



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

DAYANY KEROLLAYNY CORREIA DE HOLANDA

**ORTOTANÁSIA FRENTE À TERMINALIDADE:
O CUIDAR QUANDO NÃO SE PODE MAIS CURAR
UMA ANÁLISE ENTRE O DIREITO E A MEDICINA**

SANTA RITA

2021

DAYANY KEROLLAYNY CORREIA DE HOLANDA

**ORTOTANÁSIA FRENTE À TERMINALIDADE:
O CUIDAR QUANDO NÃO SE PODE MAIS CURAR
UMA ANÁLISE ENTRE O DIREITO E A MEDICINA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito do Departamento de Ciências
Jurídicas do Centro de Ciências Jurídicas
da Universidade Federal da Paraíba,
como exigência parcial para a obtenção
do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Igor de Lucena
Mascarenhas

SANTA RITA

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

H722o Holanda, Dayany Kerollayny Correia de.
Ortotanásia frente à terminalidade: o cuidar quando não se pode mais curar uma análise entre o Direito e a Medicina / Dayany Kerollayny Correia de Holanda. - Santa Rita, 2021.
56 f.

Orientação: Igor de Lucena Mascarenhas.
Monografia (Graduação) - UFPB/CCJ/DCJ.

1. Ortotanásia. 2. Morte digna. 3. Direito à vida. 4. Dignidade. I. Mascarenhas, Igor de Lucena. II. Título.

UFPB/CCJ-SANTARITA

CDU 34

DAYANY KEROLLAYNY CORREIA DE HOLANDA

**ORTOTANÁSIA FRENTE À TERMINALIDADE:
O CUIDAR QUANDO NÃO SE PODE MAIS CURAR
UMA ANÁLISE ENTRE O DIREITO E A MEDICINA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito do Departamento de Ciências
Jurídicas do Centro de Ciências Jurídicas
da Universidade Federal da Paraíba,
como exigência parcial para a obtenção
do título de Bacharel em Direito.

Aprovada em: ____ / ____ / ____.

Banca examinadora

Prof. Igor de Lucena Mascarenhas (Orientador)

Professor (a) (Examinador (a))

Professor (a) (Examinador (a))

Dedico este trabalho ao meu avô João, que em vida tanto me ensinou e na sua morte me deixou valiosas lições. Os meses que antecederam a sua partida me mostraram a importância de uma boa morte, que nada mais é do que a garantia de uma vida digna até seu último segundo. Cercado de afeto pelas pessoas que o amavam, meu avô pôde partir com a mesma leveza que sempre viveu a vida. Ensinando-me, no ápice de sua doença, que a despedida pode ser menos dolorosa quando entendemos que amar também é deixar ir.

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro e maior agradecimento a Deus, que guiou o meu caminho para que eu pudesse chegar até aqui, sendo meu melhor amigo e companheiro durante esses cinco anos de graduação. Em todos os momentos em que me senti sozinha ou incapaz, foi nEle que encontrei força e coragem para perseverar.

À minha amada mãe Andréia, por todo apoio, investimento e torcida. A você devo tudo que sou, serei eternamente grata por cada sacrifício feito para que este dia chegasse. Sem você nada disso seria possível. Eu te amo incondicionalmente.

Ao meu querido avô João (*in memoriam*), meu maior incentivador, que teve a alegria de acompanhar o meu ingresso na Universidade e certamente estaria vivenciando com orgulho este momento. Dedico esta vitória a você, vovô.

À querida missionária Vanicéia, que sempre se fez presente em minha vida, cuidando de mim em orações. Agradeço ao Senhor por sua vida.

Ao meu amado marido Álamon, meu companheiro de vida, que me amou, apoiou e me acompanhou de perto no íngreme caminho para chegar até aqui. Em meio ao cansaço e incertezas, ter você ao meu lado me faz sentir que consigo ir além. Amo muito você.

A todos os colegas que estiveram comigo ao longo dessa jornada, em especial as minhas queridas amigas Luana, Héllade, Bruna e Aline. O apoio, a alegria e a ajuda de vocês tornaram a graduação muito mais leve. Espero prolongar nossos laços de amizade para além da Universidade.

A Dra. Heliane, Dr. Rodrigo e a Priscila que compõem a equipe do Escritório de Advocacia Trabalhista Especializada. Ambiente no qual pude aprender lições que não se encontram em livros. Serei sempre grata por todo apoio, encorajamento e partilha de conhecimentos.

A todos os Mestres desta instituição, por todos os ensinamentos e ampliação de visão de mundo, em especial ao meu orientador Igor Mascarenhas que antes mesmo de se tornar professor desta Universidade me auxiliou na construção deste trabalho, tornando esse momento muito mais leve.

“Sobre a arte de ganhar existem muitas lições, mas e sobre a arte de perder? Ninguém quer falar a respeito disso, mas a verdade é que passamos muito tempo da vida em grande sofrimento quando perdemos bens, pessoas, realidades, sonhos.
(...) No entanto, saber perder é a arte de quem conseguiu viver plenamente o que ganhou um dia.”

Ana Cláudia Quintana Arantes, *A morte é um dia que vale a pena viver.*

RESUMO

O propósito do presente trabalho consiste em examinar o instituto da ortotanásia através dos princípios constitucionais do direito à vida, dignidade e liberdade do indivíduo. Pretendendo trazer uma reflexão a respeito da tratativa da morte em seus mais variados aspectos, discutindo até que ponto são admissíveis as investidas terapêuticas diante da doença terminal. Qual seria, pois, a conduta ideal diante da morte? Devem-se utilizar de todos os meios possíveis para retardar o momento da morte, ou o melhor caminho seria o de esperar pela sua chegada? Diante de tal discussão o presente trabalho objetiva analisar qual seria o meio adequado para imprimir uma morte digna aos pacientes que encontram-se em estado terminal. No intuito de dirimir tais questionamentos e em razão da abrangente relevância social do tema, foi executado então um estudo através de pesquisas bibliográficas e documentais, realizando-se aprofundadas investigações em livros, artigos científicos, documentos eletrônicos e normas jurídicas para que se alcançassem conclusões válidas para os delicados temas enfrentados. Durante a narrativa do texto discute-se sobre os direitos e garantias fundamentais como o direito a vida e a dignidade como sendo pilares para o enfrentamento da morte como um fenômeno digno. De igual modo, encontra-se a explanação dos conceitos de eutanásia, distanásia e ortotanásia e os reflexos de sua aplicação à luz do texto normativo. Por fim, é trazida à baila uma reflexão sobre questões mais profundas e intrínsecas que compõem a experiência de morte, como a importância dos cuidados paliativos e o papel da religião frente ao sofrimento. Diante disso, chega-se a conclusão de que a ortotanásia compreende o meio terapêutico mais adequado para enfrentamento da terminalidade, uma vez que se aplica por meio dele o direito do indivíduo de não se submeter a tratamentos extremos que nada lhe trarão senão o sofrimento desnecessário, havendo a preservação de autonomia e dignidade do paciente terminal.

Palavras-chave: Ortotanásia. Morte digna. Direito à vida. Dignidade.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to examine the institute of orthothanasia through the constitutional principles of the individual's right to life, dignity and freedom. Intending to bring a reflection on the treatment of death in its most varied aspects, discussing the extent to which therapeutic approaches are acceptable in the face of terminal illness. What, then, would be the ideal behavior in the face of death? Should all possible means be used to delay the moment of death, or is the best way to wait for its arrival? Faced with such discussion, the present work aims to analyze what would be the appropriate means to print a dignified death to patients who are terminally ill. In order to resolve such questions and due to the broad social relevance of the topic, a study was then carried out through bibliographical and documental research, carrying out in-depth investigations in books, scientific articles, electronic documents and legal norms in order to reach valid conclusions for the delicate issues faced. During the text narrative, fundamental rights and guarantees such as the right to life and dignity are discussed as pillars for facing death as a dignified phenomenon. Likewise, there is an explanation of the concepts of euthanasia, dysthanasia and orthothanasia and the consequences of their application in the light of the normative text. Finally, a reflection on deeper and more intrinsic issues that make up the experience of death is brought up, such as the importance of palliative care and the role of religion in the face of suffering. Therefore, it is concluded that orthothanasia comprises the most appropriate therapeutic means for coping with terminality, since it applies through it the individual's right not to undergo extreme treatments that will bring them nothing but unnecessary suffering , with the preservation of autonomy and dignity of the terminal patient.

Keywords: Orthothanasia. Worthy death. Right to life. Dignity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS	12
2.1 PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	12
2.2 DIREITO CONSTITUCIONAL À VIDA DIGNA	16
2.3 DIREITO DE MORRER COM DIGNIDADE	19
3. DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS DE EUTANÁSIA, ORTOTANÁSIA E DISTANÁSIA	23
3.1 EUTANÁSIA E O DIREITO BRASILEIRO	23
3.2 DISTANÁSIA: LIMITE ENTRE O POSSÍVEL E O IDEAL	28
3.3 ORTOTANÁSIA E A NORMATIZAÇÃO BRASILEIRA	33
4. ORTOTANÁSIA: A MORTE COMO UMA EXPERIÊNCIA DIGNA	39
4.1 ORTOTANÁSIA E CUIDADOS PALIATIVOS.....	39
4.2 SOFRIMENTO X RELIGIÃO	44
5. CONCLUSÃO	49
6. REFERÊNCIAS	56

1 INTRODUÇÃO

Acreditava-se que na Grécia antiga os deuses delegavam o poder da cura aos médicos, tornando-os assim semideuses, onde nenhuma de suas decisões poderia ser questionada.

Séculos à frente, René Descartes consolidou o método científico em bases nacionais, o qual invalidava os deuses e divinizava agora a própria Ciência Médica em si. A partir de então, a ciência era capaz de qualquer feito: prolongar a vida, sanar doenças e até driblar a morte.

Desde então, a Medicina sofreu profundas modificações ao longo dos séculos, surgindo assim a necessidade de utilização dos mais variados meios artificiais para prolongamento da vida de pacientes, o que dificultou cada vez mais a aceitação da morte e do ato de deixar a doença seguir seu próprio curso.

A morte, que antes era um rito familiar encarado como algo natural pelo doente e seus parentes, torna-se sinônimo de falha médica. Assim, ela deixa de ser considerada parte do curso da vida, para significar algo que deve ser evitado a qualquer custo.

Referir-se à morte nos dias atuais é sinônimo de pesadelo para muitos, como se esperassem pela vida eterna no sentido biológico. Em reflexo a esse pensamento, acumulam-se cada vez mais pacientes em leitos de hospitais sem possibilidade de cura ligados a aparelhos. Na tentativa infrutífera de driblar a morte, a obstinação terapêutica é um cenário não raro nos hospitais. Sem respeitar qualquer valor, crença ou dignidade do doente, os tratamentos são postos em primeiro lugar, e aquele paciente passa então a ser conhecido não mais por seu nome, mas pela gravidade de suas mazelas.

De acordo com Antônio Luiz Bento (2008), existe um risco iminente que é o de transformar o ser humano em um escravo da tecnologia. Segundo ele, vivemos um momento de enormes crises de humanismo e dúvidas quanto ao uso da tecnologia, que ao mesmo tempo em que forneceu enormes benefícios, também trouxe enormes preocupações, especialmente em nível ético. Tal posicionamento emerge a possibilidade da desumanização da medicina dando lugar a um frio tecnicismo que distancia as relações interpessoais da saúde do paciente.

Diante de toda multiplicidade de posicionamentos que envolvem o processo de morrer, enxerga-se a real necessidade de sua tratativa. Alavancar a discussão

sobre um tema que envolve um assunto tão polêmico quanto a vida e a morte é de suma importância para a sociedade, uma vez que apenas através de exaustivos debates é que se pode chegar a um correto posicionamento sobre qual seria o meio mais adequado de experimentar a hora finda.

Partindo desse entendimento sobrevêm algumas abordagens capazes de retardar, acelerar ou apenas abrandar o processo da morte, tais são elas: eutanásia, distanásia e ortotanásia. No presente trabalho, analisaremos tais procedimentos mantendo, porém, o enfoque na abordagem ortotanásica em suas várias interfaces.

Tal prática indica a morte ocorrendo no seu próprio tempo, sem antecipação nem retardamento, permitindo que a terminalidade certa e invencível aconteça, seja pela não adoção de um tratamento ou pela interrupção daquele que já tenha sido iniciado, assegurando todos os cuidados básicos com o paciente. Dessa maneira, a ortotanásia tende a humanizar o processo da morte, não se antecipando o fim, nem se utilizando de meios para postergá-lo, mas apenas aceitando sua chegada como o fim natural de todos os seres humanos.

A partir de seu exame, a morte será tratada em uma perspectiva mais humanística possível, trazendo à tona a desmistificação da sua chegada sob um ponto de vista jurídico, bioético e de fé enfatizando a importância de uma abordagem multidisciplinar no atendimento prestado aos pacientes terminais, uma vez que não há como se tratar o corpo esquecendo-se da mente.

Neste contexto, tem-se o intuito de naturalizar perante a sociedade a discussão a respeito da terminalidade propiciando o entendimento de que a morte não deve ser tratada como um problema a ser solucionado, pois compreende parte do curso da vida e chega para todos.

É importante garantir ao doente a oportunidade de viver até que a morte chegue. Afinal, uma morte digna nada mais é do que uma vida que é vivida com dignidade até o seu último segundo.

