

## Cuidados Paliativos e o Direito à Morte Digna

### *Palliative Care and the Right to Dignified Death*

#### **JANAÍNA RECKZIEGEL<sup>1</sup>**

Doutora em Direitos Fundamentais e Novos Direitos pela Universidade Estácio de Sá/RJ, Mestre em Direito Público, Especialista em “Mercado de trabalho e exercício do magistério em preparação para a Magistratura” e em “Educação e docência no ensino superior”, Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Advogada, Professora Universitária e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc, Editora de Seção da Revista Espaço Jurídico *Journal of Law* da Editora Unoesc (Qualis A2).

#### **WILSON STEINMETZ<sup>2</sup>**

Doutor em Direito (UFPR), Professor do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina e do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Caxias do Sul, Consultor Jurídico.

Data de Submissão: 14.12.2015

Data da Decisão Editorial: 23.09.2016

Data da Comunicação do Autor: 23.09.2016

**RESUMO:** O presente artigo tem por objeto a morte digna em pacientes terminais. Metodologicamente, faz-se uma abordagem descritiva com o objetivo de contextualizar, nos planos histórico, filosófico e da medicina, a evolução dos cuidados paliativos em pacientes terminais, visando a uma morte digna. Depois, desde uma perspectiva metodológica interpretativa, analisa-se o direito de morrer de forma digna no âmbito do ordenamento jurídico brasileiro. Conclui-se que a ortotanásia assegura respeito pelo curso natural da vida e do seu fim, ameniza o sofrimento do paciente e afasta intervenções e tratamentos que apenas prolongam um pouco a vida sem proporcionar a cura.

**PALAVRAS-CHAVE:** Bioética; dignidade humana; morte digna; cuidados paliativos.

**ABSTRACT:** The article focuses on the dignified death in terminally ill patients. Methodologically, adopts a descriptive approach in order to contextualize, from historical philosophical, and medical standpoints the evolution of palliative care for terminally ill patients, aiming at ensuring a dignified death. Furthermore from an interpretative methodological perspective, it analyzes the right to die with dignity under the Brazilian legal system. The article concludes that orthothanasia ensures respect for

---

1 *E-mail:* janaina.reck@gmail.com. Endereço de acesso ao banco de currículos do Sistema Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/7597547217990217>>.

2 *E-mail:* wilson.steinmetz@gmail.com.

the natural course of life and its end, relieves the patient's suffering, and avoids interventions and treatments that merely prolong life somewhat without providing a cure.

KEYWORDS: Bioethics; human dignity; dignified death; palliative care.

SUMÁRIO: Introdução; 1 A dignidade em viver e morrer de acordo com a bioética e a medicina; 2 Vida e morte: variações culturais, filosóficas e históricas; 3 O ordenamento jurídico brasileiro e os cuidados paliativos para a morte digna; Considerações finais; Referências.

## INTRODUÇÃO

A preservação da vida humana sempre foi motivo de preocupação ao longo da conhecida história humana. Por exemplo, algumas religiões antigas defendiam que a vida humana, por ser criação divina, era sagrada, e, portanto, deveria ser protegida. Com o desenvolvimento das ideias iluministas e a laicização do Estado, a ideia de “ser humano” ganhou ainda mais relevância, pois foi um momento de embates contra o regime absolutista. Reconheceu-se, no século XVIII, a legalidade dos direitos individuais, porém esses foram ignorados pela forma como o regime nazista compreendia a vida humana.

É perceptível, analisando esse retrospecto histórico, que se focou muito na manutenção da vida, mas a ideia de morte digna não foi uma preocupação. Hoje, a morte digna é uma realidade possível, por meio das melhorias biotecnológicas, que oferecem cuidados qualitativos e paliativos aos pacientes que não desejam se submeter a tratamentos e intervenções médicas.

Vida e morte não podem ser compreendidas de forma separada e antagônica, afinal, a morte é o momento final da vida, e, se todos têm o direito à vida, deveriam ter, também, o direito a uma morte digna. São essas reflexões que norteiam este estudo, que, inicialmente, de forma descritiva, contextualiza sob os pontos de vista da história, filosofia e medicina o desenvolvimento da noção de morte digna. Para isso, serão abordados os seguintes aspectos: o surgimento do conceito de morte digna, a vida e morte desde as perspectivas bioética e biomédica, bem como os aspectos históricos e filosóficos da vida e da morte. Serão, também, analisadas questões relativas à bioética laica e à morte digna no ordenamento jurídico e os cuidados paliativos no ordenamento jurídico brasileiro.

## 1 A DIGNIDADE EM VIVER E MORRER DE ACORDO COM A BIOÉTICA E A MEDICINA

Questões que envolvem a vida humana e a morte digna são carregadas de atributos éticos, morais e culturais. Não há como abordá-las com facilidade, especialmente quando se trata de eutanásia, suicídio assistido, reprodução humana assistida e diretivas antecipadas de vontade, entre outras. São questões

sem consenso, independentemente da sociedade em que são discutidas, pois estão intrinsecamente ligadas às questões bioéticas de grande complexidade envolvendo técnicas biomédicas que vêm se desenvolvendo desde a segunda metade do século XX.

A bioética médica, nas sociedades ocidentais, com o intuito de ajudar a resolver esses conflitos, se sobressai com o seu principialismo de perspectiva filosófica e vinculada à moral.

Foi com o teólogo de origem alemã Fritz Jahr (1927) que a bioética surgiu, tornando-se pública mais tarde, com Van R. Potter, oncologista norte-americano, em seu artigo “Bio-Ethik”, Jahr observou o legado filosófico e religioso na civilização ocidental e oriental, enfatizando o respeito pelo ser humano, apoiando-se em Rousseau, Kant, entre outros (Dall’agnol, 2012, p. 96). A produção do Relatório de Belmont (1978), do qual resultou a obra *Principles of Biomedical Ethics*, trouxe reflexões éticas à área da medicina, sob os princípios do respeito pela autonomia, não maleficência, beneficência e justiça; tais reflexões também colaboraram filosoficamente com a bioética, cujos princípios do referido relatório foram adotados no ordenamento infraconstitucional brasileiro pela Resolução nº 196 e pela Instrução Normativa nº 9 da CTNbio, norma que regulamentou as pesquisas com seres humanos (Dall’agnol, 2012, p. 99). A filosofia também contribuiu com questões sobre o “testamento vital” e suas implicações sobre o tema da eutanásia e a necessária motivação dos serviços de cuidado paliativo (Dall’agnol, 2012, p. 113).

O biodireito e a bioética são áreas afins, cujo objeto de estudo é a vida. A bioética estuda a conduta moral do homem frente à vida, já o biodireito objetiva a normatização diante das ciências da vida (Conti, 2004, p. 3 e 10). São áreas complementares que voltam seus olhares para valores como dignidade humana, equidade, sensatez das decisões sobre questões, como suicídio assistido, engenharia genética, entre outros fatores que envolvem a vida humana (Conti, 2004, p. 13).

Lidar com a vida humana envolve uma reflexão filosófica que está no pilar da história da humanidade e requer um estudo antropológico e social. A busca por sua conservação é objetivo principal da medicina e da biologia e a garantia de sua proteção é um objetivo jurídico.

Mas não é apenas a vida humana que requer aplicação dos pressupostos bioéticos e biojurídicos, a morte também os requer. Conceitos e ponderações éticas e biológicas são essenciais ao desenvolvimento de normas, para a formação de opinião doutrinária e de posições jurisprudenciais, que servirão como fundamentos para a solução de conflitos éticos e morais de acentuada complexidade.

Muito se discute sobre o início da vida humana, o que acaba repercutindo na esfera jurídica, pois reconhecer quando se dá o início da vida humana implica o reconhecimento dos direitos a ela inerentes e, conseqüentemente, os da morte (Spiandorello, 2012, p. 427).

São muitas as visões sobre o assunto; por exemplo, para a concepção ocidental, o começo da vida humana dá-se ainda no período gestacional, entre a fecundação do óvulo e o nascimento com vida, em regra, aos nove meses, em sua maioria (Spiandorello, 2012, p. 426).

Para a biologia, considera-se embrião o ser humano até o final do oitavo mês de gestação e, de acordo com o Relatório Warnock (1984), é considerado pré-embrião até o sexto ou sétimo dia do período embrionário, que é o estágio entre a fecundação e a nidação (Goldim, 2003, p. 55-56).

