que isso seja possível.

Beauchamp e Childress, sem nunca enunciarem claramente a forma como a aplicação do método do equilíbrio reflexivo global os levou a chegar às conclusões que apresentam relativamente à distinção entre “matar” e “deixar morrer” e sem que fique claro, em cada circunstância de fim de vida, qual a posição que perfilham, não deixam de assumir, claramente, a admissibilidade moral, em determinadas circunstâncias, do acto de “matar”. Admitem a validade das nossas intuições de admissibilidade de alguns actos intencionais de “matar” em determinados contextos porque sustentam que há, de facto, casos isoladamente considerados, em que “matar”, ainda que de forma intencional, pode ser um acto moralmente justificado.

Mas insistem nas reservas. Os custos morais de uma política pública que permita a morte intencional, incluindo a eutanásia activa voluntária ou o suicídio assistido, podem ser demasiado elevados: aqueles que na realidade não querem verdadeiramente morrer podem ceder a pressões sociais ou familiares nesse sentido, é grande a probabilidade de ocorrerem homicídios disfarçados de eutanásia voluntária activa ou de auxílio ao suicídio e, finalmente, permitir, mesmo que apenas em alguns casos, a morte intencional significará necessariamente um enfraquecimento da reverência pela vida. Em seu entender, o acto de “matar” pode ser individualmente justificado, mas essa justificação não deve ser generalizada. A legalização da eutanásia activa voluntária e do suicídio assistido comportam demasiados riscos e devem, por isso, ser devidamente ponderados antes de serem aprovados.

BIBLIOGRAFIA

ABU-EL-NOOR, N. I., & ABU-EL-NOOR, M. K. (2014) *“End of Life-Decisions: An Islamic Perspective”*. Cairo: Online Journal of Health Ethics, 10(1). <http://dx.doi.org/10.18785/ojhe.1001.04>, pp.

ARRAS. J. (2007) “The way we reason now: reflective equilibrium in bioethics”, in Steinbock, B. (Ed), *The Oxford Handbook of Bioethics*. New York: Oxford University Press, pp. 46—71.

ARRAS. J. (2009) “The hedgehog and the borg: common morality in bioethics”, in *Theoretical Medicine in Bioethics* 30: 11. doi:10.1007/s11017-009-9093-5. Dordrecht: Springer, pp. 1-30. <https://pages.shanti.virginia.edu/jda3a/files/2009/11/Common-Morality-PDF1.pdf>

BELEZA DOS SANTOS, J. (1949) *Lições de direito criminal (lições preleccionadas e revistas pelo Autor ao 5.º Ano Jurídico e coligidas por Fausto Gaito)*. Coimbra.

BELEZA, T. (1994) *Direito penal, 2 vol.* Lisboa: AAFDL.

BEAUCHAMP, T. (1978) “A reply to Rachels on active and passive euthanasia”, in Beauchamp, T. ; Wlatters, L. (Eds). *Contemporary issues in bioethics*. Belmont: Kennedy Institute of Ethics and Department of Philosophy, Georgetown University, pp.248-255.

BEAUCHAMP, T. (1982) “The moral justification for withholding heroic procedures”, in Nora K. Bell (Ed), *Who decides: conflicts in health care*. New Jersey: Humana Press, pp. 149-161.

BEAUCHAMP, T. (1995) “Principlism and its alleged competitors”, in *Kennedy Institute of Ethics Journal, Vol 5, N 3*, Baltimore: John Hopkins University Press, pp. 181-198.

BEAUCHAMP, T. (1996) *Intending death – the ethics of assisted suicide and euthanasia*, New Jersey: Prentice Hall.

BEAUCHAMP, T. (1997) “Justifying physician-assisted deaths”, in Hugh LaFollette (Ed) *Ethics in Practice*, pp. 40-47.

BEAUCHAMP, T. (2007) “The four principles approach to health care ethics” in Ashcroft; Dawson A (Eds), *Principles of Health Care Ethics*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd, pp. 1-10.

BEAUCHAMP, T. (2010) *Standing on the principles: collected essays*, New York: Oxford University Press.