2 DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

Vida e morte são temas amplamente polêmicos e demasiadamente discutidos por se tratar de ponderações éticas e morais que estão previstas na Constituição Federal da República.

Em seu artigo 5º, *caput*, a Carta Magna (BRASIL, 1988) prevê o seguinte: “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade (...)”. Já o artigo 6º explicita os direitos sociais, dentre os quais está a saúde, “direito de todos e dever do Estado”.

A expressa disposição dos direitos fundamentais visa assegurar a todos igualdade em condições de vida através de políticas desenvolvidas pelo Estado. No entanto, o que se observa na prática é uma realidade um tanto quanto diferente.

Quando se refere a assuntos como eutanásia, distanásia e ortotanásia, ocorrem frequentes divergências quanto à aplicabilidade de tais abordagens, uma vez que estarão em discussão direitos estritamente singulares ao indivíduo como autonomia de vontade, e em contrapartida estarão em oposição os princípios defendidos pelo Estado, como a garantia da inviolabilidade da vida.

Diante disso, torna-se comum em questões onde se trata de vida e morte que a aplicação literária de tais abordagens seja questionada. Não raramente em demandas dessa estirpe outros valores como a cultura, bioética, compaixão são levados em consideração. Ainda que não compreendam um contexto de segurança jurídica, em determinados casos estes serão os únicos que conseguirão encontrar o equilíbrio necessário para tratar das questões que serão discorridas a seguir.

2.1 PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Para se ter uma mínima compreensão das disposições adiante, faz-se necessário a análise do teor normativo da dignidade da pessoa humana, sua importância e significado jurídico. Decerto não se pretende esgotar sua definição, visto que tal ato seria inexequível; no entanto, ainda que de maneira limitada, é importante vislumbrar alguns conceitos que dão significado a tal princípio.

O artigo 11, §1º da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (COSTA RICA, 1969) dispõe que “toda pessoa tem direito ao respeito e ao reconhecimento de sua dignidade”.

Assim, sendo compreendido como o princípio basilar de todo o ordenamento constitucional, a dignidade da pessoa humana é responsável por assegurar a todos os indivíduos a garantia de suas necessidades vitais. Em outras palavras, ela constitui “um fundamento que irá garantir a efetivação dos demais direitos, impedindo, ao menos potencialmente, a sua violação por particulares, pelo Estado ou pelo próprio agente”. (MASCARENHAS; PERRUSI, 2014)

Para conceituar a Dignidade Humana, Werner Maihofer (*apud* TAVARES, 2003) aponta que a mesma assegura, além da garantia de que o indivíduo se encontra resguardado de ofensas e humilhações, a afirmação do eficaz desenvolvimento da personalidade individual do homem. Desse modo, o desenvolvimento de tal preceito pressupõe por um lado a identificação da completa autodisponibilidade sem interrupções alheias das próprias atuações do homem, e do outro a autodeterminação que provém da livre proteção da razão humana. Em outras palavras, tal princípio se encontra interligado com a capacidade do homem de ser o autor de suas próprias escolhas afirmando, a partir disso, o desenvolvimento de sua própria personalidade.

Entende-se com isso que, para Maihofer, a expressão da dignidade consiste em uma noção particular da condução de suas escolhas de acordo com sua própria personalidade.

Sob a ótica cristã, o homem é um ser dotado de dignidade, pois foi criado como sendo a imagem e semelhança de Deus. Dessa forma, todos os homens e mulheres são detentores da dignidade pelo fato de serem criaturas de Deus, o que se traduz em uma ideia de igualdade perante os indivíduos.

A respeito desse pensamento Robert (1982, p. 37) afirma:

A pessoa humana deve, na concepção cristã, ser revestida com uma eminente dignidade pois o homem é uma criatura formada à imagem de Deus e o seu destino é eterno. Esta dignidade pertence, sobretudo, a todos os homens e mulheres sem distinção abrangendo, inclusive, as diferentes raças, independentemente de serem ou não socialmente desiguais, independente do seu status social: seja de um mestre ou de um escravo.

Já no pensamento estoico, segundo Sarlet (2006), a dignidade da pessoa humana era o diferencial entre as pessoas e os demais seres vivos, uma vez que tal característica é inerente ao ser humano. Em outras palavras, todo indivíduo é dotado do direito de dignidade desde o momento de seu nascimento até a hora de sua morte, da mesma forma que as noções de liberdade e igualdade também podem ser interpretadas como sendo inerentes do homem.

No processo de consolidação dos direitos humanos, a dignidade se tornou o princípio fundamental da nova ordem social uma vez que delimita o sistema a partir do qual precedem direitos e garantias mundialmente protegidos

De fato, os direitos fundamentais ganharam força com instituição da Organização das Nações Unidas. Em 1948 no período pós-guerra, o resultado das atrocidades cometidas pelos nazistas impulsionou uma onda global de proteção à dignidade como um direito de valor ético-jurídico intocável. Assim, a partir de então a única condição necessária para que o sujeito tenha resguardado ao seu direito a dignidade é que ele seja pessoa humana. (SANTO, 2009)

No âmbito jurídico, existe certa dificuldade de se obter uma conceituação satisfatória para a dignidade da pessoa humana, uma vez que a mesma compreende uma definição subjetiva e imprecisa. Melhor dizendo, é mais fácil estabelecer o que a dignidade não é, do que o que ela é.

Nestes termos, é válido destacar o que diz Gabriel Chalita em sua obra *Os dez mandamentos da Ética* a respeito da abrangência da dignidade da pessoa humana no âmbito jurídico:

A constituição brasileira tem como superprincípio a dignidade da pessoa humana. Todo e qualquer outro princípio se submete a esse. Toda e qualquer legislação tem de levar em conta essa opção. A dignidade é aparentemente abstrata. Não se trata de uma norma que se explica por si mesma. Mas contém em seu significado tudo aquilo que pode sonhar um Estado. (...) Esse é o sentido da justiça que conduz à felicidade. Do verdadeiro direito. Não daquele que burocratiza as relações por meio da exacerbação do cumprimento legal. A lei não pode ser cega sob o ponto de vista de se distanciar do conceito de justiça. Mesmo porque o ser humano é heterogêneo e as ações precisam ser analisadas à luz desses princípios maiores (CHALITA, 2003, p. 111).

Em análise das palavras do professor, percebe-se que a ideia de dignidade no âmbito jurídico está ligada à efetivação da justiça através dos conceitos de equidade e interpretação das normas legislativas. Nessa conduta de concretização da justiça, o direito brasileiro tem apresentado perspectivas cada vez mais próximas

dos princípios constitucionais e longínquas das engessadas regras apresentadas em leis infraconstitucionais. Está se vivenciando uma mudança na interpretação, vivência e aplicação do direito. O exagero na codificação de todas as condutas dos indivíduos (delimitando o que é proibido ou não fazer, legalmente falando), foi sendo deixado de lado diante de uma jurisdição em que os princípios que antes eram apenas observados genericamente, agora ganham papel significativo na aplicação da lei.

Nesta perspectiva, o princípio da dignidade humana resguarda o indivíduo enquanto pessoa dotada de personalidade jurídica. Sendo um valor ético e moral, a dignidade se concretiza na própria autonomia consciente e responsável da vida, tendo como objetivo o respeito por parte dos outros indivíduos, sendo o mínimo inviolável que deve ser assegurado pelo estatuto jurídico.

Paralelo a esse pensamento, Immanuel Kant (1989, p. 306) afirma em *A Metafísica dos costumes*:

Todo ser humano tem um direito legítimo ao respeito de seus semelhantes e está, por sua vez, obrigado a respeitar todos os demais. A humanidade ela mesma é uma dignidade, pois um ser humano não pode ser usado meramente como um meio por qualquer ser humano (quer por outro quer, inclusive, por si mesmo), mas deve sempre ser usado ao mesmo tempo como um fim. É precisamente nisso que a sua dignidade (personalidade) consiste, pelo que ele se eleva acima de todos os outros seres do mundo que não são seres humanos e, no entanto, podem ser usados e, assim, sobre todas as coisas. Mas exatamente porque ele não pode ceder a si mesmo por preço algum (o que entraria em conflito com seu dever de autoestima), tampouco pode agir em oposição à igualmente necessária autoestima dos outros, como seres humanos, isto é, ele se encontra na obrigação de reconhecer, de um modo prático, a dignidade da humanidade em todo outro ser humano.

A partir desse pensamento é possível entender que a pessoa humana se atribui valor supremo, merecendo sempre ser tratada como um fim em si mesma, e jamais como um meio para satisfação das pretensões de outrem. A dignidade da pessoa humana deve prevalecer a qualquer custo, uma vez que coisas possuem preço e pessoas possuem dignidade. Em resumo, a dignidade como um princípio basilar supera qualquer cálculo de custo-benefício.

Neste sentido, sendo a morte parte da vida, não há como admitir que ela se finde sem a presença da dignidade. Como infere Cristian Fetter Mold:

Morrer constitui o ato final da biografia pessoal de cada ser humano e não pode ser separada daquela como algo distinto. Portanto o imperativo de uma vida digna alcança também a morte. Uma vida digna requer uma morte digna. O direito a uma vida humana digna não pode ser truncado com uma morte indigna. O ordenamento jurídico está, por conseguinte, chamado também a concretizar e proteger este ideal da morte digna (MOLD, 2010, p. 1).

Por isso, a dignidade deve ser interpretada como um farol que ilumina os demais princípios, uma vez que é um valor que se encontra acima de todos os outros, sendo portanto inviolável em todos os momentos da existência humana, desde o seu nascimento até a hora da sua morte.

2.2 DIREITO CONSTITUCIONAL À VIDA DIGNA

A Vida (do termo latino *vita*), dentre seus vários significados, é conceituada como o “período de tempo compreendido entre o nascimento e a morte de um ser vivo” (MICHAELIS, 2015). Já para Aristóteles (1993, p. 22), ela está intimamente ligada à concepção de alma, ou seja: “aquilo que possui alma se distingue daquilo que não possui alma pela vida”.

Em outras palavras, vida pode ser considerada como o “estado de atividade funcional, peculiar aos animais e vegetais; existência; tempo decorrido entre o nascimento e a morte; modo de viver; (...) vitalidade; subsistência” (BUENO, 2001, p. 581).

No entanto, dentre tantas abordagens, como se pode afinal conceituar a vida? Pelo estado de consciência do indivíduo? Pela presença da alma? Pelas relações decorrentes da sua existência?

Fato é que o termo vida possui uma interpretação multiconceitual, uma vez que compreende significados cabíveis para as mais diversas áreas do conhecimento. Neste sentido, assim como os significados sobre a vida são inúmeros, também são incontáveis os direitos advindos dela. Ou seja: o direito à vida é o princípio basilar que sustenta todos os direitos e garantias individuais.

Ao iniciar seu texto, a Constituição Federal da República consolida em seu artigo 1º, inciso III a dignidade da pessoa humana como um dos princípios fundamentais do Estado. Em seguida, em seu artigo 5º, o *caput* assegura o direito à vida como sendo inviolável (BRASIL, 1988), podendo dessa forma se concluir que o

ordenamento brasileiro é amparado por dois principais pilares: a vida e a dignidade da pessoa humana.

No entanto, uma das controvérsias mais intrigantes que circundam o direito à vida corresponde a imprimir a mesma dignidade também no momento da morte do indivíduo. Afinal, não seria a morte parte expressiva e inevitável da vida?

Diante disso, a vida e a dignidade provocam debates intensos no campo da bioética e do biodireito, principalmente no que diz respeito à questão da morte como um momento digno.

Nessa perspectiva a professora Débora Gozzo (2008, p. 403) defende:

A vida em si deve existir e ser preservada acima de tudo. Mas o ponto aqui diz respeito não só ao direito à vida, mas o direito à *vida digna*, que amplia aquele conceito. Não basta viver. É necessário que haja dignidade nesse viver, o que implica, em primeiro lugar, que o mínimo existencial esteja disponível. Em segundo, que o ser humano possa autodeterminar-se, de forma plena, acerca de todas as suas potências, desenhando com a máxima precisão, e dentro do que lhe é permitido, ao longo de sua existência, o livre desenvolvimento de sua personalidade

Para tratar do direito à vida é necessário abordá-lo em toda sua manifestação, do momento em que se inicia até a sua terminalidade.

Neste sentido, as questões que circundam a vida e a morte trouxeram incinerados debates a despeito de até que ponto a vida humana deve ser preservada. Seria válido o emprego de todos os recursos biotecnológicos para estender a vida de um paciente terminal? Consciente de que não há cura para o mal que lhe assiste, é lícito o paciente dar fim ao seu sofrimento amparado por auxílio médico? Entre o prolongar e o encurtar a vida, por que não cercar o doente de cuidados e entes queridos, permitindo assim que a morte siga naturalmente seu próprio curso?

Diante de tais questionamentos, é sabido que não se pode privilegiar a condição biológica da vida desamparando sua qualidade e dignidade. O prolongamento a todo custo da vida de pacientes em estado terminal não encontra resguardo no Estado Democrático de Direito, uma vez que a obsessão pela adoção de técnicas médicas excessivas traz uma gama de incontáveis sofrimentos para o paciente.

A dignidade da pessoa humana é um princípio basilar constitucional que está intimamente ligado à vida, de modo que a continuidade deste último não pode ser considerada um bem supremo sendo sobreposta acima dos outros valores.

Nesse contexto, é direito do paciente em estado terminal escolher qual a forma que deseja encerrar sua vida, podendo o mesmo optar por não se submeter a determinados tratamentos ou até interrompê-los, sendo esse direito um reflexo da manifestação da liberdade e dignidade asseguradas constitucionalmente.