A Igreja Católica Apostólica Romana, de acordo com a Encíclica *Donum Vitae* (1987), considera que a vida começa com a fecundação desde quando o indivíduo possui direito à vida que se estende até sua morte (Salgueiro; Goldim, 2007, p. 15), com o evento da falência encefálica (Salles, 2014, p. 400-403).

A morte encefálica, de acordo com a Resolução nº 1.346/1991, do Conselho Federal de Medicina, corresponde à morte clínica, desde que presentes determinados critérios para o seu diagnóstico, tais como o coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinal e A apneia, além de exames inequívocos de ausência de atividade elétrica cerebral ou ausência de atividade metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea, como estabelecido pela Resolução nº 1.480/1997, do Conselho Federal de Medicina, nos arts. 4º e 6º (Motta et al., 2013, p. 150). Com base nessa Resolução, a Lei de Transplantes de Órgãos nº 9.434/1997 estabelece que a doação de órgãos só é permitida se constatada a morte encefálica.

De acordo com Knobel e Silva (2004, p. 133), a morte, para a cultura ocidental, é encarada com sentimento de perda, medo, insegurança, fracasso e tristeza. A capacidade de tomar decisões de forma racional é prejudicada quando se está sob a ameaça de perder alguém, pois isso desperta sentimentos de angústia. Por isso deve-se investir na qualidade da relação médico-paciente em situações de terminalidade da vida ou de estado vegetativo do paciente. Com os pacientes neoplásicos em estado avançado, a melhor conduta é amenizar a dor e mantê-los sempre perto de seus familiares e amigos, a fim de obter qualidade de vida, embora a noção de qualidade seja um conceito subjetivo biológico, social e espiritual.

Os pacientes com doenças avançadas ou em fase terminal buscam o enfrentamento da morte de forma mais digna. A fim de oferecer tratamento a pacientes desse perfil em um ambiente assistencial estético e ético, surgiu o

tratamento *hospice* (Floriani, 2013, p. 402). Originários da Inglaterra, em 1967, locais denominados *hospices* atendem pacientes de forma mais humanizada, com cuidados paliativos e ações visando a prevenir e a aliviar a dor e o sofrimento dentro de uma concepção holística, atendendo o físico, o emocional, o espiritual e o social. Para isso, os pacientes são atendidos por uma equipe multiprofissional. Apesar de trazer muitos benefícios aos pacientes, o movimento *hospice* apresenta um entrave: a progressiva “institucionalização” que impede a equipe de identificar e atender cada caso, e a “rotinização” dos cuidados paliativos<sup>3</sup>, o que pode afastar a proposta do acolhimento com compaixão (Floriani, 2009, p. 9-11).

Durante o processo para a boa morte, é comum os pacientes, familiares e profissionais manifestarem desejos diversos, de acordo com Kovács (2008a, p. 552). Alguns podem preferir manter a consciência, outros a identidade pessoal ou preservar sua autonomia, e há aqueles que gostariam de passar por tudo sem sofrimento nem consciência, ou seja, passar pela situação rapidamente. Uma boa morte pode envolver alguns aspectos, tais como: a) estar consciente da proximidade da morte; b) manter o controle da situação; c) preservar a dignidade e a privacidade; d) obter atendimento especializado, alívio do sofrimento e controle dos sintomas; e) escolher o local da morte; f) ter acesso à informação e esclarecimento; g) receber apoio emocional, social e espiritual; h) ter oportunidade de se despedir; i) estar com pessoas significativas perto de si; j) ter seus direitos protegidos; k) não ter a vida prolongada indefinidamente.

Para garantir a morte digna<sup>4</sup>, é preciso observar os eixos que a compõem: a autonomia do paciente e os deveres de cuidado que devem ser prestados pelos profissionais da saúde. É preciso, porém, cuidar para que não se desenvolva a hipertrofia da autonomia do paciente, pois pode resultar em uma “medicina defensiva”. Isso pode ocorrer quando se realça a dignidade e liberdade do paciente e, em consequência, anula-se o paternalismo médico por meio de princípios que regem a autonomia do paciente, que tem direito a ser informado e esclarecido sobre a sua situação.

Deve-se cuidar, também, da relação de confiança que deve existir entre médico e paciente, que deve ser caracterizada pela intimidade e pela necessidade de diagnosticar corretamente, disponibilizar o tratamento adequado e oferecer bem-estar ao paciente. Se a relação é profissional, pode imperar uma relação de desconfiança da medicina defensiva, surgindo conflitos. É essencial, portanto, confiança plena, altruísmo, empatia, integridade, honra e verdade.

---

3 A expressão “cuidado paliativo” foi cunhada, na década de 1970, pelo canadense Balfour Mount, incorporando o ideário *hospice* inglês (Floriani, 2009, p. 39).

4 No próximo tópico será tratado mais detalhadamente sobre a “morte digna”, entendida como “boa morte” ou “morte boa”.

De acordo com Otero (2012, p. 152), a prática médica, no âmbito das relações sanitárias, mudou, está mais impessoal e desumanizada, devido à mudança de paradigma que se deu por causa da complexidade do sistema de saúde e do desenvolvimento tecnológico.

Diante da fase terminal de suas vidas, os enfermos percebem-se em sua natureza e dignidade como seres humanos realizando um exercício antropológico. Conseguem enfrentar sua enfermidade ao reconhecerem-se, reconhecerem sua doença, sua condição existencial quando estão submetidos à extrema dependência e fragilidade, diante dos cuidados paliativos. O ser humano, nessa condição, é insubstituível, possui sua intimidade, reconhece que construiu uma vida e possui uma história própria e, mesmo padecendo, tem consciência disso, de que sua existência desaparecerá. Nessa tomada de consciência de si mesmo, o enfermo assume a condição humana de finitude, avalia sua trajetória pessoal, embora, muitas vezes, faça um esforço em aceitar sua condição. Pode ocorrer de a enfermidade acometer o doente a tal ponto de ele não conseguir tecer considerações sobre si mesmo e sua existência, assim como das decisões terapêuticas, o que leva a situações de abandono e isolamento por longos períodos de tempo. A depressão e a angústia podem abatê-lo, porém, o tratamento deve ser necessário e seguido, sob pena de o paciente desejar a morte, o que seria uma situação degradante. Por isso a importância de cercar o enfermo de cuidados paliativos, pois esses são capazes de resgatar o sentido humano (Sánchez, 2012, p. 135-149).

Ao longo da história humana, a morte foi encarada de diferentes maneiras, atingiu dimensões sociais, religiosas, filosóficas, científicas, além da área biológica (Albuquerque; Dunningham, 2013, p. 7). A maneira como uma sociedade se comporta ou interpreta a morte e a vida evidencia a sua “identidade coletiva”, dado que essa interação com a morte (e a vida) representa como as comunidades se organizam culturalmente (Giacoina Júnior, 2005, p. 14-15). A maneira de interpretar a “boa morte” sofreu transformações ao longo da história da humanidade, esteve relacionada, por exemplo, aos “desejos do moribundo”, como a escolha do local do sepultamento, e com o medo da morte, pois a ideia de “boa morte” estava atrelada ao fato de não morrer subitamente. As mudanças na forma de encarar a morte/vida trazem à tona um questionamento: em que momento histórico surgiram os conceitos de “morte digna”, “boa morte” e correlatos? Esses conceitos foram embasados em quê?

As expressões “boa morte” ou “morte fácil” são de origem grega e significavam “eutanásia”, referiam-se à morte natural transcorrendo com paz e sem dor na proximidade e no conforto de seus familiares. O sentido dessas expressões transformou-se, com o passar do tempo, passando a significar a conduta de alguém finalizar com a vida e com o sofrimento de outra pessoa. A

eutanásia também subdividiu-se em: voluntária, involuntária e passiva, assim conceituadas: a) eutanásia voluntária, quando o doente pede para ser morto; b) eutanásia involuntária, quando envolve a morte de uma pessoa incapaz, como uma criança ou idoso demente, realizada a pedido de um cuidador ou membro da família; c) eutanásia passiva, morte indesejada ocorrida após a retirada ou suspensão de tratamento médico que sustenta a vida, na verdade, é um termo impróprio porque a pessoa morre não pela retirada ou suspensão do tratamento, mas naturalmente pela doença ou lesão subjacente (Smith, 2002, p. 1).