BEAUCHAMP, T. (2016) “Principlism in bioethics”, in Ed. P. Serna A. Seoane (Ed) *Bioethical decision making and argumentation*. Dordrecht: Springer - International Libray of Ethics, Law and the New Medicine 70, pp. 1-16.

BEAUCHAMP, T; CHILDRESS, J. (1996) “Rachels on active and passive euthanasia”, in Beauchamp T.; Veatch R (Ed), *Ethical issues in death and dying*. New Jersey: Georgetown University.

BEAUCHAMP, T; CHILDRESS, J. (2013) *Principles of biomedical ethics (7 Ed)*. New York: Oxford University Press.

BEAUCHAMP, T; DeGRAZIA, D. (2004) “Principles and principlism”, in G. Khushf (Ed), *Handbook of bioethics - taking stock of the field from a philosophical perspective*. Columbia: University of South Carolina, pp. 55-74.

BOYLE, J. (2001) “Toward understanding the principle of double effect” in Wooward, P. A. (Ed.), *The doctrine of double Effect (philosophers debate a controversial moral principle)*, Indiana: University of Notre Dame Press.

BRODY, B. (1989) "A historical introduction to jewish casuistry on suicide and euthanasia"; in *Suicide and euthanasia - historical and contemporary themes, vol 35*, DOI 10.1007/978-94-015-7838-7_3. Dordrecht: Springer Science+Business Media Dordrecht, pp. 39-75.

BUCHANAN, A. (1996) "Intending death: the structure of the problem and proposed solutions", in Beauchamp T. (Ed), *Intending death – the ethics of assisted suicide and euthanasia*. New Jersey: Prentice Hall, pp. 27-31.

CARSE, A. (1996) "Causal responsibility and moral culpability", in Beauchamp. T (Ed) *Intending death – the ethics of assisted suicide and euthanasia*. New Jersey: Prentice Hall, pp. 80-89.

CARTWRIGHT, W. (1996) "Killing and letting die: a defensible distinction", in *British Medical Bulletin*, 1996: 52 (n 2), pp. 354-361.

CLOUSER, K.D. (1995) "Common Morality as an Alternative to Principlism", in *Kenn. Inst. of Ethics J.* Vol. 5, No. 3, pp. 219-236.

CÓDIGOS PENAL E DE PROCESSO PENAL PORTUGUÊS (2013), *Colecção Códigos*. Lisboa: Quid Juris Sociedade Editora.

CÓDIGO CIVIL PORTUGUÊS (2016) *10 Ed., edição académica*. Porto: Porto Editora.

DIAS, FIGUEIREDO J. (2007) *Direito Penal, Parte Geral, Tomo I, 2ª Ed.* Coimbra: Coimbra Editora.

EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO (2016), in *Legislação Comparada, Coleção Temas n.º: 60*. Lisboa: DILP (Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar). Disponível em https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/Eutanasia_Suicidio_Assistido_1.pdf

GURY, J.P. (1869) *Compendium theologiae moralis (2 ed)*. Rome: 1869. Disponível em <http://www.obrascaticas.com/livros/Teologia/d-Compendium%20Theol%20Moralis%20v2-%20Gury%20SJ.pdf>

FOOT, P. (1967) *Theories of ethics*. Oxford: Oxford Readings in Philosophy.

FOOT, P. (1994) "Killing and letting Die", Steinbock, B.; Norcross, A. (Eds) , *Killing and letting die*. New York: Fordham University Press, pp. 280-290.

FRANKENA, W. (1963) *Ethics*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.

FREY, R. (1996) "Intention, foresight, and killing", in Beauchamp. T (Ed) *Intending death – the ethics of assisted suicide and euthanasia*. New Jersey: Prentice Hall, pp 66-79.

GERT B.; R. CULVER; CLOUSER, D. (2006) *Bioethics: a systematic approach (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press.

JONSEN A.; GARLAND, M. (1976) "A moral policy for life/death decisions in the intensive care nursery", in Jonsen; Garland (Eds), *Ethics of newborn intensive care*. Berkeley: University of California, Institute of Governmental Studies, pp. 142-155.

KELLY, Gerald *apud* HERRING, J. (2010) *Medical law and ethics (3rd Ed)*. New York: Oxford University Press.