Sob o entendimento jurídico, a morte acontece após o encerramento da atividade cerebral. Antes disso o doente se encontra em processo de morte, onde a preservação de sua dignidade deve ser garantida até o momento final de sua vida.

O direito de morrer com dignidade faz parte do próprio direito constitutivo à vida, e uma vez que o paciente é submetido a tratamentos médicos degradantes e desumanos, é possível dizer que houve o desrespeito à vida.

A partir disso, Ronald Dworkin (2003, p. 280) afirma:

(..) A morte domina porque não é apenas o começo do nada, mas o fim de tudo, e o modo como pensamos e falamos sobre a morte – a ênfase que colocamos no “morrer com dignidade” – mostra como é importante que a vida termine *apropriadamente*, que a morte seja um reflexo do modo como desejamos ter vivido.

Neste contexto temos que a vida que o texto constitucional tenta a todo custo defender, trata-se da vida digna, com qualidade. Em linhas gerais, nem tudo que é tecnicamente possível para o doente é eticamente apropriado, não podendo o enfermo ser cerceado do direito à dignidade diante da obstinação terapêutica que trata o corpo do paciente e esquece sua individualidade.

Sob a visão de Luiz Roberto Barroso (2006):

Há um debate que vai marcar a nossa e as próximas gerações, que é acerca da bioética e do biodireito, os limites da intervenção humana e médica, da engenharia genética dos processos patológicos e na criação humana. Na ortotanásia e na eutanásia, o debate filosófico é sobre a dignidade da pessoa humana e a sacralidade da vida. Quando a filosofia e o direito protegem a vida, é preciso saber: protegem qualquer vida, qualquer qualidade de vida e a qualquer preço? Acho que não. Além de determinado limite de sofrimento, de perda da integridade física, uma pessoa deve ter o direito de escolher entre a vida e a morte. Mas a morte integra um espaço desconhecido, e nunca haverá como superar o tipo de debate filosófico que ela envolve. Sempre que as pessoas estejam diante de uma matéria que envolva o que se denomina desacordo moral razoável, ou seja, quando pensam de modo radicalmente oposto, o papel do Estado e do direito deve ser o de respeitar a autonomia da vontade de cada um.

Assim, as acirradas discussões que giram em torno dos termos “eutanásia, distanásia e ortotanásia”¹ trazem à tona a necessidade de se debater sobre uma nova forma de se aplicar os avanços médicos e tecnológicos, buscando alcançar um ponto de equilíbrio no momento final da vida.

2.3 DIREITO DE MORRER COM DIGNIDADE

A vida e a dignidade são direitos fundamentais previstos constitucionalmente. Ambos se complementam, sendo necessários para o efetivo desenvolvimento humano. Não existe dignidade sem vida, e consequentemente não seria honrosa uma vida em que não houvesse dignidade.

No entanto, ao se analisar o direito à vida implica também abordar a autonomia do indivíduo quanto ao seu precioso último momento. Afinal, teria o homem direito à vida e também sobre o seu fim?

Como já discutido anteriormente, os direitos fundamentais não são intocáveis. É sabido que a vida é um bem básico, porém não absoluto.

Sendo assim, tais normas fundamentais diante de pacientes com enfermidades incuráveis em estado de terminalidade devem ser avaliadas de maneira que a dignidade e integridade do ser humano sejam preservadas.

Nesse viés, Jussara Meirelles e Eduardo Didonet Teixeira (2002, p. 371) explanam:

É possível entender que o acharnement (determinação/obstinação) subverte o direito à vida e, com certeza, fere o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, assim como o próprio direito à vida. Se a condenação do paciente é certa, se a morte é inevitável, está sendo protegida a vida? Não, o que há é postergação da morte com sofrimento e indignidade [...] Se vida e morte são indissociáveis, e sendo esta última um dos mais elevados momentos da vida, não caberá ao ser humano dispor sobre ela, assim como dispõe sobre a sua vida?

A visão da morte digna é um reflexo da autonomia de cada indivíduo. O pluralismo moral, a diversidade de crenças e experiências de vida lapidam o conceito ideal de uma morte digna. A maneira de enfrentar as situações (inclusive a

¹ Termos que serão discutidos no próximo capítulo.

morte) é influência direta do ambiente e comunidade cultural aos quais o homem pertença.

Evidencia-se a importância do respeito à identidade individual que influencia a autonomia de vontade do doente. Respeito esse que deve ser exercido pelos familiares, profissionais da área de saúde, Estado e cidadãos em geral, no confronto com a morte digna sob a visão do paciente.²

Dessa maneira de acordo com Goldim (2004):

Respeitar a autonomia é valorizar a consideração sobre as opiniões e escolhas, evitando, da mesma forma, a obstrução de suas ações, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para outras pessoas. Demonstrar falta de respeito para com um agente autônomo é desconsiderar seus julgamentos, negar ao indivíduo a liberdade de agir com base em seus julgamentos, ou omitir informações necessárias para que possa ser feito um julgamento, quando não há razões convincentes para fazer isto.

No tocante à Bioética, fica claro, portanto, que respeitar a autonomia do paciente é ajudá-lo a decidir de acordo com sua própria visão de dignidade e bem-estar, qual a melhor conduta a seguir sem interferir em suas escolhas.

Assim, o respeito ao desejo do paciente em uma sociedade multicultural onde existe uma infinidade de pensamentos, crenças e costumes gera diversas interpretações acerca da morte e suas concepções.

Diante disso, para se aplicar o conceito de dignidade como uma heteronomia, vislumbra-se uma série de obstáculos. Em sua interpretação existem duas ideias que se opõem entre si e se anulam. De um lado a preservação da vida humana como um bem indispensável, e de outro a não utilização de tratamentos que prolonguem o sofrimento e a vida (sobrevida) de pacientes terminais. Dois lados de uma mesma moeda. (BARROSO; MARTEL, 2010)

Neste sentido, para se ter uma decisão consolidada é imprescindível o esclarecimento do diagnóstico de terminalidade ao paciente. Quando informado pela equipe médica de sua condição terminal, dá-se um novo sentido à vida do enfermo que agora inevitavelmente se aproxima do fim. Abre então a possibilidade de escolha de como o indivíduo passará seus últimos momentos.

² A compreensão da morte digna tem como princípio a autonomia do paciente em estado terminal. Enquanto para alguns a obstinação terapêutica, e o uso de todo meio possível para se prolongar a (sobre)vida é entendida como “lutar até o fim”, para outros ter ao lado seus entes queridos, e não se utilizar de meios invasivos para prolongar sua partida é a forma mais humana de se morrer.

Tem-se que um dos maiores dilemas enfrentados pelos médicos e profissionais de saúde seja o de comunicar aos pacientes a gravidade de sua doença. Familiares e entes queridos creem veementemente que ao ter ciência da sua condição, os pacientes ficarão deprimidos e partirão mais cedo. No entanto, a verdade sobre a doença não antecipa a hora da morte, mas permite que o indivíduo viva verdadeiramente seus momentos finais da forma como achar mais digna.

Paralelo a esse pensamento Ana Claudia Arantes (2016, p. 72) afirma:

Quando dou ao paciente a chance de saber sobre a gravidade de sua condição, essa verdade traz a oportunidade de a pessoa aproveitar o tempo que lhe resta de maneira consciente, assumindo o protagonismo de sua vida, de sua história. Ao poupar alguém da verdade, não estamos necessariamente fazendo o bem àquela pessoa. Não poderemos poupá-la da própria morte. Não poderemos salvá-la daqueles momentos difíceis em que será preciso estar em si mesma. Quando, na proximidade da morte, poupamos um ser humano da consciência de suas urgências, da importância do tempo de estar vivo antes de morrer, não conseguiremos interromper o processo de morrer. Conseguiremos privá-lo de viver.

Neste sentido, o direito de o paciente experimentar uma morte com dignidade se encontra intimamente ligado ao direito de conhecer a verdade sobre si mesmo, ser o árbitro de sua própria vida ainda que esta já esteja em seus momentos finais.

A capacidade de tomar decisões está ligada antes de tudo àquelas que envolvem o próprio paciente. Privá-lo disso é cerceá-lo de sua própria autonomia. Seria legítimo, portanto, diante de uma doença incurável que o médico amparado pela intenção de não lhe causar mais sofrimento, omitisse a verdade sobre seu estado findouro? Caberia a ele ser o juiz que decidiria como seriam os últimos momentos de vida de seu paciente? (GODINHO, 2016).

Segundo Swiderek (2007), o indivíduo em estado terminal raramente desconhece sua situação. Muito embora não tenha inteira ciência de seu mal, seu corpo dá sinais e acaba falando por si só. Diante de tal situação, manter o doente na ignorância nem sempre significa poupá-lo da aflição, mas sim alimentar um estado de dúvida e ansiedade de sua situação.

Diante da terminalidade da vida, a vontade do paciente deve ser na medida de sua razoabilidade respeitada e aplicada na conduta médica. Pelas razões acima já explanadas, tais decisões refletem em como o paciente decide viver seus momentos finais. Uma vez que as atividades terapêuticas não obterão mais êxito no sentido de curar o paciente do seu mal, os critérios para a tomada de decisões

devem levar em conta o respeito à dignidade e liberdade das crenças que envolvem o paciente, e não apenas o protocolo médico a que os profissionais da saúde se apegam, por entenderem que é sua função.

Quando o sofrimento posto ao paciente diante de tratamentos extremos para prolongar sua vida é desproporcional à eficácia em sua melhora, é direito do mesmo não se submeter a tal lástima inutilmente. Para tanto, é legítimo que o doente participe de tal decisão estando devidamente informado de sua situação. Vê-se, portanto, que tal atitude compreende um processo intenso de diálogo, respeito e assistência pautados nos valores inerentes de cada indivíduo.

Nesse contexto, é necessário avaliar o peso dos fatores subjetivos que giram em torno de tal decisão. Pois ao entender que o conhecimento de seu real estado agravaria a condição do paciente, esquece-se de considerar que o potencial maléfico do esclarecimento deve ser contrabalanceado com uma conduta médica humana e individualizada. Nesta perspectiva, a relação médico-paciente deve ultrapassar o contato clínico objetivo, para que as consequências de se saber “a verdade” não sejam aflitivas, mais sim confirmem a possibilidade de o paciente gozar o seu precioso momento de partida de maneira plena e digna.

3 DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS DE EUTANÁSIA, ORTOTANÁSIA E DISTANÁSIA

No enfrentamento das questões que circundam a morte, um dos maiores desafios diz respeito a imprimir ao final da vida, a mesma dignidade garantida ao longo de toda a sua existência. Neste contexto, a questão principal desta discussão emerge sobre o direito de permitir que a autonomia do indivíduo prevaleça sobre a maneira de morrer, sendo esta até mesmo com o auxílio de terceiros.

Sobre o cerne desta questão Maria de Fátima de Sá (2001, p. 59) faz alusão a alguns questionamentos que circundam o tema:

Independente de sua qualidade, a vida humana deve ser sempre preservada? Há de serem empregados todos os recursos biotecnológicos para prolongar um pouco mais a vida de um paciente terminal? Há de serem utilizados processos terapêuticos cujos efeitos são mais nocivos do que os efeitos do mal a curar? É lícito sedar a dor se de tal ato a consequência será o encurtamento da vida? (...)

A resposta para estas questões requer minuciosa análise sobre as condutas que resultam na provocação da morte de alguém. Para tanto, conceituaremos os institutos da eutanásia, ortotanásia e distanásia, identificando neles o real sentido do direito à vida, a aplicação da dignidade no momento da morte e a polêmica que os envolve.

3.1 EUTANÁSIA E O DIREITO BRASILEIRO

Derivado do grego, o termo eutanásia foi criado por Francis Bacon e significa “boa morte” ou “morte apropriada”, representando para o filósofo o meio adequado para tratar as doenças incuráveis (GOLDIM, 2004). Em outras palavras, a intervenção médica quando já não havia mais esperança, fornecia ao doente uma morte pacífica e sem dor.

Diante das várias interpretações que envolvem a eutanásia, fato é que ela está presente na história da humanidade há muito tempo. Segundo Marcelo Ovidio Lopes Guimarães (2012), desde que o homem tomou consciência de sua finitude, a intenção de encurtar o sofrimento do doente incurável e lhe permitir dispor de uma morte menos dolorosa, sempre esteve em debate.

Para Guimarães (2012), a finalidade da eutanásia, por muitas vezes, foi erroneamente interpretada com políticas economicistas que tinham a finalidade não de eliminar a dor e o sofrimento do doente, mas sim de acabar com o ônus que o sujeito moribundo trazia à comunidade. Podendo, desse modo, a prática eutanásica ser confundida erroneamente com as políticas eugênicas que visavam a uma purificação da sociedade.

Na atualidade, é possível classificar a eutanásia em sentido pontual como o “encurtamento da vida de quem, por mais que esteja em situação de intenso sofrimento físico ou psíquico, não morreria em virtude da moléstia de que padeça” (GODINHO, 2016, p. 36).

Sobre o tema, diversas classificações são encontradas, sendo importante discorrer sobre algumas delas como: eutanásia ativa, passiva, direta, indireta ou de duplo efeito, voluntária e não voluntária.

A eutanásia ativa ocorre quando a morte se dá por uma ação comissiva do agente (VILLAS-BÔAS, 2008). Visando ao encurtamento da dor do enfermo, há a participação do médico para propiciar uma morte sem muito sofrimento.