Próximo da eutanásia está o suicídio assistido, que consiste em uma pessoa fornecer a outro indivíduo instruções, meios e capacidade para executar a sua morte. É diferente do suicídio, pois nesse caso a própria pessoa acaba com sua vida, enquanto no assistido a pessoa precisa de outrem para morrer, ou seja, precisa do auxílio de outra pessoa para dar fim a sua vida. Tanto o suicídio assistido quanto a eutanásia são práticas proibidas pelo Juramento Hipocrático (Smith, 2002, p. 1).

Além disso, a eutanásia é prática condenada pelo Código Penal brasileiro e equiparada ao homicídio tipificado no art. 121 (Junges et al., 2010, p. 278-279). Já a ortotanásia, defendida neste artigo, etimologicamente quer dizer morte correta (*orto* – correto; *thanatos* – morte), consiste no não prolongamento artificial do processo de morrer, oportunizando o processo natural da morte. Essa prática também é conhecida como a “boa morte” ou “morte desejável” e é oposta à distanásia, que consiste no propósito de estender a vida a qualquer custo, não se importando com o sofrimento do paciente. Já houve, no Brasil, inclusive, proposta de reformar o Código Penal, em 1984, a fim de acrescentar ao art. 121, no § 4º, a ilicitude da ortotanásia, não sendo, porém aceita. O texto previa a ortotanásia, no § 3º, no caso de processo de morte já iniciado e a vida mantida artificialmente, sem chances de melhora ou cura do paciente. Não se pode confundir esse procedimento com a eutanásia, situação em que não se teve início o processo de morrer, mesmo o paciente estando acometido de uma enfermidade incurável.

Embora essa discussão seja pertinente, ela não é o foco do artigo, mas sim esclarecer os fatos sobre o surgimento da morte digna. Os autores mencionados no parágrafo anterior defendem a divisão entre “morrer com dignidade” ou “morte digna” e o “direito de morrer”. As duas primeiras expressões têm como ideia central o desejo de uma morte natural, humana, sem estender a vida e o sofrimento pela intervenção de tratamento inútil. A morte digna pode ocorrer no local onde o enfermo desejar, em casa ou no hospital, respeita, assim, a qualidade de vida ou o bem-estar biopsicossocial dos seres humanos dentro do seu contexto histórico, ambiental e sociocultural, oportunizando à pessoa um completo desenvolvimento de suas capacidades.

Já o direito de morrer, por seu turno, condiz com a conduta da eutanásia ou o auxílio ao suicídio, que são intervenções causadoras da morte. De acordo com Junges e colaboradores (2010, p. 280), o direito constitucional à vida não implica o dever de viver e a dignidade é fundamento constitucional e princípio biomédico de alto valor que precisa ser respeitado.

## **2 VIDA E MORTE: VARIAÇÕES CULTURAIS, FILOSÓFICAS E HISTÓRICAS**

Vertentes religiosas sempre buscaram a conservação da vida como um bem sagrado, desde os tempos primitivos. É possível encontrar essa preocupação nos registros do Hinduísmo (Baez, 2012, p. 17), com a sacralidade do viver como uma divindade universal (Lauren, 2011, p. 7), do Zoroastrismo (Beck, 1991, p. 506-540) e do Budismo (Hamilton, 2000, p. 47).

Para os egípcios, a morte era um momento importante, por isso era tratada com respeito, e prova disso são as construções de tumbas e pirâmides, a mumificação, o uso de objetos relativos à morte e o Livro dos Mortos, o que repercutia no desenvolvimento de sua ciência, religião e produção artística. É da tradição egípcia o julgamento pós-morte (Albuquerque; Dunningham, 2013, p. 7). O julgamento consistia na pesagem do coração na balança da justiça por Osíris. Se não houvesse condenação, o morto faria parte dos domínios de Osíris, lugar em que a vida e a felicidade eram eternas; porém, se houvesse, o coração seria comido pelo Comedor dos Mortos (Cunha; Roman, 2010, p. 5-6).

A indisponibilidade da vida dos seres humanos sempre foi reconhecida pelos islâmicos (Lauren, 2003, p. 8-9). O art. 6º da Declaração Islâmica de Direitos Humanos (2012, p. 13) promulga que todo ser humano tem o direito à vida e, salvo por disposição legal criada por Deus, ninguém pode ser exposto a danos ou à morte, inclusive o corpo, depois da morte, continua santo e inviolável, merecedor de adequada solenidade. De acordo com essa Declaração, somente Deus tem o poder de subtrair a vida, pois é uma criação divina e não humana, e cabe ao homem, ser passageiro na Terra, cuidá-la (Abdalati, 2012, p. 45).

Os preceitos doutrinários do Judaísmo e do Cristianismo reconhecem em Deus o Criador da humanidade (Devine et al., 1999, p. 13). Os judeus consideram a vida um direito inerente à pessoa humana, um bem sagrado, um direito (Baez, 2012, p. 17). A morte, para eles, ocorre quando as funções biológicas do organismo não mais reagem, paralisando-se a circulação sanguínea e as funções vitais. Não são aceitos pacificamente os transplantes realizados sob o evento de morte cerebral (Tapia-Adler, 2010, p. 22). Já o Cristianismo professa a dedicação à vida como um dever de amar ao outro como a si mesmo (Cerededa, 2009, p. 387). Os cristãos cultuam a compaixão, a justiça e a paz entre os seres humanos além da proteção da vida (Briggs, 1913, p. 11 e 28).

Aristóteles empregava o termo “vida” em duas perspectivas. Uma perspectiva era a representação da vida orgânica, comum a todos os seres vivos, chamada *zoé*. A outra – chamada *bíos* – era a vida privilegiada pela cidadania, pela aptidão linguística, política, moral e cognitiva que permite ao ser humano viver com autonomia (Schramm, 2009, p. 380-381).

Outra categorização aristotélica é *éthos* – o princípio do manter-se vivo e de cuidar do próprio corpo, diferente do termo *êthos* (acento aberto e acento fechado, respectivamente). O *éthos* é uma manifestação da razão humana, uma forma de ser, está relacionado à *práxis* humana orientada à preservação da vida, uma condição que o difere dos demais animais que almeja o morar bem e viver bem. Simboliza a moradia, no sentido de lugar que abriga animais e seres humanos e que se altera sendo construído e reconstruído. Já o *êthos* diz respeito à moral, aos costumes, aos valores, aos hábitos. É preciso esclarecer essas categorizações, pois são amplamente confundidas no meio acadêmico em geral. Cabe à ética comunicar as dimensões e as esferas humanas (Krohling; Krohling, 2013, p. 83-85).

A manutenção da vida, para os gregos, era interpretada como um preceito natural sem a preocupação de universalizar suas ideias relativas aos direitos naturais, porquanto eles se voltavam para a sua moralidade interna (Souza; Mezzaroba, 2012, p. 178). A doutrina filosófica do estoicismo pulverizou a cultura grega, a qual foi incorporada pelos romanos, que propagaram a outros povos por meio do *jus gentium*, o direito das gentes e dos povos. Com isso, difundiram as regras éticas regulando o respeito mútuo e a igualdade moral. De acordo com Lauren (2011, p. 15), as teorias filosóficas, bem como as doutrinas religiosas, sublinharam as obrigações e responsabilidades morais universais, e não direitos legais, como nos dias atuais.

Em sociedades antigas, os cerimoniais fúnebres tinham a função social de “rituais de passagem”, pois a morte era encarada como o além-mundo e dotada de sentido. Ela sempre representou uma fronteira intransponível, a despeito de particularidades éticas e religiosas sobre o assunto (Giacioia Júnior, 2005, p. 14).