MALLIA, P. (2013) *The nature of the doctor-patient relationship, health care principles through the phenomenology of relationships with patients*. "Critical overview of principlist theories (ch. 2) ". Dordrecht: Springer, pp. 07—25.

McMAHAN, J. (1993) "Killing, letting die, and withdrawing aid", in *Ethics 103, no. 2*. Chicago: University of Chicago, pp. 250-79. Disponível em <http://www.jstor.org/stable/2381522>

QUINN, W. (1989) “*Actions, intentions and consequences: the doctrine of double effect*”, in *Philosophy and Public Affairs* 18, no. 4:334-51. New Jersey: Princeton University Press, pp.334-351. Disponível em

<http://philosophyfaculty.ucsd.edu/faculty/rarneson/Courses/QuinnonDDE.pdf>

RACHELS, J. (1986) “The morality of euthanasia”, in *The end of Life – euthanasia and morality*. New York: Oxford University Press, pp. 151-168.

RACHELS, J. (1989a) “Active and passive euthanasia”, in Baird, R.; Rosenbaum, S., *Euthanasia – the moral issues*. New York: Prometheus Books, pp. 45-60.

RACHELS, J. (1989b) “More impertinent distinctions”, in Baird, R.; Rosenbaum, S., *Euthanasia – the moral issues*. New York: Prometheus Books, pp. 61-69.

RACHELS, J. (1994) “Active and passive euthanasia”, in Steinbock, B.; Norcross, A., *Killing and letting die*. New York: Fordham University Press, pp. 112-120.

RAMSEY, P. (1978) “Ethics at the edges of life”. New Haven: Yale University Press.

RAWLS, J. (1971) “A theory of justice”. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press. Disponível com autorização dos editores em

<http://www.csus.edu/indiv/c/chalmersk/econ184sp09/johnrawls.pdf>

RICHARDSON, H. (2000) “Specifying, balancing in interpreting bioethical principles”, in *Journal of Medicine and Philosophy* 25(3). New York: Oxford University Press, pp. 285-307.

SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ (1980) “*Declaratio de Euthanasia de que analgesicorum remediorum usu therapeutico recte ac proportionate servando*”

(Declaração sobre a eutanásia – *lura et bona*) in AAS 72, 1 (1980); DOCUMENTA 38. Vatican: Livraria Editora Vaticana, pp. 542-552.

Disponível em http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html

SPAEMANN, R. (2003) “La responsabilidad como concepto fundamental de la ética” (1991), in *Limites. Acerca de la dimension etica del actuar*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, pp. 205-210.

SPAEMANN, R. (2003) “Quién es responsable y de qué? *Reflexiones críticas acerca de la distinción entre ética de los principios y ética de la responsabilidad*” (1982), in *Limites. Acerca de la dimension etica del actuar*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, pp. 211-228.

STEINBOCK, B. (1994) “The intentional termination of life”, in Steinbock, B.; Norcross, A., *Killing and letting die*. New York: Fordham University Press, pp 120-131.

SULLIVAN, T. (1989) “Active and passive euthanasia – an impertinent distinction?”, in Baird, R.; Rosenbaum, S., *Euthanasia – the moral issues*. New York: Prometheus Books, pp. 53-61.

SUPREME COURT OF NEW JERSEY (1994), “In the matter of Karen Quinlan, an alleged incompetent”, in Steinbock, B.; Norcross, A., *Killing and letting die*. New York: Fordham University Press, pp. 51-78.

TOOLEY, M. (1984) “An irrelevant consideration: killing versus letting die”, in Steinbock, B.; Norcross, A., *Killing and letting die*. New York: Fordham University Press, pp.103-112.

URMSON, J. (1986) “The interpretation of the moral philosophy of J.S. Mill” in Foot, P. (Ed) *Theories of ethics*. New York: Oxford University Press, pp. 128-136.

VERMEERSCH, A. (1922) *Theologiae moralis: "principia, responsa, concilia", Tomus I (Theologia Fundamentalis)*. Bruges: Éditeurs Pontificaux, pp. 1-118.

Disponível

em

<http://www.obrascaticas.com/livros/Teologia/Theologia%20Moralis%20principia%20responsa%20concilia%20t%20I%20Theologia%20Fundamentalis%20Vermeersch%20S%20J.pdf>