Já a eutanásia passiva se traduz na conduta omissiva do agente que deixa de adotar ações e medidas profissionais que resultariam no prolongamento da vida do paciente (VILLAS-BÔAS, 2008). A omissão da intervenção médica resulta na morte do doente que necessitaria daqueles cuidados para continuar vivendo.

Ademais, Pamplona (2009, p.1), afirma que há além desses um terceiro tipo, que seria a Eutanásia de duplo efeito: “quando a morte é acelerada como uma consequência indireta das ações médicas que são executadas visando o alívio do sofrimento de um paciente terminal”.

Além disso, através do consentimento do paciente também é possível classificar a eutanásia. Vejamos:

Eutanásia voluntária: quando a morte é provocada atendendo a uma vontade do paciente. Eutanásia involuntária: quando a morte é provocada contra a vontade do paciente. Eutanásia não voluntária: quando a morte é provocada sem que o paciente tivesse manifestado sua posição em relação a ela (NEUKAMP *apud* FRANCISCONI; GOLDIM, 1997-2003, texto digital).

Neste sentido, pode-se perceber que apesar das várias modificações que o sentido da expressão vem sofrendo ao longo dos tempos, o ponto cerne da questão

gira em torno da preocupação altruística de afastar o doente que dispõe de enfermidade incurável e penosa, de seu sofrimento postergado.

No entanto, no sistema jurídico brasileiro tem-se que o direito à vida está assegurado em sua total inviolabilidade pelo fato de constituir o alicerce para qualquer prerrogativa jurídica do indivíduo. Sendo assim, por suprir todos os requisitos do tipo penal do artigo 121, §1º do Código Penal, a prática da eutanásia é entendida como sendo crime de homicídio nos seguintes termos:

Art. 121 - Matar alguém.

[...]

§1º - Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço (BRASIL, 1940).

De igual modo, o ato de encurtar a vida de paciente em estado terminal, ainda que a pedido do mesmo seja expressamente vedado no Capítulo V, artigo 41 do Código de Ética Médica (CEM), entende o Conselho Federal de Medicina que apesar de o paciente dispor de autonomia para decidir qual a melhor abordagem terapêutica que se adequa à sua situação, sua vontade não pode prevalecer quando põe em risco sua própria vida.

Assim, mesmo quando praticada por motivação piedosa e ainda sob o consentimento do paciente, a prática da eutanásia não exclui a ilicitude da conduta do agente. O motivo pelo qual o médico escolheu aplicar a eutanásia pode vir a ser motivo de redução de pena, porém, não dispensa a sua tipicidade. Ou seja, a prática da eutanásia, por qualquer motivação que seja, continua configurada como homicídio no Brasil (CESARIN, 2008).

Diante disso, é imprescindível diferenciar a figura da eutanásia de outras práticas semelhantes a ela, como o suicídio assistido, por exemplo. Neste último, tem-se o auxílio material para que alguém provoque sua própria morte. No entanto, o sujeito ativo apenas colaborou com o ato extremo, de modo que a prática final é da própria vítima.

Acerca de tal assunto, Lopes, Lima e Santoro, (2012, p. 65) afirmam:

O suicídio assistido, também conhecido como autoeutanásia ou suicídio eutanásico, é o comportamento em que o próprio indivíduo dá fim a sua vida sem a intervenção direta de terceiro na conduta que o levará à morte,

embora essa outra pessoa, por motivos humanitários, venha a participar prestando assistência moral ou material para a realização do ato

Nesses termos, Evandro Corrêa de Menezes afirma que ainda que a eutanásia se configure como “direito de morrer sem dor”, a mesma não pode ser confundida juridicamente como o verdadeiro direito de morrer, uma vez que “neste o sujeito do direito não pode ser punido, pois que deixa de existir, enquanto que, na eutanásia, ainda quando a pedido da vítima, é o seu autor perfeitamente punível” (1977, p. 26-27).

No mesmo contexto, a eutanásia passiva pode ser classificada como crime de omissão de socorro pelo Código penal. Vejamos:

Art. 135. Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco, à criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparado ou em grave e eminente perigo; ou não pedir, nesses casos socorro da autoridade pública:

Pena – detenção, de um a seis meses, ou multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada da metade, se da omissão resultar lesão corporal de natureza grave, e triplica, se resulta a morte (BRASIL, 1940).

Paralelo à eutanásia se encontra o suicídio assistido; no entanto, os dois não se confundem, uma vez que na eutanásia o médico age ou se omite advindo dessa ação ou omissão a morte do paciente. Já no suicídio assistido a morte é resultado da ação do próprio enfermo, que foi orientado ou auxiliado por esse terceiro (SZKLARWSKY, 2008).

Neste contexto é importante enfatizar que direito a morrer com dignidade e direito à morte não compreendem a mesma situação. O direito de morrer com dignidade está ligado aos preceitos de autonomia de vontade, liberdade e decisão dos pacientes em estado terminal, que esperam a morte de uma maneira natural e humanizada, sem postergar o sofrimento de uma enfermidade incurável.

Por outro lado, entende-se por direito de morrer a intervenção direta do indivíduo ou de terceiros, que agem para provocar este momento respaldados em atos de misericórdia.

Ocorre que, da perspectiva de quem é a favor da eutanásia, o indivíduo tem o direito de determinar quando será ceifada sua vida baseados na concepção de qualidade e dignidade de vida.

Em confronto com esse pensamento Maria Alexandra Ribeiro (2007, p. 441) levanta o seguinte questionamento:

Quem defende a eutanásia e o suicídio assistido não pretende defender, apenas, os interesses dos doentes terminais, cuja vida está condenada a breve prazo; eles vão mais longe. Quem defende a eutanásia fá-lo porque considera que há vidas humanas sem dignidade, nem sentido, nem significado, devido a uma doença séria, incurável, ou ainda devido à dor ou à perda dos elementos pessoais, considerados essenciais para o indivíduo, seja ele doente ou não. Fá-lo porque está a 'medir' a qualidade de vida, como se a existência pessoal pudesse ser avaliada pela sua eficácia ou valor económico (...).

Em análise ao pensamento apresentado, é possível pôr em questão a maneira egocêntrica em que é eleito o conceito de “vida dignamente ideal”. Não seria a dignidade uma condição humana inerente ao indivíduo desde o seu nascimento? Poderia então tal direito ser generalizado sob a ótica de uma sociedade cada vez mais perfeccionista e doente? Teria, pois, a dignidade um padrão a ser seguido? Ou seria ela um preceito que cessa diante dos inevitáveis fatores da vida como o envelhecimento e as doenças?

Para estes questionamentos Adriano Godinho (2016, p. 56) esclarece:

As pessoas são dignas simplesmente porque são pessoas. A dignidade, inerente a todos e para todos, não admite meias-medidas: ou é ou não é. As condições de vida não fazem de algumas pessoas mais ou menos dignas que outras, nem servem como argumento para eliminar vidas. Aliás, a vida de um indivíduo não pode ser instrumentalizada a ponto de ser considerada como um simples meio ou suporte que lhe permita exercer certas funções ou capacidades, isto é, como pressuposto para a realização de outros bens e valores; na verdade, a vida de uma pessoa nada mais é que a pessoa mesma, e o seu organismo, por mais debilitado que esteja, não pode ser separado dela, como se tratasse de um instrumento que pudesse ser apartado dos fins para os quais deveria servir.

Entende-se com isso que a legalização da eutanásia representaria um cenário perigoso, uma vez que resultaria em possíveis abusos sobre o doente disfarçados de gestos piedosos. Pois, como indagou João Paulo II (BASSO, 1993, p. 449) com relação ao aborto: “Abertas as portas da morte, quem poderá fechá-las?”

Assim, em um cenário de debilidade física e psicológica do doente terminal, a saída mais apropriada será a benevolência, auxílio e amparo no sentido de restaurar a autoestima de quem suplica pela morte para cessar dores que certamente vão além das enfermidades físicas.

3.2 DISTANÁSIA: LIMITE ENTRE O POSSÍVEL E O IDEAL

Em séculos passados, diante das mais brandas enfermidades os doentes eram acometidos da morte. No entanto, com o avanço da tecnologia hospitalar, a medicina tem estado cada vez mais preparada para prevenir e combater as mais variadas mazelas que ameaçam a vida dos indivíduos. Neste contexto, com a obstinação cada vez maior dos profissionais da saúde em driblar a chegada da morte, nasceu o termo que é denominado hoje como distanásia.

Segundo Pessini (2004, p. 201) a distanásia configura-se como a “obstinação terapêutica em que a tecnologia médica é usada para prolongar penosa e inutilmente o processo de agonizar e morrer”. Em outras palavras, distanásia significa a utilização de todas as formas de tratamentos terapêuticos para o paciente que é acometido de enfermidade incurável e se encontra em grande sofrimento, como forma de estender a sua vida sem, no entanto, ter certeza da reversibilidade de seu quadro clínico ou eficácia do tratamento (RAMOS, 2003).

Neste sentido, em razão dos inúmeros tratamentos médicos, é completamente possível estender a vida de pacientes que outrora pouco tempo teriam diante do diagnóstico de doenças severas ou e até mesmo incuráveis.

Diante disso, Daniel Serrão (1991, p. 425) salienta:

O êxito espetacular dos médicos na luta contra muitas situações que há bem pouco tempo eram mortais criou nos médicos e no público, ao menos subconscientemente, a noção de que a morte podia ser vencida e que qualquer situação por muito grave que se apresentasse deveria ser tratada intensivamente com o objetivo de impedir a morte. (...) É inteiramente absurdo no doente crônico que atingiu o estado terminal, que deve ter tratamento dos seus sintomas, mas não um intensivismo dirigido a uma cura já seguramente impossível no estado atual da ciência médica.

Pode-se perceber então que a distanásia se vale de um tratamento excessivo em face dos resultados que advêm dele. Entende-se, pois, como tratamento excessivo aquele em que os esforços providos na sua execução não resultam em uma melhora efetiva no quadro clínico do paciente. Ou seja, apesar dos incansáveis esforços terapêuticos, o doente apenas posterga seu inevitável momento final. Assim como afirma Lima (2006) sobre a obstinação terapêutica: “os tratamentos não são fúteis em si, mas fúteis em relação a um objetivo”.

É sabido que a evolução da tecnologia médica tem trazido incalculáveis benefícios à sociedade. No entanto, o que se põe em pauta não é a utilização desses meios, mas sim o abuso deles, que por diversas vezes acabam resultando em sofrimento desnecessário diante de situações em que se questiona a validade da manutenção da vida.

O ser humano no intento de ser Deus usa e abusa da tecnologia na vã tentativa de driblar a morte. Assim, médicos têm se formado para combater enfermidades a qualquer custo, e quando falham no seu intento, esquecem-se da função que também lhes cabe - sendo ela tão ou até mais importante que a cura - que é o auxílio do paciente nessa fase tão difícil. Por isto, como afirma Mota (1999), “encaram o doente mais como uma oportunidade terapêutica ou um desafio clínico e menos como uma pessoa plena de direitos”.

De acordo com Igor Mascarenhas e Caroline Perrusi (2014), não raro é a rejeição da sociedade atual pela figura do cadáver e do doente. De um lado, existe uma perceptível rejeição pelas instituições de saúde, ao passo que do outro têm-se um interesse exacerbado pela violência. O homicídio colérico é espetacularizado, enquanto a morte “natural” passou a ser rejeitada a qualquer preço.

Um dos fatores determinantes para a aplicação dos procedimentos distanásicos consiste indubitavelmente na dificuldade do médico em administrar a morte. O furor e a obsessão pela adoção de medidas terapêuticas excessivas refletem a essência da formação médica, que se empenha cada vez mais em lutar contra o momento findo da vida. Assim, é válido se questionar até que ponto é lícito postergar através de aparelhos e investidas a vida de pacientes terminais?

Para cativar ainda mais a reflexão a tal indagação, analisemos alguns relatos de enfermeiros que enfrentam a realidade da distanásia em ambientes de UTIs:

(...) Porque na uti os pacientes quando são graves eles apodrecem na nossa frente... A pessoa se desfigura... Fica muito infiltrada... Não é mais o pai daquela pessoa, não é mais o filho daquela pessoa... A gente vê todo mundo sofrendo e sendo mantida aquela vida artificialmente.
 (...) Já trabalhei em hospitais que são extremamente invasivos... O que é que acontece... Acho isso desumano... Do meu ponto de vista humano... Acho que a gente tem que entender que existe um fim para a vida... Temos que entender a nossa impotência às vezes diante de determinadas coisas (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010, p. 408-409).

As Unidades de Tratamento intensivo abarcam grande complexidade e dramaticidade. De um lado estão as grandes descobertas científicas, que

materializam verdadeiros milagres médicos, uma vez que salvam vidas e realizam procedimentos que antes eram inviáveis de ocorrer, e, do outro, encontram-se pacientes que através de tais procedimentos, têm seu sofrimento postergado na inútil tentativa de impedir a chegada da morte.

Apesar da evolução das técnicas médicas e avanço da medicina científica, a UTI ainda é reconhecida como a unidade de tratamento em que muitos pacientes morrem. De acordo com Pessini (2016), 30% dos pacientes que se encontram nas UTIs brasileiras são doentes terminais. No entanto, esses mesmos deveriam estar recebendo cuidados paliativos, amparados pela presença familiar e de seus entes queridos.