Culturas tradicionais, como as da Índia, da China, do Japão, da Grécia e de Roma, em algum momento de sua história, chegaram a legitimar a morte obstinada planejada<sup>5</sup>, de acordo com Young (1994, p. 657). O suicídio espontâneo, em contrapartida, por raiva, paixão, medo ou desespero, era visto como uma infelicidade e deveria ser desestimulado pela comunidade, já que não era legítimo. Houve tentativas de regular a prática, até mesmo quanto às razões, aos métodos, às pessoas e aos números de pessoas, mas os indícios mostram que as

---

5 Essa modalidade de provocação da morte budista é equiparada à eutanásia ocidental, como afirma Neogi (2013, p. 1211).

tentativas não foram exitosas, devido ao grande envelhecimento da população; às instáveis condições sociais, emergindo um desejo de controle; à legitimidade associada a valores religiosos, filosóficos e societários; à desvalorização do corpo; ao estado de guerra; à tolerância ao suicídio; à intolerância para com grupos vulneráveis; ao contato cultural; à competição inter-religiosa; j) aos defensores. Existe alguma evidência que pode ter colaborado para a continuidade da prática do suicídio médico assistido em Roma e na Grécia, uma “ladeira escorregadia” da bioética<sup>6</sup>.

A eutanásia era uma prática aceitável na antiguidade clássica; gregos e romanos, porém, encaravam-na de forma diferente se comparada aos dias atuais. No entanto, havia autores contrários a ela, como um grupo de médicos encabeçado por Hipócrates, que não era favorável ao uso de drogas mortais. Sócrates e Platão defenderam-na, enquanto Aristóteles a considerava um ato de extrema covardia. Para os estoicos, a eutanásia era praticada quando a vida de um indivíduo não mais estava de acordo com as próprias necessidades e ao autodesenvolvimento. Utilizando-se dessa prática, o filósofo Zeno se livrou da terrível dor que sentia na perna.

Atualmente, alguns países adotam a sua prática, como a Holanda, a Bélgica e a Austrália. Na Índia, a eutanásia é intitulada como morte auto-obsstinada, que se difere da eutanásia pelo fato de precisar de autodisposição para ser feita, enquanto a outra possui uma esfera mais ampla de atuação (Goldim, 2014, p. 27-28).

Qualquer forma de tirar a vida de alguém é condenada pela filosofia budista, que preconiza a descoberta das causas que provocam a tristeza e a doença material. Mas isso não impede que alguns seguidores eremitas, insatisfeitos com suas vidas de meditação, o façam por acreditarem que destruir o corpo é fundamental para encontrar o esclarecimento. A morte obstinada acabou sendo concedida pelos monges budistas em duas situações: quando provocada pelo sentimento intolerável de angústia e quando causada pela dor física insuportável. Buda perdoa essas formas de morte, o que demonstra a necessidade de se buscar um fundamento que justifique a provocação da morte. Recentemente, Dalai Lama declarou que o prolongamento da vida de um enfermo ou de alguém em estado vegetativo causa muitas dificuldades e sofrimento a todos (Neogi, 2013, p. 2010-2011).

---

6 A expressão “ladeira escorregadia” é empregada na bioética para significar que um ato isolado pode gerar futuros eventos de progressivo malefício, ou seja, fazer pequenas concessões que podem significar resultados controversos. Essa é uma expressão cunhada por Dr. Leo Alexander, assistente de acusação dos médicos nazistas em Nuremberg, 1946-1947, para explicar os acontecimentos nos campos de concentração e nas condutas eugênicas então realizadas (Goldim, 2004).

Parece ser possível, hoje, haver uma ladeira escorregadia caso haja a legitimação do suicídio assistido e da morte obstinada em razão da presença de certas condições sociais, tais como o amplo envelhecimento populacional e a legitimação associada a valores societários centrais, como a autonomia e a liberdade; além da rápida transformação social. Podem acontecer, também, futuras circunstâncias que contribuam para essas ladeiras, o que justifica a não legitimação dessas práticas, nem mesmo por compaixão por esses indivíduos ou reconhecimento de sua autonomia (Young, 1994, p. 657).

O suicídio consistiu, para os estoicos, em um último recurso diante das situações extremamente difíceis e intoleráveis de vida (Conti, 2004, p. 149). Para Kant (2003, p. 264), é um verdadeiro “absurdo” aceitar a antecipação da morte por não mais ver utilidade em sua vida e buscar a “serenidade da alma”.

Os ideários jusnaturalista racionalista e o contratualismo impulsionaram os movimentos revolucionários ocorridos no período moderno. De acordo com o primeiro, os seres humanos são dotados de certos direitos naturais, em função de sua natureza humana, cumprindo ao Estado envidar esforços para legalizá-los. As normas, segundo os contratualistas, precisam ser consensualmente estabelecidas pela vontade popular (Pérez Luño, 2002, p. 23). É um aspecto comum entre os jusnaturalistas e os contratualistas o compartilhamento de alguns direitos por todos os seres humanos, o que também contribuiu para a posterior universalização dos direitos humanos (Pérez Luño, 2002, p. 34).

Para os filósofos jusnaturalistas contratualistas modernos, a celebração do contrato social era a única saída para se proteger a vida. Para Hobbes (1979, p. 78), já que os homens não conseguiam viver em paz, em decorrência da extrema individualidade em que viviam na sua condição originária, o único expediente era a formulação do contrato social. Locke (2001, p. 84) não admitia que o homem arruinasse a própria vida ou a de outrem, exceto pela autoconservação. Rousseau (1999, p. 43-45) defendeu que a vida deveria fazer parte do contrato social, porém de forma não absoluta. Em caso de necessidade ou de desconhecimento do perigo, o suicídio era previsto.

É dever do ser humano, pela sua própria condição, de acordo com Kant (2003, p. 263-264), preservar a sua natureza. O ser humano deve se autopreservar, por isso o suicídio é o sentido oposto. Não temer a própria morte é uma questão de coragem. “O extermínio do indivíduo da moralidade implica o aniquilamento da própria moralidade. Isso representa dispor-se como um meio e diminuir a humanidade igualando-a a sua pessoa” (Kant, 2003, p. 263-264).

A dignidade da pessoa humana é um conteúdo emblemático na filosofia moral de Kant. Os elementos que compõem o conceito de dignidade humana em Kant referem-se ao valor intrínseco da pessoa, à não funcionalização, à irreduzibilidade do seu *status*, à autonomia (autodeterminação), à liberdade, ao

respeito à sua promoção e à sua “instituíbilidade” (Steinmetz, 2004, p. 116). Para ele, a pessoa deve ser tratada sempre como um fim, e não um mero meio, pois o homem é um ser racional. O homem possui um sentido autônomo, e o preço dado ao homem não condiz com a sua dignidade. A filosofia kantiana é caracterizada pelo seu *formalismo ético*. Foi em *Fundamentação da metafísica dos costumes*, escrita em 1785, que ele visou à descoberta de um princípio supremo da moralidade que fosse incondicionado, independente de inferências empíricas e que pudesse valer para todos, de forma universal. Concluiu pelo imperativo categórico.

De acordo com Sarlet (2012, p. 39), a laicização do direito natural ocorreu juntamente com o movimento iluminista. Porém, antes mesmo do Iluminismo, o poder da razão humana já havia sido percebido pelos gregos e romanos, e isso alavancou o movimento iluminista com novas concepções morais em prol do reconhecimento dos direitos individuais, entre eles o direito à vida, considerando a influência das religiões nesse sentido (Ishay, 2003, p. 84).

Resumidamente, o direito natural tem sido interpretado de três maneiras: o direito natural cosmológico, o qual reconhece o cosmo/natureza como universo físico e a origem do próprio direito natural, onde se estuda a “natureza das coisas”; o direito natural teológico, voltado para Deus (é aquele representado, por exemplo, em Antígona, que marca o conflito entre costumes tradicionais que envolvem a religião); e o direito natural antropológico, que envolve o homem, extrai da razão os princípios supremos, e consiste em uma forma reacionária e contestadora do direito natural teológico (Lyra Filho, 1982, p. 24-25).

O jusnaturalismo foi descartado quando o positivismo emergiu em meio aos burgueses, que se apoderaram do comando legal. Não desapareceu, no entanto, e manteve-se carregando consigo os ideais de natureza, divinos, e o racional, tentando manter uma ponte com as leis, chegando ao ponto de um confronto dual. Fundamentou sentenças de justiça especialmente na Alemanha pós-nazista (Lyra Filho, 1982, p. 26-29).