A tese clássica de que o médico não pode abandonar o tratamento de um doente, pois enquanto houver vida há esperança, perde o sentido quando esse tratamento apenas posterga a agonia do indivíduo.

Para além da capacidade de curar o doente, está a importância do cuidar. Hipócrates, há cerca de 2.500 anos, afirmou que um dos papéis da medicina é "recusar-se a tratar daqueles que foram vencidos pela doença, entendendo que, diante de tais casos, a medicina torna-se impotente" (MORITZ, 2002).

Em consequência dessa discussão, uma das primeiras respostas ao limite da continuidade de tais tratamentos se deu com a definição de morte. Inicialmente a morte era associada a situações em que o indivíduo parava de respirar ou o coração parava de bater.

No entanto, no final da década de 90, com a resolução do CFM n. 1.480/97, foram definidos os protocolos para se chegar ao diagnóstico de morte encefálica. De acordo com o CFM, a irreversibilidade da perda das funções do encéfalo e tronco encefálico, onde se localizam estruturas que são responsáveis pela continuidade dos processos vitais, a exemplo da respiração e pressão arterial, formalizam o diagnóstico da morte encefálica (RODRIGUES; STYCHNICKI; BOCCALON; CEZAR, 2013).

Com os protocolos de diagnóstico de morte encefálica, permitiu-se ter um vislumbre do limite para tais tratamentos, porém, diante da diversidade de quadros clínicos, essa decisão exige a necessidade de uma análise individualizada levando-se em conta primordialmente o estado de cada paciente.

Tendo em vista que se trata de um conceito relativo, e com o intento de identificar as intervenções médicas fúteis, Edmund Pellegrino (2000) relata três critérios que devem ser levados em consideração:

Efetividade: Corresponde a um critério objetivo, que analisa estatisticamente a possibilidade de cada intervenção médica em promover uma alteração positiva na doença ou sintoma.

Benefício: Possui caráter subjetivo e põe em pauta a opinião do próprio paciente em face da sua submissão a determinados tratamentos. Em outras palavras, leva em conta o que o paciente admite como válido ou benéfico para si mesmo.

Ônus: Trata-se de um questionamento global quanto aos custos do tratamento, não apenas economicamente falando, mas também social e emocionalmente. Possui caráter subjetivo e objetivo ao mesmo tempo, uma vez que existe análise médica aliada ao julgamento do paciente.

Assim, a ponderação dos elementos acima explicitados conduzirá a conclusões mais consistentes a respeito da futilidade de alguns tratamentos médicos. Observando-se resultados favoráveis ao bem-estar do paciente, a intervenção é plenamente justificada e aconselhável. Ao passo que quando identificados resultados desfavoráveis, desaconselha-se o seu emprego.

Diante dessa noção, segundo Godinho (2016), é possível afirmar que insistir no emprego de todos os procedimentos médicos que estiverem disponíveis, ainda que se saiba que o seu resultado implicará apenas no sofrimento postergado do doente, é o mesmo que intentar contra sua vida.

Nestas condições, convém prestar assistência ao doente terminal que busca um alívio para sua dor muitas vezes mais psíquica do que física, de tal modo que ele sinta que não está só. Convém enxergá-lo como alguém que necessita de amparo, para que possa encontrar na hora de sua morte a mesma dignidade que lhe foi assegurada em vida. De acordo com Carlos da Silva Lacaz (*apud* AITKEN, 2015, p. 74): “É preciso dar aos que sofrem mais do que a técnica da nossa arte, a nossa força efetiva e o próprio coração, derramando a mãos-cheias o bálsamo da caridade anônima”.

Nesta perspectiva Léo Pessini (2005, p. 45) assegura:

O desafio ético é considerar a questão da dignidade no adeus à vida, para além da dimensão físico-biológica e para além do contexto médico-hospitalar, ampliando o horizonte e integrando a dimensão sociorrelacional. Existe muito o que fazer no sentido de levar a sociedade a compreender que o morrer com dignidade é uma decorrência do viver dignamente e não meramente sobrevivência. Se não se tem condição de vida digna, no fim do processo garantiríamos uma morte digna? Antes de existir um direito à morte humana, há que ressaltar o direito de que a vida possa ter condições de ser conservada, preservada e desabroche plenamente. Chamaríamos a isto direito à saúde. É chocante e até irônico constatar situações em que a mesma sociedade que negou o pão para o ser humano viver lhe oferece a mais alta tecnologia para “bem morrer”.

Neste sentido, a relação médico-paciente deve ser pautada na compreensão da condição do indivíduo, uma vez que a desvalorização do sofrimento contraria completamente o juramento hipocrático, de que é de responsabilidade do médico a assistência ao doente no alívio de suas agonias. Assim, Pinto (1990,) assegura que é dever do médico possuir uma formação humana sob a consequência de a medicina ser reduzida a um tecnicismo desumano.

Implica dizer que é necessário que haja por parte do médico a noção da vulnerabilidade e dignidade do paciente, ao passo que nas decisões terapêuticas o médico não decida enquanto técnico, mas sim na condição de pessoa.

Porém, a problemática que envolve o tema vai além da postura médica. Não raramente os profissionais da área da saúde encontram conflitos entre a vontade do doente e a vontade da família. A dificuldade dos parentes de aceitarem a condição de seus entes queridos resulta no estímulo para que a vida do paciente seja mantida a qualquer custo.

Diante disso, é necessário compreender que no processo da morte cabe ao doente escolher a forma apropriada em que deseja enfrentar tal momento. Segundo Adriano Godinho, George Salomão Leite e Luciana Dadalto (2017), as decisões à respeito da saúde possuem caráter personalíssimo, não podendo ser delegadas a outrem sem que haja a legítima autorização do próprio titular do direito. Assim, na hipótese de, na ausência do testamento vital, a família manifestar a vontade de insistir em técnicas de obstinação terapêutica, ou de manter o ente querido ligado a aparelhos que prolongariam sua existência, deve ser a eles explicitado que tal desejo fere normas éticas e jurídicas.

De acordo com o já supracitado artigo 5º inciso III da Constituição Federal (BRASIL, 1988), “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante”. Assim, para alguns doutrinadores a prática da distanásia fere o

ordenamento jurídico, pois impõe ao paciente procedimentos plenamente dispensáveis, que geram intenso sofrimento ainda que com uma remota chance de cura, ou melhora.

Percebe-se então a importância de entender os limites entre o possível e o aconselhável, buscando pela comunicação entre o doente, a família e os profissionais de saúde com o objetivo de aprimorar a qualidade do tratamento terminal. Como afirma Esslinger (2006, p. 163), “a comunicação entre esses personagens do cenário é o eixo principal da dignidade do processo de morte de cada paciente, pois é essa comunicação que possibilitará compartilhar objetivos e minimizar eventuais discordâncias”.

Confirmando tal pensamento, um estudo feito por Santos e Bassitt (2011, p.42) demonstra que “o posicionamento dos familiares a favor ou contra a ortotanásia foi significativamente associado à participação (ter conhecimento e poder opinar) na decisão de fim de vida”.

Por fim, é importante compreender que no momento da iminência da morte é chegada uma nova etapa da trajetória do indivíduo, em que a vida não deve se resumir apenas à fisiológica, mas deve haver, segundo Pessini (2001), maior preocupação com “a pessoa do doente do que a doença da pessoa”.

Neste domínio, observemos a advertência consignada no parecer do Comitê Europeu da Saúde, publicado em 1981 (SERRÃO, 1991, p. 428):

Lutar, certamente é esse o papel próprio do pessoal da saúde; mas saber renunciar é ainda melhor quando tudo está perdido e o responsável sabe que assim é. Então temos que saber mudar de óptica e tudo será ordenado para uma nova finalidade: não para salvar o que já não pode ser salvo mas para assegurar ao doente, por todos os meios, o fim mais confortável que for possível, dar-lhe uma ajuda permanente, porque há sempre alguma coisa que lhe pode ser feita e que ajuda o moribundo a viver a sua morte.

Assim, a qualidade dos dias que restam ao indivíduo deve ser colocada acima da quantidade, tendo em mente que a medicina representa uma forma de progresso, porém não deve ser entendida como uma oportunidade de prolongar a vida para além do limite do sustentável.

3.3 ORTOTANÁSIA E A NORMATIZAÇÃO BRASILEIRA

Muito se discutiu até então sobre as mais variadas formas de experimentar o momento da morte, mas, o fato é que em todas elas se levanta o mesmo questionamento em comum: Qual a melhor forma de enfrentar a hora da sua chegada?

No que cabe à ortotanásia, a mesma é considerada a maneira mais humanizada de se tratar o doente e seus familiares durante o processo terminal, quando comparada a eutanásia e distanásia. Indica a morte no tempo certo, sem intervenção médica nem para antecipar, ou muito menos adiar. Nela não há diminuição do período de vida, uma vez que este já se encontra no seu fim. De igual modo também não se recorre a medidas terapêuticas que apenas postergariam o sofrimento do doente. O que ocorre é a manutenção dos cuidados básicos (paliativos) com o paciente, para que este consiga achar alívio das dores físicas que a doença ocasiona (VILLAS BÔAS, 2005).

Neste sentido, a ortotanásia significa “deixar ir” no tempo ideal, “quando o organismo efetivamente alcançou um grau de deterioração incontornável” (VILLAS BÔAS, 2005, p. 80).

É sabido que todos os indivíduos têm assegurado constitucionalmente o direito a viver de maneira digna. No entanto, o acometimento de doença terminal pode ceifar tal direito quando na tentativa de garantir a postergação da morte os tratamentos utilizados para tal não cumprem sua finalidade de cura, mas apenas trazem sofrimento ao paciente. Diante disso, a ortotanásia se encaixa como a melhor medida a ser tomada, uma vez que nela o direito à dignidade e a consequente supressão dos sofrimentos são tidos como finalidades primordiais.

Em atenção à postura de não intervenção médica, é recorrente existir a confusão entre a *ortotanásia* e a *eutanásia passiva*. Contudo, tais termos não se igualam uma vez que a eutanásia passiva compreende a supressão de procedimentos que, caso ministrados, preservariam a vida do doente. Já na ortotanásia, evita-se o uso de tratamentos desmedidos, que nenhum benefício faria ao paciente, apenas atrasariam sua morte quando esta hora chegasse (GODINHO, 2016).

Neste sentido, para que a aplicação da ortotanásia ocorra de maneira legítima, deve ser dada atenção aos princípios constitucionais, mais especificamente o da dignidade da pessoa humana, manifestação da liberdade, autonomia de vontade e especialmente o princípio da inviolabilidade da vida.

Ocorre que no Brasil existe uma ausência de legislação específica que trate sobre a licitude ou ilicitude da ortotanásia. Diante disso, é realidade de muitos médicos o temor pela responsabilização penal de tal ato. No entanto, a omissão do médico em executar determinado procedimento que o especialista diagnostica como fútil, não pode ser considerada uma infração legal, pois, segundo Capez (2007, p. 7):

Não basta, portanto, o “não fazer”; é preciso que, no caso concreto, haja uma norma determinando o que deveria ser feito. Essa é a chamada teoria normativa, a adotada pelo Código Penal. O art. 13 § 2º, do CP prevê três hipóteses em que está presente o dever jurídico de agir. Ausente este, não comete o agente crime algum.

Entende-se, portanto, que não configura qualquer contravenção penal a interrupção de tratamento médico, uma vez que tal decisão compreende análise técnica do especialista baseada na individualidade de cada caso concreto. Em outras palavras, não existe uma obrigação legal do médico de prolongar a vida do paciente a qualquer custo. Muito pelo contrário, cabe ao doente exercer seu poder de decisão a respeito da continuação de seu tratamento, uma vez que a escolha de como vivenciar seus momentos finais é decorrência do exercício pleno de sua dignidade (MARCÃO, 2005).

A Resolução 1.805/2006 do Código de Ética Médica brasileiro instituiu, dentre outras disposições, que “é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (CFM-BRASIL, 2006, p. 169).

No entanto, Ministério Público Federal juntamente com a Justiça Federal entenderam que a referida resolução se tratava de normatização do homicídio/morte, sendo portanto suspensa pela Justiça Federal. Diante disso, um novo Código de Ética Médica foi editado em 2009, o qual dispunha de maneira mais discreta sobre a ortotanásia. A redação de seu artigo 41, parágrafo único, afirma que em caso de interrupção do tratamento terapêutico, cabe ao médico aplicar todos os cuidados paliativos que estiverem ao seu alcance para evitar o sofrimento do doente (CFM-BRASIL, 2006).

Assim, é possível notar a ausência de dolo do médico em ceifar o bem jurídico da vida. O que se demonstra na verdade é o enfoque na possibilidade de uma “morte com dignidade”, evitando-se o estímulo de uma conduta distanásica.

Assim, devem ser atendidas as necessidades básicas dos pacientes que estão próximos da morte, a fim de conferir-lhes o máximo de conforto e alívio das dores advindas dos sintomas de suas mazelas.

Em tese, os direitos sobre a liberdade e dignidade humana, dispostos na Constituição Federal, deveriam ser aplicados perante a interpretação do Código Penal, não havendo necessidade de qualquer alteração na legislação. Porém, na prática, o que se tem é uma interpretação de tais normas, aliadas às disposições do Conselho Federal de Medicina.

Certo é que o enfoque do Estado é o de proteção à inviolabilidade da vida, porém, de acordo com Lima (2010, p. 278), “não se pode defender a vida sem dignidade”. Neste ponto, diante da inevitabilidade da morte, o dever do Estado de resguardar a vida dá lugar à preservação da dignidade em seu fim.

Nesta linha de raciocínio, a ortotanásia é considerada por inúmeros autores como um ideal a ser seguido, tanto pelo Direito como pela Medicina. Por isso, em 1987, a World Medical Association, na 39ª Assembleia Mundial realizada na Espanha, mesmo afirmando que a eutanásia constitui uma ação antiética – ainda quando realizada a pedido do enfermo –, não considerou como antiética a atitude de respeitar a vontade do paciente de esperar pelo processo natural de morte se recusando a se submeter a tratamentos que estenderiam a vida do doente inutilmente, uma vez que os cuidados básicos não fossem negligenciados, o que pode ser denominado de “morte correta” (GODINHO, 2017).

Destarte, para que o paciente tenha maior segurança na aplicação da prática da ortotanásia se faz necessária a lavratura do testamento vital, documento pelo qual a imposição de tal medida se torna regularmente aceita.

Também chamado de “testamento biológico”, “testamento de vida” ou “testamento do paciente”, tal documento devidamente assinado pelo interessado, expõe quais os tipos de intervenções terapêuticas devem ser aplicados no caso de o paciente se encontrar em situação que impossibilite a manifestação de sua vontade (GODINHO, 2016). Em suma, o testamento vital consiste em uma disposição de vontade, uma vez que o testamento, de fato, corresponde à sucessão testamentária dos bens e patrimônio do testador.

Neste sentido, Kovacs (2014) assegura que a comunicação entre médico, familiares e paciente é estimulada através das diretivas antecipadas de vontade, uma vez que “essas medidas são propostas para evitar que familiares decidam

contrariamente à vontade do paciente, haja vista que podem não estar preparados para tomar decisões sobre o tratamento ou sua interrupção”.

No Brasil, não há previsão legal para o testamento vital, ainda que não haja disposição contrária que impeça a análise de sua viabilidade e aplicação. Contudo, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução 1.995/12, que fornece ao indivíduo a possibilidade de explicar, na ficha médica ou prontuário, suas declarações de vontade. Embora não haja nenhuma lei regulamentando o documento, entende-se que é necessário que a lavratura ocorra por meio de uma escritura pública ou instrumento particular, sendo o ato revogável ou alterado pelo testador (DADALTO, 2014).

Apesar da omissão legislativa quanto às diretivas antecipadas de vontade, é importante frisar que tendo seu desejo sinalizado acerca do consentimento ou proibição de determinadas abordagens médicas, o paciente não pode ter sua vontade ignorada pelo profissional da saúde.

Assim, segundo Nery Júnior (2009), firmadas as diretivas elas ganham duplo efeito: *vinculativo*, quando o documento passa a ter esse efeito para os profissionais de saúde que a partir de então respondem civil, ética e penalmente em caso de descumprimento; e de eficácia *eximidora* da conduta médica, à qual não pode ser estabelecido crime de omissão tendo em vista a vontade do próprio indivíduo.

Nesse processo, percebe-se o quanto a informação resta importante para assegurar a aplicação da dignidade diante dos paradigmas que circundam o encerramento da vida. O testamento vital ao mesmo tempo em que assegura o médico, resguarda a autonomia do doente que tem o direito à informação para tomar a melhor decisão a respeito de sua condição.

Para Maria Fátima Freire de Sá e Diogo Moureira (2015), é de extrema importância o direito dos pacientes de receber a informação de forma clara, solidária e atenta às dificuldades enfrentadas no fim da vida. Assim sendo, o que possui relevância é o *modus operandi* do fornecimento da informação ao paciente.

A obrigação de manter o paciente informado faz parte do dever de tratá-lo como sujeito (e não como objeto), assegurando, assim, a garantia de seus valores individuais e respeitando sua bibliografia.

O acesso à informação representa, portanto, o desapego ao perfil paternalista o qual a medicina sempre exerceu, havendo a renúncia da opinião do médico como sendo o melhor para o paciente. Com o acesso à informação, o perfil paternalista, ou

seja, “a interferência na liberdade de ação do indivíduo, justificada por razões que se referem exclusivamente ao bem-estar, ao benefício, à felicidade, às necessidades, aos interesses ou valores da pessoa coagida”, é deixado de lado e se assume o perfil da autonomia (DWORKIN, 1972, p. 156).

Portanto, afastada a postura omissiva, permite-se que o médico desempenhe ação de aconselhar o indivíduo (desde que afastada qualquer postura de dolo ou coação) diante do seu quadro, fornecendo informações suficientes para que ele consiga decidir pelo caminho que mais digno lhe pareça, diante de suas crenças, valores e intenções (FORTES, 1998).

Assim, a tão almejada morte digna não se encontra quando o médico decide unilateralmente sobre uma qualidade artificial de vida, mas sim quando se dá ao doente no momento em que a morte o alcança, a oportunidade de, através de um franco diálogo com a equipe médica, estabelecer através de suas próprias escolhas o que lhe parece mais conveniente para a hora de sua partida.

4 ORTOTANÁSIA: A MORTE COMO UMA EXPERIÊNCIA DIGNA

(...) – Minha querida – seu tom era muito irônico –, no dia em que você for médica, vai poder dar mais remédio. Já falei com o médico de plantão e tentei convencê-lo a sedar o paciente. O senhor Antonio precisa morrer logo.

– Morrer? Mas por que ele não pode ter menos dor antes de morrer?

A enfermeira baixou os olhos e sua atenção desapareceu no meio da papelada a sua frente. Percebi que não adiantava mais insistir com ela e fui atrás do professor. Eu o encontrei na sala dos médicos, tomando café com outros professores. Disse a ele que precisava dar analgésico para o paciente antes de continuar o exame, pois ele sentia muita dor. Fui repreendida; afinal, eu já fora informada de que se tratava de um paciente terminal, e não havia nada a fazer por ele. Entendi então o que era morrer de uma doença incurável em um hospital: todo o sofrimento do mundo em uma pessoa só, e todas as vozes terríveis ecoando: “Não há nada a fazer... Não há nada a fazer (ARANTES, 2016, p. 17).

Como muito já se discutiu até então, o uso cada vez maior da tecnologia em todas as áreas da vida, inclusive na ciência, permitiu que a medicina alcançasse grandiosos feitos para a sociedade. Cada vez mais pessoas eram curadas de suas mazelas, e assim o médico foi sendo colocado em um pedestal inviolável.

No entanto, o que os profissionais da saúde não aprendem ao longo dos muitos anos de formação acadêmica é a lidar com a morte. Mas então o que se fazer quando clinicamente não há mais nada que fazer?

Para obter a resposta do questionamento é necessário, pois, ir além dos termos técnicos e jurídicos utilizados até agora, e abrir espaço para uma análise da morte sob uma visão de fé, compaixão e altruísmo.

4.1 ORTOTANÁSIA E CUIDADOS PALIATIVOS

A expressão “cuidados paliativos” é utilizada para definir o trabalho de uma equipe multiprofissional em atenção a pacientes que se encontram sem possibilidades terapêuticas de cura. Derivado do latim *pallium*, o termo “paliativo” significa manto, proteção, ou seja, acolher aqueles que a medicina não mais abraça.

Segundo o Manual dos Cuidados Paliativos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009), a origem de tal expressão é comumente confundida com o termo *hospice*, que representa antigos abrigos que possuíam a função de acolher os viajantes doentes. Tais instituições eram mantidas por religiosos na intenção de exercer a caridade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (INCA, 2021):

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (INCA, 2021).

Neste sentido, pode-se considerar que o tratamento humanizado representa o elo entre a abordagem técnica e o relacionamento que se desenvolve entre familiares, paciente e equipe médica visando garantir “as preocupações psicológicas, sociais e espirituais do ser humano” (PESSINI, 2004, p. 162).

O ponto de partida do trabalho paliativo consiste em ouvir o paciente de forma ativa e empática, permitindo que haja um envolvimento entre a equipe de profissionais e os pacientes, para que se conheça mais profundamente os anseios, medos e preocupações do doente e sua família.

Ainda que cessadas as possibilidades de investidas terapêuticas, não se encerra a atuação do médico que substituirá sua obstinação para obter a cura do paciente, pelo dever ético de confortar e prestar amparo ao mesmo (PESSINI, 2004).

Neste sentido, a prática da medicina paliativa se direciona para abrandar as dores do paciente cercando-o de cuidados e conforto, permitindo o máximo de contato com seus familiares e entes queridos, tendo como finalidade garantir que ele experimente seus últimos momentos de vida com o máximo de dignidade possível.

Nas palavras de Rohe, o cuidado paliativo “significa trabalhar para que as pessoas possam viver os últimos dias de suas vidas cercadas de amor e carinho; significa inculcar em suas mentes que não estão desamparadas nessa fase de transição” (ROHE, 2004, p. 28). Portanto, ao se deparar com um paciente terminal, entende-se que não há medida terapêutica capaz de afastar a iminente chegada de sua morte. Contudo, embora não exista mais o que se fazer pela doença, ainda existe muito a se fazer pelo doente.

A abordagem multidisciplinar dos cuidados paliativos, voltada para a experiência subjetiva do paciente, é reflexo das consideráveis mudanças no modelo de atenção biomédico, em contraste com o denominado “encarniçamento terapêutico” onde a obstinação pela cura ultrapassa os limites do sustentável. Em

outras palavras, se no tratamento das enfermidades a atenção recai sobre a cura, no atendimento em cuidados paliativos o enfoque recai sobre os cuidados do paciente em sua integralidade.

De um modo paradoxal, Rachel Menezes (2004) enxerga os cuidados paliativos como um meio para extinção da atual tratativa médica diante da morte. Para a autora, com a medicina paliativa a concepção da morte como um evento velado e oculto dá lugar a novas representações a respeito da morte, enaltecendo emoções, relações interpessoais e crenças.

Neste contexto, o intento dos cuidados paliativos em garantir um tratamento humanizado vem adquirindo reconhecimento em meio aos profissionais da área da saúde, porém ainda de uma forma um pouco lenta. O que se busca é que essa abordagem seja aplicada a todos e não tratada como uma especialidade, uma vez que é responsável por promover um bem-estar social. A partir disso, almeja-se proporcionar ao paciente e entes queridos a compreensão do quadro clínico da doença, fornecendo suporte na tomada de decisões, bem como auxílio nos conflitos inerentes à sua vontade (BIFULCO, 2016).

De acordo com o ideário paliativista, o local mais apropriado para o doente experimentar a “boa morte” seria a sua própria residência. Em seus momentos finais, é aconselhável que ele se cerque de familiares e entes queridos em um ambiente acolhedor.

Segundo Eleny Vassão (AITKEN, 2015, p. 82), em um hospital a maior dor sentida não é a dor física, mas sim a dor da solidão. “É uma espécie particular de solidão – a perda da segurança de todo o companheirismo humano, da família e amigos. Ficam ausentes, também, todos os sons, aromas e percepções visuais dos nossos ambientes usuais”.

Neste entendimento, o hospital é encarado como um local estranho que traz sentimentos de desconforto, angústia, insegurança e solidão. Em seu momento mais frágil, o paciente é tirado do conforto de seu lar para vivenciar seus momentos finais distante de tudo que lhe era familiar e rotineiro. No lugar do nome o paciente passa a ter um número, e consequentemente ser reconhecido não por quem é, mas sim pela gravidade de sua enfermidade. É afastado de suas atividades, do convívio com família, amigos e tudo que compõe a sua identidade como ser humano.

É uma tarefa difícil a de lidar com as angústias experimentadas na terminalidade da vida. O desgaste emocional, o cansaço, a sensação de impotência

perante a doença, esgotam não só o doente e seus familiares, como também o profissional da saúde, levando-os muitas vezes a se distanciarem do paciente a fim de preservar seu próprio emocional.

Em pensamento análogo a este entendimento pontuou Luciana Armani (*apud* AITKEN, 2015, p. 72):

Estes profissionais são abordados por forte sentimento de impotência quando, ao tratarem de pacientes incuráveis, entram em conflito com uma postura profissional marcada pelo desejo de constante promoção de cura... têm grande dificuldade na comunicação com seus pacientes, na consideração de seus aspectos psicológicos, ou seja, têm consideráveis dificuldades no manejo emocional do paciente que não conta com a possibilidade de cura.

Fica evidente, portanto, que para lidar com a morte é preciso estar preparado e realmente inclinado nessa função. Ao profissional da saúde que acompanha um paciente em seus últimos momentos, cabe um preparo emocional para que consiga vivenciar esse momento de maneira consciente e se debruçar em seu papel de tornar menos doloroso os momentos finais de quem espera pela chegada da morte.

Nestes termos, descartar tratamentos médicos julgados como fúteis, não implica no abandono do paciente. Embora nenhum procedimento médico reverta o quadro do doente, o cuidar sempre é necessário. Porém, a mudança de abordagem que substitui o enfoque na doença, para os cuidados com o paciente não pode ser confundida com omissão terapêutica. A ortotanásia não consiste em provocar a morte através da não aplicação de medidas que retardariam a morte do paciente, mas sim na escolha de medidas que se adequam como mais benéficas para o indivíduo (BLANCO, 1997).

Assim, tratar de maneira correta a dor não significa assumir a existência de uma modalidade “mais branda” ou “suave de eutanásia”, mas, de acordo com José de Oliveira Ascensão (2009, p. 442), é um meio pelo qual se faz cumprir o juramento de Hipócrates que resguarda a vida ao máximo, “mas colocando o homem como justificação última”.