Os modelos racionais cartesianos e o empirismo de Bacon, Hobbes e Locke foram criticados logo após a Primeira Guerra Mundial. Por ter vivido como prisioneiro nos campos nazistas, quem se destacou pela sua ética como alteridade e como responsabilidade foi Emmanuel Lévinas, um existencialista discípulo da escola fenomenológica. “No encontro diário com vítimas e algozes, Lévinas descobriu a transcendência do Outro nos olhares de rostos esqueléticos ou cínicos dos inquisidores”. A metafísica aristotélica é o ponto de partida do filósofo, que se entrelaça, em seu sentido epistemológico, com os direitos humanos fundamentais, como o “princípio ético original rizomático da dignidade da pessoa humana”, entre eles o direito à vida (Krohling; Krohling, 2013, p. 89-90).

A medicina avalia o ser humano em partes, de forma cartesiana, avalia os sistemas respiratório, circulatório, digestivo, ósseo, reprodutor, muscular e hormonal. Mas o ser deve ser visto como um todo, mais do que um amontoado de sistemas, deve ser visto como um ser psicossocial e espiritual. Uma doença muito dificilmente é só orgânica ou somente psíquica, ou familiar, ou social, ela é um conjunto que reúne todos esses fatores. Médicos e pacientes são tomados pelo sentimento de fracasso diante de casos de terminalidade. O médico, porque se sente impotente diante da ausência de recursos terapêuticos, já o paciente sente-se assim devido à aproximação da morte. A cura impossível não se pode fazer (Moritz, 2011, p. 19).

Foi no primeiro quartel do século XX que o progresso da medicina coibiu a morte de milhares de pessoas. A partir da década de 1960, as ciências sociais passaram a criticar o ocultamento da morte e do poder da medicina sobre os desejos dos pacientes. Nessa época, também, os *hospices*<sup>7</sup> londrinos foram criados, bem como os programas assistenciais paliativos. A medicalização da morte moderna veio circunscrita em um processo de exaltação da atividade médica. Desde a década de 1970, têm surgido reações, a fim de regulamentar a eutanásia, ou seja, de tornar o direito de morrer com mais dignidade, transformando a relação médico-paciente especialmente em razão das doenças terminais (Menezes, 2003, p. 104-106).

Com o passar do tempo, houve mudanças nas atitudes em relação à morte. No período medieval, de acordo com Kovács (2008b, p. 32), o ser humano se relacionava com a morte na seara doméstica, ao lado da família, e, de forma intuitiva, sabia que iria morrer. Na sociedade ocidental, com o advento da modernização, a forma como lidar com a morte mudou devido à individualização do sujeito, que tende ao isolamento, na medida em que a finitude da vida passou a acarretar constrangimento no indivíduo, afastando vivos e mortos. O problema disso tudo, reflete Elias (2001, p. 67), não é a morte em si, mas o conhecimento que se tem dela. Por exemplo, hoje, com os instrumentos tecnológicos e científicos, é possível prolongar a vida, o que acaba ofuscando o processo natural do envelhecimento e da morte, de modo que é preciso buscar a solidariedade dos vivos perante os que estão perecendo (Elias, 2001, p. 71). As sociedades industriais mais desenvolvidas tendem a isolar os idosos em asilos, diferentemente das sociedades menos desenvolvidas (Elias, 2001, p. 83-86). Na era medieval, como a vida era mais curta, havia menor controle dos riscos, mas ocorria maior participação na morte pelos demais sujeitos (Elias, 2001, p. 23).

---

7 A filosofia *hospice* busca proporcionar ao paciente o alívio da dor e do desconforto, possibilitando ao paciente maior autonomia e independência. A internação é recomendada apenas em última necessidade. No Brasil, a primeira instituição de assistência paliativa foi criada em 1986, na Cidade do Rio de Janeiro (Menezes, 2003, p. 105-106).

O indivíduo daquela época tinha medo do que iria enfrentar após a morte, tinha medo de ser punido.

Outra mudança em relação à morte é que em tempos mais remotos ela era mais pública do que nos dias atuais. Há a ideia, hoje, de censura em relação à morte. Os moribundos são afastados do convívio social, são confinados em hospitais, submetendo-se a viver em situação de isolamento em nome de melhores condições de higiene. Os ritos atuais não ajudam a enfrentar as emoções do luto, pois impossibilitam que as emoções e os sentimentos sejam manifestados. Se hoje há censura às manifestações sentimentais, nos rituais religiosos antigos e os seculares era permitido o alívio das angústias dos crentes, na medida em que viam a expressa preocupação das outras pessoas. Elias (2001) discute a relação das pessoas com a morte sob a perspectiva social, para além da biológica, no mundo ocidental. De acordo com ele, a longevidade prometida pelas novas técnicas médicas transmite a característica de “recalcamento” da morte. Além disso, de acordo com o mesmo autor, a solidão é estar entre as pessoas e não ser notado por elas, como acontece com bêbados e mendigos. Semelhante caso foi o infausto percurso dos judeus em direção às câmaras de gás nazistas (Barreira Júnior, 2011, p. 40-42).

Essas mudanças são compreendidas por Foucault (1984, p. 79-80) sob outra ótica. Ele não considera a medicina moderna científica, surgida no final do século XVIII e começo do século XIX, por meio da anatomia patológica, como individualista. Para ele a medicina moderna é uma medicina social porque dá valor à relação médico-paciente. A medicina era individualista na Idade Média, com raríssimas manifestações coletivas da atuação médica. O trânsito da medicina pública para a privada não foi alterado pelo capitalismo; pelo contrário, socializou a medicina privada, ou seja, socializou o corpo como força produtiva e laboral. O corpo biológico e somático foi empregado, pela sociedade capitalista, como uma “realidade biopolítica”, de sorte que a medicina é um expediente biopolítico. Para o filósofo, somente tomaram posição de destaque na medicina, na segunda metade do século XIX, o corpo e a saúde.

Na segunda metade do século XVII surgiram os hospitais, que visavam a um processo de quarentena médico e político no seio da urbanização, sobretudo francesa. Tinham um objetivo higienizador dentro da medicina urbana, a fim de evitar aglomerações e eventos endêmicos e epidêmicos. O caixão individual e as sepulturas familiares foram criados nessa época também (Foucault, 1984, p. 89).

De acordo com Foucault (1984, p. 90-93), a medicina urbana é movida pensando-se nas condições de vida e na salubridade. A preocupação com os cadáveres, nesse estágio, era político-sanitária e de respeito aos vivos, imbuída de uma concepção médica, e não religiosa cristã. A atividade quími-

ca apoiou a medicalização da medicina urbana. A transição para a medicina científica aconteceu a partir da medicina social, coletiva e urbana, e não pela medicina privada, individualizada, centrada no sujeito.

Menezes (2003, p. 104) salienta que Foucault (1979) enfocou a passagem dos cuidados dos enfermos, que eram familiares e religiosos, para os médicos e instituições. Antes da criação dos hospitais gerais, no fim do século XVIII, os pobres eram agrupados para morrer em instituições assistenciais denominadas “morredouros”. Mas a base racional anatômica e clínica da medicina moderna ocidental trouxe um novo discurso científico, o que fez florescer uma nova perspectiva de integração da morte. Com isso, a medicina foi transformada em ciência do indivíduo.

A medicina dos pobres inglesa é diferente da medicina de Estado<sup>8</sup> alemã e da medicina urbana francesa, de acordo com Foucault (1984, p. 93). A inglesa visou ao controle da saúde do corpo das camadas mais pobres, objetivando torná-los mais capazes para a tarefa laboral e menos ameaçadores às classes abastadas. Desse modelo resultaram três parâmetros: a) medicina assistencial aos pobres; b) medicina administrativa voltada para a vacinação e o controle de epidemias; c) medicina privada para quem podia custeá-la.

Nos séculos XVII e XVIII, os médicos ainda não sabiam como lidar com as realidades hospitalares. Apenas faziam intervenção médica no doente e na doença em situação de crise, quando precisavam observar e acompanhar a evolução dos sinais. O início da medicalização hospitalar foi com os hospitais marítimos e militares, devido à desordem econômica em que circulavam mercadorias e especiarias provindas das colônias. Com o tempo, os hospitais, que eram administrados por religiosos e leigos, passaram para a responsabilidade dos médicos (Foucault, 1984, p. 102-103).