De acordo com Pessini (2004), em um contexto de cuidados paliativos, uma abordagem clínica digna compreende cinco principais referenciais:

A veracidade: Baseia-se no esclarecimento da condição clínica do paciente, para que o mesmo possa decidir qual abordagem lhe parece mais viável de acordo com seu próprio entendimento sobre dignidade;

A proporcionalidade Terapêutica: Compreende a imposição das medidas terapêuticas que se avaliem mais úteis para o paciente, levando-se em conta o custo-benefício envolvido e os possíveis riscos de ordem física, moral, psicológica e fisiológica;

Duplo Efeito: Consiste na permissão do emprego de medidas que por ventura possam abreviar a vida do doente, contanto que se busque o efeito positivo (alívio das dores) e se tolere o efeito mau (morte), havendo razoabilidade no seu emprego a partir da ponderação da aplicação de outras alternativas médicas;

Prevenção: Refere-se à determinação de que as escolhas médicas venham sempre seguidas de hipóteses que não apenas objetivem impedir possíveis complicações clínicas, mas que também visem aconselhar o doente e seus familiares sobre as próximas investidas;

Não abandono: Implica ao médico o dever de cuidar do doente, mesmo quando ele discorda de suas escolhas. Tal preceito compreende a real distinção entre a ortotanásia e eutanásia, uma vez que, na primeira, acompanha-se o paciente até que a morte o encontre em seu tempo certo, ao passo que, na segunda, opta-se pela saída mais simples onde o médico provoca a antecipação da morte do doente;

Diante disso, convém perceber que a aplicação dos cuidados paliativos nada mais é do que o amparo do doente em toda complexidade e individualidade de seu ser. Consiste em sanar ao máximo as dores físicas para que o indivíduo consiga se despedir com consciência e dignidade da vida que viveu.

Acerca do tema Hellegers (*apud* PESSINI, 2004) afirma:

Perto do fim da vida, uma pretensa cura significa simplesmente a troca de uma maneira de morrer por outra... Cada vez mais, nossas tarefas serão de acrescentar vida aos anos a serem vividos e não acrescentar anos à nossa vida... Mais atenção ao doente e menos à cura em si mesma (...). À medida que os ramos da medicina que versam sobre curas dominaram sobre os que se preocupavam mais com o doente, as virtudes judaico-cristãs perderam progressivamente seu interesse (...). Nossos doentes (e velhos) precisarão mais de uma mão caridosa do que um escalpelo prestativo. Não é o momento de pôr de lado esta medicina da atenção, que não exige muita tecnologia. (...) Nossos problemas serão cada vez mais éticos e menos técnicos.

Aos profissionais que abarcam essa complexa missão, é necessário perceber que a dignidade buscada na chegada da morte se encontra nos detalhes. Está no timbre da voz de quem fala com delicadeza. Está no tempo doado a quem acredita não ter mais nenhum tempo. Está no olhar sorridente que traz calma. Está no

respeito às decisões do paciente, ainda que as mesmas não coincidam com o parecer dos especialistas.

Quando diante da iminente chegada da morte, o profissional que não respeita as particularidades que englobam esse momento, e o trata como um simples evento de seu cotidiano, esse permitiu morrer dentro de si aquilo que faria mudar a vida e a morte de outros. Pois, como bem afirmou Cicely Saunders (1991, p. 116), “o sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida”.

4.2 SOFRIMENTO X RELIGIÃO

Os médicos se preocupam em aliviar as dores do corpo, os psicólogos e psiquiatras tratam a psique, mas qual seria o remédio para as amarguras da alma?

Perdão Doralice. Na verdade, eu estava cego. Preocupado com os males do corpo, esqueci seu espírito, mais doente ainda. Como pude descuidar-me das feridas da alma, se naquele dia, quando você se obstinava contra seus pais, traía seu sofrimento? É o eterno engano dos cirurgiões, que palparam tumores e não se lembram de que há um coração oculto vibrando em ânsia, sonhos e sofrimentos.

Você tentou suicidar-se bebendo soda cáustica. Era o que tinha à mão, na modesta cozinha onde sua mãe passava os dias.

Fiquei imaginando quais problemas tão graves a levariam, aos 16 anos, a desistir da vida. Que choques emocionais, conflitos de sentimentos, teriam ferido tão profundamente o cerne de sua própria existência, ainda que tão tênue e indefinida?

Por que você não respondia aos insistentes apelos de sua mãe? Por quê? Procuraria saber, quando não houvesse mais perigo e você estivesse livre das dores físicas. Fosse qual fosse o motivo, não seria tão grave assim. Você, chegando à idade adulta, veria como é banal e sem importância o que parece grave e assustador na juventude.

No momento, precisava salvar-lhe a vida. Você tinha a boca, o esôfago e, certamente, o estômago queimado. Não conseguia engolir, babava. Era preciso fazer outra boca no abdome. Você não teria mais paladar, não conheceria o sabor dos pratos, não poderia beber água quando tivesse sede. Os alimentos seriam jogados diretamente no estômago.

(...) Seis meses internada, quatro vezes operada, 30 radiografias, seis litros de sangue, muito mais do que possuía em seu corpo, dias e noites de cuidados e dedicação de médicos e enfermeiras, era o balanço sumário de sua cura. Apressei-me em dar-lhe alta, satisfeito pelo resultado do enxerto e por vê-la retornar à vida. As minúcias da técnica, as complicações, o funcionamento do novo esôfago, absorviam minha atenção.

Ao despedirmo-nos, pedi que voltasse dentro de três meses para novas radiografias de controle. Você, que tanto sofrera e raramente ria, deu-me o prêmio do sorriso. Agradeceu. Foi embora.

O êxito do caso animava-me a apresentá-lo num próximo congresso médico, como coroação final. Porém, você reservara para si o último ato. Em sua breve existência, na pequena experiência de sua imaturidade, veio ensinar homens velhos e calejados que é inútil reparar no corpo sem lancetar também os abscessos da alma.

Dois dias após haver-nos deixado, recebi chamado urgente para ir ao pronto socorro. Você se suicidara bebendo formicida. Ao afastar o lençol branco que a cobria, admirei-me de vê-la tranquila, quase feliz. Desaparecera aquela tristeza infinita que eu atribuía ao sofrimento físico. Peguei sua mãozinha inerte, passei os dedos por seus cabelos úmidos, por seu rostinho ainda quente, como fizera tantas vezes. Baixei a cabeça e, em profunda tristeza, pedi-lhe perdão (CHAIB, 1971 p. 17).

Certamente após vivenciar o caso de Doralice, o médico Salomão Chaib passou a exercer a medicina sob uma nova ótica. Na urgência pela atenuação das feridas do corpo, é comum aos médicos e profissionais da saúde, que para tal foram treinados, a desatenção para as feridas da alma.

É possível dizer que existe uma fadiga na percepção contemporânea a respeito de uma medicina que se atém apenas a dimensão biológica do ser humano. Tal cenário levou ao surgimento de uma crise da medicina técnico-científica que contribuiu para o surgimento de um novo modelo biopsicossocial e espiritual. (BERTACHINI; PESSINI, 2010)

No que se refere à ortotanásia e cuidados paliativos, muito se discute sobre a importância do alívio das dores e do sofrimento do paciente, para que este consiga gozar com dignidade seus momentos finais. Nesta tratativa, a dimensão espiritual é tida como um ponto chave que é englobada nos meios tratamentos mais humanísticos.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (UNESCO, 2005), explana imediatamente em sua introdução uma perspectiva abrangente do ser humano, onde se abarca a “dimensão espiritual” do homem: “Tendo igualmente presente que a identidade de um indivíduo inclui dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais”.

O principal cenário encontrado em um ambiente hospitalar é a tratativa da dor e do sofrimento como tendo ambos a mesma fonte. Assim, pensa-se que tratando tecnicamente das mazelas físicas, o paciente sentirá alívio de todas suas angústias. No entanto, é importante frisar que apesar de semelhantes são termos que possuem significados distintos. Para combater a dor, faz-se uso de medicamentos analgésicos, ao passo que o sofrimento necessita do fortalecimento do espírito e ressignificação da vida, pois quando a dor não tem explicação, geralmente se transforma em sofrimento (PESSINI, 2016).

Na definição da School of Medicine and Health Sciences, da George Washington University, Washington (EUA) (THE GW..., 2015), em concordância com a Association of American Medical Colleges, a espiritualidade é considerada como “um fator que contribui para a saúde de muita gente”. Presente em quase todas as culturas, o conceito de espiritualidade é percebido “na busca por um sentido último”, onde se encontra atrelado à espiritualidade ou crença em Deus, naturalismo, artes. A junção de todos esses elementos tem influência direta em como os doentes e profissionais encaram a saúde e se relacionam uns com os outros

Não raramente as emoções podem ser relacionadas a distúrbios do sistema imunológico humano. Uma pesquisa realizada nos EUA revela que o suporte espiritual está entre as três maiores necessidades do paciente em estado terminal (PUCHALSKI, 2008).

Semelhantemente, um estudo realizado por Everson e cols. com 2.400 homens de meia-idade, revelou que os pacientes que possuíam maior nível de desesperança tinham duas a três vezes mais probabilidade de ter câncer e doença cardíaca do que aqueles que não possuíam falta de esperança (SAVIOLI, 1996).

Em uma medição dos níveis de interleucina 6 de uma população de mais de 65 anos, Koenig e cols. perceberam níveis baixos em indivíduos que frequentavam a igreja pelo menos uma vez na semana, sugerindo assim o efeito benéfico da prática religiosa. Altos níveis de interleucina 6 associam-se a casos de câncer, infarto de miocárdio, hipertensão, mal de Alzheimer, osteoporose e artrite reumatoide (SAVIOLI, 1996).

Em suma, tais estudos demonstram uma correlação entre as práticas espirituais e as mudanças positivas no organismo humano, revelando que as crenças sociais, religiosas e espirituais podem elevar a capacidade imune do organismo humano, reduzindo ou até mesmo erradicando certas enfermidades.

No prefácio de seu livro *O problema do sofrimento*, C. S. Lewis (1986, p. 4) diz: “(...) quando é preciso suportar a dor, um pouco de coragem ajuda mais do que muito conhecimento, um pouco de simpatia humana tem mais valor do que muita coragem, e a menor expressão do amor de Deus supera tudo”.

Em análise das considerações feitas pelo escritor e teólogo, é possível perceber que a questão do sofrimento é muito mais profunda e abrangente do que a dor física. A dor encontrada na enfermidade é urgente, inquietante e passível de ser acalmada com intervenções médicas. Em contrapartida, o sofrimento que acomete a

alma é silencioso, invisível a exames, e consiste na tratativa mais desafiadora para a ciência, pois não possui um remédio exato para seu alívio.

Na tentativa de melhor compreender o cerne das angústias vividas pelos que experimentam seus momentos finais, façamos uma releitura de alguns pontos da história de Jó, um dos personagens bíblicos mais conhecidos pela sua profunda experiência com o sofrimento.

Muito mais do que a narrativa de uma simples história, o livro de Jó nos traz valiosos ensinamentos de sabedoria. Observando de forma resumida, Jó seria um homem bom, piedoso, que perde todos os seus bens, amigos, família e experimenta uma grande enfermidade. Diante disso, surgem os seguintes questionamentos: “O que este mal significa?” “Por que me sobreveio se eu não o mereço?” “Seria um castigo divino?” As indagações de Jó são por muitas vezes as mesmas experimentadas pelos pacientes em seus momentos finais. Passa-se a se questionar a vida, o que foi feito dela, e aos que creem em Deus, por qual motivo ele permitiu que a enfermidade lhes trouxesse o fim.

No entanto, diante de tantos questionamentos sem resposta, ainda mais doloroso que a dor física da enfermidade era o sentimento de abandono e solidão sentido por ele. Assim como Jó, também são os que padecem de doenças incuráveis. Experimentar o desamparo em seus últimos momentos de vida faz com que o doente se sinta esquecido e sem valor, potencializando ainda mais as suas angústias de alma.

Todavia, o que é possível aprender com a história de Jó? Qual a saída por ele encontrada perante tanto sofrimento? Sobre o tema, Jesus Tavernard Júnior (2002, p. 64) pontua que “o sofrimento por si mesmo não se explica. Ele está aí. E qualquer dia desse ele pode bater à nossa porta”. “(...) lá no fundo do sofrimento está presente o mistério de Deus para nos ajudar e consolar, posto que até o próprio Deus sofre”.

Na história de Jó, apesar de todas as aflições que lhe abateram, ele encontrou alento para o seu sofrimento quando aprendeu a confiar em Deus apesar de todas as suas angústias. Seu livro traz uma demonstração de como lidar com o sofrimento, explicitando a ideia de que ele não se endereça a pessoas “merecedoras” de tais lascívia, mas sim faz parte do curso da vida.

De igual modo, também acontece com os que se encontram em seus momentos finais. Diante de toda a dor e complexidade que envolve o processo de

morrer, a fé ressignifica a vida e também o final dela, uma vez que traz a compreensão de que as tribulações ocorrem para todos, sendo o próprio Jesus Cristo prova indubitável de que até Deus se encontrou com o sofrimento.