É importante, aqui, tecer algumas considerações de acordo com as teses de Elias (2001) e de Foucault (1984). Ambos tratam do aspecto sociológico da medicina. Elias (2001) atribuiu à modernização um fator da individualização do sujeito, enquanto Foucault (1984) visualizou a socialização da medicina como um resultado do processo de modernização. Comparando as duas visões, poderíamos dizer que Elias (2001) focou-se mais no sujeito, ao passo que Foucault centrou-se mais nas mudanças da medicina. Vê-se que ambos os autores contribuíram para o entendimento da atual situação da relação médico-paciente: uma medicina socializada, mas que não consegue resolver o problema da individua-

---

8 A medicina de Estado alemã não tinha um projeto de força de trabalho para a indústria. Não se trata do corpo físico pessoal que trabalha, mas o corpo estatal, solidariamente constituído. É a força do Estado para resolver conflitos econômicos e políticos com seus vizinhos. Foi uma medicina estatizada, coletivizada (Foucault, 1984, p. 84-85). A medicina do Estado não possuía flexibilidade e a medicina francesa urbana não detinha poder (Foucault, 1984, p. 97).

lização. Foucault (1984) provavelmente criticaria o movimento *hospice* como local de atendimento institucional, por se tratar de uma institucionalização do sujeito. Neste contexto histórico, o ideal seria o movimento *hospice care*, que é o cuidado para com o paciente que pode ser efetivado na casa do doente ou em local de acolhimento aos doentes.

A compreensão do que seja boa morte depende das diferentes culturas e sociedades no tempo e no espaço. No passado, era dominada pela religião, e agora, pela medicina. Por exemplo, um moribundo do século XIX preferia a Extrema Unção; se fosse hoje, preferiria a consulta de um médico. A boa morte ainda depende da extensão da secularização, do individualismo e do tempo que leva à morte típica. Os ritos religiosos unem o grupo. As sociedades ocidentais são diferentes daquelas dominadas pelo Hinduísmo, Islamismo, Judaísmo e Catolicismo. As sociedades individualistas (sociedades protestantes, a saber, Estados Unidos da América e Inglaterra) possuem uma forma particular de enxergar a boa morte (pessoa sem nenhuma autonomia possui morte ruim). Os britânicos não se sentiriam confortáveis com familiares rezando e cantando na hora da morte, como nas sociedades hinduístas. Eles preferem morrer em hospitais. A medicina rápida, que levava o enfermo à paz do Criador tão logo ficasse enfermo terminal, foi logo substituída pelos diagnósticos precoces da medicina moderna, que, embora seja eficiente, não consegue curar enfermidades, como o câncer, a infecção pelo HIV, a demência e as doenças cardíacas. Com isso, hoje é possível viver meses ou anos com a ameaça de perder a vida pela doença, e somente quando se entra na fase de terminalidade é que surgem as questões da eutanásia ou dos cuidados paliativos. É comum o paciente ficar sozinho, sem família, justamente no momento em que ele mais precisa de atenção, de ajuda, de trocas de experiência com outros enfermos (Walter, 2003, p. 218-220).

É perceptível a mudança histórica no conceito de “boa morte” para “morte digna”, ocorrida concomitantemente ao evento da eutanásia no século XX. O que se busca, neste momento, entretanto, é trazer para o campo da medicina a ideia de “morte digna” ou “morrer com dignidade”, a fim de oferecer ao paciente todas as possibilidades de melhorar sua qualidade de vida e de dignidade enquanto permanecer vivo.

Atualmente, muito se discute no meio acadêmico sobre a importância de uma bioética laica como requisito para a sua universalidade. A grande discussão é acerca das atitudes em relação à vida e à morte na esfera da bioética, que consiste na laicidade das considerações em detrimento da sua sacralidade. Porém, como o termo “laico” é subjetivo, há discussões sobre sua interpretação. É o que será abordado no tópico seguinte.

### 3 O ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO E OS CUIDADOS PALIATIVOS PARA A MORTE DIGNA

O movimento migratório formou a atual sociedade ocidental, o que contribuiu para a formação da diversidade cultural; porém, também permitiu o surgimento de conflitos bioéticos em questões complexas como as que dizem respeito à vida, à morte e a enfermidades que são influenciadas, muitas vezes, por conteúdo de ensino religioso. Por causa disso, de acordo com Velasco (2012, p. 180-181), discute-se a legitimidade da contribuição das religiões à bioética no contexto atual em razão da laicidade discutida na esfera pública.

Duas avaliações em relação a isso são possíveis. A primeira é positiva, pois as sociedades plurais e laicas, consensualmente, definem seus preceitos de forma democrática, mantendo seus princípios em âmbito privado, afastando da vida pública (administração da sociedade multicultural) a vida privada (crenças pessoais e religiosas); a outra, negativa, é que, como os indivíduos fazem parte de vários grupos sociais, alguns valores particulares podem estar incutidos de fundamentos religiosos, quando a religião seria um dos principais elementos na discussão sobre pluralismo cultural. Dois significados podem ser dados ao termo “laico”: como algo que se opõe ao religioso ou, no sentido grocista<sup>9</sup>, de planejar algo como se Deus não existisse. A bioética laica é interpretada, muitas vezes, como oposta à religiosa, em particular à cristã, mais especificamente à católica. Compreender a laicidade dentro da concepção grocista é uma maneira de valorizar as bases religiosas, partindo do princípio de uma bioética racional crítica, que considera as convicções religiosas do ser humano, que busca qualidade de vida (Velasco, 2012, p. 182).

Devido a sua pluralidade cultural e religiosa, o Brasil é um país laico. Na Constituição de 1988 está garantida a proteção à vida, embora não se tenha por certo seu conceito e sua hierarquia em relação aos demais direitos fundamentais. Já os fundamentos sobre a morte, especialmente sobre a “morte digna” ou “boa morte”, não se encontram no ordenamento jurídico brasileiro.

O objetivo deste artigo não é discursar sobre a dignidade humana, o que exigiria mais considerações, impossíveis de serem abordadas aqui. Será dado ênfase aos fundamentos jurídicos nacionais existentes sobre a morte digna.

A palavra “dignidade” tem raízes greco-romanas sob o título de *dignitas*. Significa ser digno de excelência e distinção, como a honra, o que não harmoniza mais com a realidade do progresso tecnológico e biomédico. A dignidade, para os estoicos, é uma expectativa de todos os seres humanos, em virtude da razão que lhes possibilita controlar tudo em busca da paz e da felicidade. Para esse povo, a dignidade e a integridade não podem ser subtraídas, mesmo que

---

9 Referência do autor a H. Grocio, *De Iure Belli ac Pacis*, Prolegomena, 11.

vivendo na pobreza, com doença ou opressão. A versão bíblica judaico-cristã, por sua vez, prega a inerência da dignidade humana como um bem inalienável por ser o homem semelhante a Deus. Por isso, questões como o começo da vida, demência e outras desordens seriam respondidas com base na dignidade como um paradigma ético. A teoria moral kantiana concorda com o Estoicismo como dignidade intrínseca pertencente a todos os seres humanos, mas essa teoria provoca alguns questionamentos. Por exemplo, se a dignidade humana fosse totalmente vinculada à autonomia racional, para a biomedicina os dementes, aqueles com problemas mentais congênitos e as crianças ficariam desprotegidos. A dignidade preconizada nas declarações e constituições do século XX também são polêmicas, pois aclamaram “direitos” defendidos de acordo com os fundamentos americanos, como “vida”, “liberdade” e “felicidade”, ou nos ideais lockeanos, como “vida”, “liberdade” e “propriedade”, com o enaltecimento da dignidade humana após o Holocausto. O conceito de dignidade, nesses documentos, é vago, pois não se especifica claramente seu fundamento, o que acaba conferindo inutilidade à expressão (Schulman, 2008, p. 3-18).

Apesar de não haver referências legais sobre o processo de morrer com dignidade, no ordenamento jurídico brasileiro a doutrina pátria e o Conselho Federal de Medicina estão a favor de mecanismos que preconizam a ideia da morte digna, representados pelos cuidados paliativos<sup>10</sup>, pela ortotanásia<sup>11</sup> e pelas diretivas antecipadas de vontade do paciente<sup>12</sup> de pacientes terminais.

Um dos princípios fundamentais da Constituição Federal de 1988 é o da dignidade, que consta do inciso III do art. 1º, pois é inerente à condição de todos os seres humanos, logo, servindo de fundamento para todos os direitos fundamentais. O *caput* do art. 5º estabelece que a vida é um direito individual fundamental. O inciso III do mesmo artigo estabelece que ninguém pode ser submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante. Se o fim da vida está compreendido no curso normal da vida e a bioética lida com a vida, conclui-se, então, que a morte também compreende a bioética. Portanto, assim como existe a ética da vida e responsabilidade sobre ela, há ética no processo de morrer e sobre ela deve haver, também, responsabilidade.

---

10 De acordo com o Conselho Federal de Medicina, no art. 36: “Abandonar paciente sob seus cuidados [...] § 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos”.

11 De acordo com o art. 41, é vedado ao médico “abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal” (CFM, 2009).

12 “Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.” (CFM, 2012)

É indiscutível afirmar que a legislação não consegue acompanhar as mudanças na vida das pessoas. Agora, isso não impede o tratamento digno daqueles que necessitam. Na medicina, a dignidade se dá por meio da valorização de alguns fatores que atenuam a dor e o sofrimento, como o respeito pelo paciente, proporcionando-lhe conforto, autonomia para decidir sobre onde prefere passar seus últimos dias, informações sobre sua doença e riscos dos procedimentos, acesso a tratamentos e a medicamentos que possam amenizar suas aflições. Além disso, a dignidade se dá, também, na renúncia ou suspensão de intervenções a que o paciente não deseja se submeter. Não se deve abandoná-lo ou fazer encaminhamentos terapêuticos e cirurgias desnecessários, deve-se respeitar suas convicções religiosas, assim como demonstrar apreço.

Cabe destacar, aqui, que há ambiguidade na interpretação do art. 15 do Código Civil. Do texto consta que, na presença de risco de vida ao paciente, este não poderá ser constrangido a realizar intervenção cirúrgica e que, na ausência de risco, poderá ser obrigado a se submeter à intervenção. A intenção do legislador, provavelmente, não foi a de instigar alguém a realizar procedimentos que não deseja, ainda que não haja risco à saúde ou à vida. Ao elaborar tal norma, parece que a intenção do legislador foi a de garantir a autonomia do paciente, materializada no consentimento informado esclarecido<sup>13</sup>, mesmo que este ainda não tenha sido regulamentado legalmente, permanecendo, por enquanto, no campo ético (NCEM, art. 22) (CFM, 2009).

Há três modalidades de morte no Brasil: a tradicional, a moderna e a contemporânea. A primeira é comumente vivenciada em cidades do interior, onde o falecimento de uma pessoa, cuja identidade está altamente entrelaçada ao grupo a que pertence, afeta toda a comunidade. A morte moderna ocorre nos grandes centros urbanos, onde a perda da identidade de uma pessoa ocorre ao longo do processo de finalização da vida, devido à progressiva redução de sua autonomia na tomada de decisões. A morte contemporânea, vivida nas unidades de cuidados paliativos, pode seguir o seu curso “natural” devido à criação de novas identidades a partir das relações com cuidadores paliativos. Esse modelo contemporâneo, porém, ao ser aplicado, deve observar alguns limites, notadamente quanto à autonomia do paciente terminal. No Brasil adota-se o modelo inglês, que consiste no doente terminal manter-se em sua residência. Devido à enorme diversidade social que há no nosso País, há desigualdade no tratamento de pacientes terminais, de modo que existem doentes que vivem em barracos, onde se aglomeram em torno de dez pessoas em um só ambiente, e aqueles que moram em favelas insalubres e sem higiene. Sem contar nos enfer-

---

13 Conforme o art. 22, é “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”. E art. 31: “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte” (CFM, 2009).

mos que nem familiares têm e que necessitam do abrigo em asilos mantidos por religiosos (Menezes, 2003, p. 113).

Dilemas éticos e sociais afetam a personalidade da pessoa, que, por sua vez, depende da vida. Por consequência, ambas formam um amálgama de modo que a vida, a personalidade e a dignidade figuram estreitamente unidas (Szaniawski, 2005, p. 146). Transformar o respeito à vida em veneração a ela é um grande perigo, e isso pode ocorrer quando se atribui um valor absoluto à vida biofísica, o que supera a própria dignidade humana.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este artigo objetivou-se descobrir em que momento, ao longo da história da humanidade, surgiu a ideia de “morte digna”. Tomou-se conhecimento de que essa expressão tem sido compreendida de forma equivocada como “boa morte”. Com a mudança de significado da eutanásia, ocorreu uma transformação do termo.

Conclui-se que a ortotanásia é a melhor forma de resolver os conflitos existenciais, associados ao fim da vida. Ela imprime respeito pelo curso natural da vida e do seu fim, busca amenizar o sofrimento do paciente, para que o mesmo não sofra por submeter-se a intervenções e a tratamentos que pretendem apenas prolongar um pouco a vida, mas que se tornam infrutíferos na busca pela cura.

Também foi possível constatar outras formas de aliviar o sofrimento dos doentes. São os cuidados paliativos e o movimento de cuidado *hospice*. Esses tratamentos respeitam o enfermo em sua totalidade holística, o que envolve aspectos físicos, psicossociais, emocionais e preferências espirituais e religiosas.

Compreende-se como dignidade, na esfera da biomedicina, o fato de valorizar alguns fatores que promovam o alívio e a mitigação da dor e do sofrimento do doente, proporcionando-lhe bem-estar. Isso pode ser feito por meio de ações, como o respeito a sua autonomia e a suas crenças religiosas, a prestação de informações sobre todos os procedimentos a que pode ser submetido, a não realização de suspender intervenções de que o doente não deseja participar e, principalmente, evitar-se o abandono do paciente.

## REFERÊNCIAS

ABDALATI, Hammudah. *Islam em foco*. Apoio cultural do Centro de Divulgação do Islam para a América Latina. São Bernardo do Campo: Makkah, 2012.

ALBUQUERQUE, Daniel Rossini; DUNNINGHAM, William Azevedo. Distanásia: uma reflexão sobre o papel psicossocial da morte. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, Salvador, v. 17, n. 1, p. 5-24, abr. 2013.

- BAEZ, Narciso Leandro Xavier. A expansão cultural dos direitos humanos fundamentais e a formação de uma consciência universal. In: BAEZ, Narciso Leandro Xavier; BRANCO, Gerson Luiz Carlos; PORCIUNCULA, Marcelo. *A problemática dos direitos humanos fundamentais na América Latina e na Europa: desafios materiais e eficaciais*. Joaçaba: Editora Unoesc, 2012.
- BARREIRA JÚNIOR, Edilson Baltazar. Norbert Elias e a solidão dos moribundos. *CADERNOS ESP*, Ceará, v. 5, n. 1, p. 37-43, jan./jun. 2011.
- BECK, Roger. Thus spake not zarathushtra: zoroastrian pseudepigrapha of the Greco-Roman World. In: BOYCE, Mary; GRENET, Frantz. *A history of zoroastrianism*. Leiden: Brill Publishers, v. 3, 1991.
- BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Regula a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9434.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm)>. Acesso em: 5 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. *Código Civil*: Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. 35. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
- \_\_\_\_\_. *Código 3 em 1: Penal, Processo Penal e Constituição Federal: obra coletiva com a colaboração de Luiz Roberto Curia, Lívia Cespedes e Juliana Nicoletti*. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.
- BRIGGS, Charles Augustus. *Fundamental christian faith: the origin, history and interpretation of the apostles' and nicene creeds*. New York: Charles Scribner's Sons, 1913.
- CERECEDA, Francisco Cumplico. El derecho a la vida y el deber de vivir: Conferencia del Rector de la Universidad Miguel de Cervantes Prof. Francisco Cumplico C, en acto inaugural de las jornadas argentino-chileno-peruanas de derecho constitucional. *Estudios Constitucionales*, Santiago, v. 7, n. 1, p. 385-8, 2009.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995/2012. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)>. Acesso em: 6 jul. 2015.
- \_\_\_\_\_. *Novo Código de Ética Médica*. Curitiba: CFM, 2009.
- CONTI, Matilde Carone Slaibi. *Biodireito: a norma da vida*. Rio de Janeiro: Forense, 2004.
- CUNHA, Márcio Rosa da; ROMAN, Pedrinho. *O julgamento de Osíris no Livro dos Mortos egípcio*. Guaíba/RS: Curso de história da Ulbra, Seminário, 2010.
- DALL'AGNOL, Darlei. Filosofia e Bioética no debate público brasileiro. *Ideias*, Campinas/SP, n. 4, nova série, 1º sem. 2012.
- DECLARAÇÃO UNIVERSAL ISLÂMICA DOS DIREITOS HUMANOS. Centro de Divulgação do Islã para a América Latina. São Paulo: Makkah, 2012.
- DEVINE, Carol et al. A history of human rights theory. In: \_\_\_\_\_. *Human rights: the essential reference*. Phoenix: The Oryx Press, 1999.
- ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer: alguns problemas sociológicos*. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FLORIANI, Ciro Augusto. Moderno movimento *hospice*: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte. Tese (Doutorado em Ciências na Área da Saúde Pública) – Ministério da Saúde, Fiocruz/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

\_\_\_\_\_. Moderno movimento *hospice*: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. *Revista Bioética*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 397-404, 2013.

FOUCAULT, Michel. *A microfísica do poder*. 4. ed. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

GIACOIA JÚNIOR, Oswaldo. A visão da morte ao longo do tempo. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, p. 13-9, 2005.

GOLDIM, José Roberto. O que é o embrião. In: KIPPER, José Délio; MARQUES, Caio Coelho; FEIJÓ, Anamaria (Org.). *Ética em pesquisa: reflexões*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

\_\_\_\_\_. Refletindo sobre a morte: aborto, infanticídio e eutanásia. In: \_\_\_\_\_. *Breve introdução ao pensamento de Peter Singer*. Porto Alegre: Editora UniRitter, 2014.

\_\_\_\_\_. *Slippery Slope*, 22 ago. 2004. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/slippery.htm>>. Acesso em: 10 set. 2015.

HAMILTON, Sue. *Early buddhism: a new approach: the in of the beholder*. New York: Routledge, 2000.

HOBBS, Leviatã. *Leviatã ou matéria, forma e poder de um Estado eclesiástico e civil*. 2. ed. Trad. João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

ISHAY, Micheline. *The history of human rights: from ancient times to the globalization era*. London: University of California Press, 2003.

JUNGES, José Roque et al. Legal and ethical reflections on end-of-life: a discussion on orthothanasia. *Revista Bioética*, v. 18, n. 2, p. 275-88, 2010.

KANT, Immanuel. *A metafísica dos costumes: contendo a doutrina do direito e a doutrina da virtude*. Trad. Edson Bini. São Paulo: Edipro, 2003.

KNOBEL, Marcos; SILVA, Ana Lúcia Martins. O paciente terminal: vale a pena investir no tratamento? *Revista Einstein*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 133-4, 2004.

KOVÁCS, Maria Júlia. A morte no contexto dos cuidados paliativos. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. *Cuidado paliativo*. Coordenação institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: CRMSP, 2008.

\_\_\_\_\_. Representações de morte. In: \_\_\_\_\_. (Coord.). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 1-13.

KROHLING, Aloísio; KROHLING, Beatriz Stella Martins. Ética rizomática e teoria crítica do direito internacional dos direitos humanos. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD)*, v. 5, n. 1, p. 82-92, jan./jun. 2013.

LAUREN, Paul Gordon. *The evolution of international human rights: visions seen*. 2. ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2003.

\_\_\_\_\_. *The evolution of international human rights: visions seen*. 3. ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2011.

- LYRA FILHO, Roberto. *O que é direito*. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- LOCKE, John. *O segundo tratado sobre o governo civil: ensaio sobre a origem, os limites e os fins verdadeiros do governo civil*. 3. ed. Trad. Magda Lopes e Marisa Lobo da Costa. Petrópolis/RJ: Vozes, 2001.
- MENEZES, Rachel Aisengart. Um modelo para morrer: última etapa na construção social contemporânea da pessoa? *Campos*, v. 3, p. 103-16, 2003.
- MORITZ, Rachel Duarte (Org.). *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011.
- MOTTA, Márcia Vieira da et al. Pedidos para interrupção de gestação de anencéfalos: jurisprudência no estado de São Paulo. *Saúde, Ética & Justiça*, v. 18, n. 2, p. 146-56, 2013.
- NEOGI, Suchandra. Self-willed death: an aspect of euthanasia in Buddhism. Department of philosophy, Burdwan University, W. B, India. *International Journal of Current Research*, v. 5, n. 7, p. 2010-11, jul. 2013.
- OTERO, Juan María Martínez. Autonomía e información de los pacientes: del reconocimiento de derechos a la pérdida de confianza. Reflexiones con motivo de la aparición de nuevas normas sobre los derechos de los pacientes al final de la vida. Universidad CEU Cardenal Herrera – Valencia (España). *Cuad. Bioét.*, v. XXIII, p. 153-67, 2012/1<sup>a</sup>.
- PÉREZ LUÑO, Antonio-Enrique. *La universalidad de los derechos humanos y el Estado constitucional*. Colombia: Universidad Externado de Colombia, 2002.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques. *O contrato social: princípios do direito político*. Trad. Antônio de Pádua Danesi. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- SALGUEIRO, Jennifer Braathen; GOLDIM, José Roberto. As múltiplas interfaces da Bioética com a religião e a espiritualidade. In: GOLDIM, José Roberto et al. *Bioética e espiritualidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.
- SALLES, Alvaro Angelo. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. *Revista Bioética*, Brasília/DF: Conselho Federal de Medicina, v. 22, n. 3, p. 397-406, 2014.
- SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 11. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.
- SÁNCHEZ, Emílio García. El rescate de lo humano en el enfermo que se muere. Universidad CEU Cardenal Herrera-Valencia (España). *Cuad. Bioét.*, v. XXIII, p. 135-49, 2012/1<sup>a</sup>.
- SCHRAMM, Fermin Roland. O uso problemático do conceito “vida” em bioética e suas interfaces com a práxis biopolítica e os dispositivos de biopoder. *Revista Bioética*, Brasília/DF: Conselho Federal de Medicina, v. 17, n. 3, p. 377, 2009.
- SCHULMAN, Adam. Bioethics and the question of human dignity. In: President’s Council on Bioethics. *Human dignity and bioethics: essays commissioned by the president’s council on bioethics*. Washington, D.C., 2008. p. 3-18.

- SMITH, Wesley J. Euthanasia and assisted suicide. *Encyclopedia of Crime and Justice*, 2002, sep. 2015. Disponível em: <<http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3403000109.html>>. Acesso em: 18 jun. 2015.
- SOUZA, José Fernando Vital; MEZZARROBA, Orides. Direitos humanos no século XXI: uma utopia possível ou uma quimera irrealizável? In: BAEZ, Narciso Leandro Xavier et al. (Org.). *Os desafios dos direitos humanos fundamentais na América Latina e na Europa*. Joaçaba: Editora Unoesc, 2012.
- SPIANDORELLO, Wilson Paloschi. Cenário de desenvolvimento da vida humana e reflexões sobre o aborto. *Revista Bioética*, Brasília/DF, v. 20, n. 3, p. 425-35, 2012.
- STEINMETZ, Wilson. *A vinculação dos particulares a direitos fundamentais*. São Paulo: Malheiros, 2004.
- SZANIAWSKI, Elimar. *Direitos da personalidade e sua tutela*. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.
- TAPIA-ADLER, Ana Maria. Notas sobre o judaísmo y bioética. *Religión y Bioética: Acta Bioethica*, a. 16, n. 1, p. 17-24, 2010.
- VELASCO, Maria Cruz Días de Terán. Bioética laica e bioética religiosa: claves para uma argumentación contemporânea, 2012. *Cuad. Bioét.*, v. XXIII, p. 179-93, 2012/1ª.
- WALTER, Tony. Historical and variants of the good death. Department of Sociology, University of Reading, Reading RG6 6AA. *BMJ*, v. 327, n. 26, p. 218-20, jul. 2003.
- YOUNG, Katherine K. A cross-cultural historical case against planned self-willed death and assisted suicide. *McGill Law Journal*, p. 657-707, 1994. Disponível em: <<http://www.lawjournal.mcgill.ca/userfiles/other/2218870-39.3.Young.pdf>>. Acesso em: 14 de novembro de 2015.