Para os que cultivam a fé, é possível achar nela o alívio para as angústias da alma assim como achou Jó, pois como disse Jesus no evangelho de Matheus 11:28: “Vinde a mim, todos os que estais cansados e oprimidos, e eu vos aliviarei”. (BÍBLIA, 2008, p.943)

É possível afirmar portanto, que para se chegar à experiência de uma morte digna, todos os fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo devem ser observados. As variantes de ordem física, psíquica, social e espiritual devem ser consideradas nas suas várias interfaces. A dor e o sofrimento, experimentados por quem se despede da vida, demonstram a pluralidade da condição humana. Sendo o homem um ser uno, não há como tratar o corpo, esquecendo-se da mente.

Neste contexto, a espiritualidade é fator imprescindível no sentido de provocar conforto e esperança para os pacientes. Na perspectiva de cuidados paliativos, para além do alívio da dor, têm-se a necessidade de abrandar os sofrimentos da alma, uma vez que com isso traz-se a preservação da dignidade do indivíduo na integralidade de seu ser, preservando-o ligado a tudo que compõe sua identidade.

Quando o paciente terminal entende que a vida não consiste em um bem a ser privatizado ou a morte um problema a ser resolvido, toma-se consciência de que ela chega para todos.

Assim, os que encontram paz diante da terminalidade compreendem que o momento da partida não invalida a beleza da caminhada, apenas torna mais precioso tudo que foi vivido, pois como sabiamente pontuou Francisco de Quevedo (Martínez; Javier; Peña; 2017): “Feliz serás e sábio terás sido se a morte, quando vier, não te puder tirar senão a vida.”

5 CONCLUSÃO

Sendo o direito à vida uma das mais elementares condições do indivíduo, tal premissa dá suporte a todos os demais direitos inerentes das pessoas, desde o início até o fim da existência humana.

A princípio, a vida pode ser compreendida como um bem indisponível, não havendo como ponderar a ideia de outros intentarem contra ela. Tal interpretação é fundamentada a partir da análise de diversos dispositivos normativos, a saber: Constituição Federal da República, Código Civil e Código Penal.

Nesse contexto, apesar dos valiosos avanços médicos alcançados ao longo dos séculos, o uso indiscriminado da tecnologia a favor da ciência tem resultado na incessante busca pelo retardamento da morte. A obstinação terapêutica se baseia na premissa de que o médico deve fazer tudo que estiver ao seu alcance para salvar determinada vida. Mas diante de tal intento, qual seria a qualidade da vida a ser salva?

Pode-se perceber então que não prospera a ideia do Estado de defender a vida a qualquer custo, ao passo que uma série de princípios são violados a partir do intento de se retardar a chegada da inevitável hora da morte. Entende-se, então, que a vida à qual o ordenamento jurídico se inclina a preservar corresponde à vida digna.

O assunto abordado no presente trabalho engloba a tratativa da ortotanásia como sendo o meio pelo qual se aplica o direito do indivíduo a não se dispor a tratamentos médicos extremos que nada mais trazem do que um sofrimento desnecessário e prolongado para os que esperam pela chegada da morte.

Com o intuito de embasar o pensamento neste sentido, foram analisados em um contexto jurídico, semântico e social os elementos que compõem as figuras da eutanásia, distanásia e ortotanásia, trazendo à tona um debate do que seria de fato considerado como uma morte digna.

Ademais, em uma abordagem sobre alguns dos muitos elementos que compõem o contexto da ortotanásia, foram apreciados diálogos sobre cuidados paliativos e o reflexo positivo da religião sobre o sofrimento em doentes terminais, procurando trazer à análise casos reais de pacientes que padeciam de dores psíquicas mais profundas do que as físicas, demonstrando assim a importância da interdisciplinaridade no atendimento prestado aos pacientes terminais.

Na reflexão sobre uma temática tão abrangente e necessária, intenciona-se ampliar a concepção sobre a finitude, tornando-a uma discussão mais integrada à sociedade, permitindo assim que os indivíduos possam ter uma visão mais clara sobre a vida e o que o seu fim representa.

Os momentos finais da vida deveriam ser tratados com tanta importância quanto os primeiros, uma vez que a busca desmedida pelo retardamento da morte acaba ceifando a singularidade da hora da partida.

6 REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

AITKEN, Eleny Vassão de Paula. **No leito da Enfermidade**. São Paulo: Cultura Cristã, 2015.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

ARCHER, L. Donde veio e para onde vai a Bioética? **Boletim**, Associação dos Advogados de Macau, v. 1, n. 2, p. 8-12, 1996.

ARISTÓTELES. **De anima, books II and III (with passages from book I)**. Translated with introduction and notes by D. W. Hamlyn. Oxford: Clarendon Press, 1993.

ASCENSÃO, José de Oliveira. A terminalidade da vida. *In*: MARTINS-COSTA, Judith; MÖLLER, Letícia Ludwing (org.). **Bioética e responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 423-443.

BARROSO, Luís Roberto. Constitucionalista diz que lei ampara ortotanásia no país. Entrevista. **Folha de São Paulo**, 04 dez. 2006. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0412200613.htm>. Acesso em: 23 maio 2021.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. Dignidade e autonomia individual no final da vida. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, p. 235-274, 10 dez. 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/18530>. Acesso em: 23 abr. 2021.

BASSO, Domingo M. **Nacer y morir com dignidad bioética**. Buenos Aires: Depalma, 1993.

BENTO, Luis Antonio. **Bioética**: desafios éticos no debate contemporâneo. São Paulo: Paulinas, 2008.

BÍBLIA. **Bíblia Sagrada**: Antigo e Novo Testamentos. 45 ed. Tradução: João Ferreira de Almeida, rev. atual. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2008.

BIFULCO, Vera Anita. **Cuidados paliativos**: conversas sobre a vida e a morte na saúde. São Paulo: Manole, 2016.

BLANCO, Luis Guillermo. **Muerte digna**: consideraciones bioético-jurídicas. Buenos Aires: Ad-Hoc, 1997.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940, Seção 1, p. 23911. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 30 jun. 2021.

BUENO, Silveira. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: FTD, 2001.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal**: parte especial. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

CESARIN, Selma Aparecida. Breves considerações sobre eutanásia e ortotanásia e o respeito ao princípio da dignidade no momento da morte. **Anuário da Produção Acadêmica Docente**. Faculdade Editora Nacional – FAENAC, v. XII, n. 2, 2008.

CHAIB, Salomão A. **E agora doutor?** São Paulo: Ilapalma, 1971.

CHALITA, Gabriel Benedito Issaac. **Os dez mandamentos da ética**. São Paulo: Nova Fronteira, 2003.

CFM - BRASIL - Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica**. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289/do1-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042. Acesso em: 05 jul. 2021

CFM-BRASIL - Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 09 de novembro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 nov. 2006, Seção I, p. 169. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm. Acesso em: 03 jul. 2021.

CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. **Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida** (11/CNECV/95). Relator: Daniel Serrão. Lisboa: CNECV, 1995.

DADALTO, Luciana. Distanásia: entre o real e o ideal. *In*: GODINHO, Adriano Marteleto; SALOMÃO, George; DADALTO, Luciana (org.). **Tratado Brasileiro sobre o Direito Fundamental à Morte Digna**. São Paulo: Almedina, 2017. Cap. 8. p. 151-166.

DADALTO, Luciana. **Testamento vital**. São Paulo: Atlas, 2014.

DWORKIN, R. M. **Domínio da vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

DWORKIN, R. Paternalism. **The Monist**, v. 56, n. 1, p. 64-84, 1972.

ESSILINGER, Ingrid. O paciente, a equipe de saúde e os cuidados: de quem é a vida, afinal? *In*: BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2006. p. 149-162.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: Ed. EPU, 1998.

FRATEZI, F. R.; Guterrez, B. A. O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 7, p. 3241-3248, 2011.

GEUSAU, V. **Biologie, ethique e société**: questions et enjeux. Bruxellas: Prospective International, 1979.

GODINHO, Adriano Marteleto. **Eutanásia, Ortotanásia e Diretivas Antecipativas de Vontade**: O Sentido de Viver e Morrer com Dignidade. Curitiba: Juará, 2016.

GODINHO, Adriano Marteleto; LEITE, George Salomão; DADALTO, Luciana. **Tratado Brasileiro sobre Direito Fundamental à Morte Digna**. São Paulo: Almedina, 2017.

GOLDIM, José Roberto. Classificações Históricas de Eutanásia. **Revista Bioética**, UFRGS, 2003. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/eutantip.htm>. Acesso em: 11 jun. 2021.

GOLDIM, José Roberto. **Eutanásia**. Bioética. 22 ago. 2004. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm>. Acesso em: 29 maio 2021.

GOLDIM, José Roberto. Princípio do Duplo Efeito. **Revista Bioética**, UFRGS, 1997. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/duploef.htm>. Acesso em: 16 jun. 2021.

GOLDIM, José Roberto. **Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia**. 14 mar. 2004. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>. Acesso em: 01 maio 2021.

GOZZO, Débora. Diagnóstico pré-implantatário e responsabilidade civil à luz dos Direitos Fundamentais. *In*: MARTINS-COSTA, Judith; MÖLLER, Letícia Ludwig (coord.). **Bioética e responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 391-422.

GUIMARÃES, Marcelo Ovidio Lopes. **Eutanásia**: novas considerações penais. Leme: Mizuno, 2012.

INCA – Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <HTTP://www1.inca.gov.br/conteudoview.asp?ID=474>. Acesso em: 24 jun. 2021.

KANT, Immanuel. **La Metafísica de las Costumbres**. Trad. de Adela Cortina Orts e Jesús Conill Sancho. 3. ed. Madrid: Editorial Tecnos, 1989.

KOVACS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QmChHDv9zRZ7CGwncn4SV9j/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2021.

KÜBLE R-ROSS, E. **On death and dying**. New York: MacMillan, 1969.

LEWIS, C. S. **O problema do sofrimento**. 2. ed. Oxford: Wm. Collins Sons & Co. Ltd., 1986.

LIMA, Cíntia Rosa Pereira de. Aspectos constitucionais relativos ao prolongamento artificial da vida. In: MIGLIORE, Alfredo Domingues Barbosa *et al.* (coord.). **Dignidade da vida humana**. São Paulo: LTr, 2010. p. 271-186.

LIMA, Cristina. Medicina high tech, obstinação terapêutica e distanásia. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**, Lisboa, 13, n. 2, abr./jun. 2006. Disponível em: http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf. Acesso em: 03 jul. 2021.

LOPES, Antonio Carlos; LIMA, Carolina Alves de Souza; SANTORO, Luciano de Freitas. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia**: aspectos médicos e jurídicos. São Paulo: Atheneu, 2012.

MARCÃO, Renato Flávio. **Eutanásia e ortotanásia no Anteprojeto do Código Penal brasileiro**. Âmbito Jurídico. 2005. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=633. Acesso em: 10 jun. 2021.

Martínez-Pinna, Javier; Peña, Diego (2017). "**Francisco de Quevedo. Su obra más polémica**". Revista Clío Historia : 88–91.

MASCARENHAS, I. L.; PERRUSI, C. H. L. P. . **A DIGNIDADE COMO PARÂMETRO PARA DEFINIÇÃO DA TERMINALIDADE DA VIDA**. In: Wladimir Alcibíades Marinho Falcão Cunha; Glauber Salomão Leite; Marcos Augusto de Albuquerque Ehrhardt Junior. (Org.). DIREITO CIVIL ? CONSTITUCIONAL II: XXIII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI. 1ed.Florianópolis: CONPEDI, 2014, v. , p. 188-204

MEIRELLES, Jussara; TEIXEIRA, Eduardo Didonet. Consentimento livre, dignidade e saúde pública: o paciente hipossuficiente. In: RAMOS, Carmem Lúcia Nogueira *et al.* (org.). **Diálogos sobre direito civil**: construindo uma racionalidade contemporânea. Rio de Janeiro: Renovar, 2002. p. 347-77.

MENEZES, Evandro Corrêa de. **Direito de Matar**: Eutanásia. 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos, 1977.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em Busca da Boa Morte**: Antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Ed. Melhoramentos, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/vida>. Acesso em: 01 abr. 2021.

MOLD, Cristian Fetter. **Apontamentos sobre a lei andaluza de direitos e garantias da dignidade da pessoa durante o processo de morte**. 31 maio 2010. Disponível em: <https://arpen-sp.jusbrasil.com.br/noticias/2213727/artigo-apontamentos-sobre-a-lei-andaluza-de-direitos-e-garantias-da-dignidade-da-pessoa-durante-o-processo-de-morte-por-cristian-fetter-mold>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MORITZ, R. D. **O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante da morte**. 2002. Tese (Engenharia da Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MOTA, Joaquim Antônio César. Quando um tratamento se torna fútil? **Bioética**, n. 7 v. 1, p. 35-39, 1999.

NERY JÚNIOR, Nelson. **Escolha esclarecida de tratamento médico por pacientes Testemunhas de Jeová como exercício harmônico de direitos fundamentais**. Parecer divulgado pela Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová. São Paulo, 22 set. 2009.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Convenção Americana sobre Direitos Humanos. "Pacto de San José da Costa Rica". In: CONFERÊNCIA ESPECIALIZADA INTERAMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS, San José, Costa Rica, 22 nov. 1969. **Anais...** San José: Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 1969. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 15 maio 2021.

PAMPLONA, Sheyla Sampaio. **Eutanásia: Ato de Generosidade ou Crime?** Disponível em: <http://www.juspodivm.com.br/novo/arquivos/artigos/outros/sheyla-pamplona-eutanasia.pdf>. Acesso em: 09 maio 2021.

PELLEGRINO, Edmund D. **Decision at the end of life: the use and abuse of the concept of futility**. (2000). Disponível em: <http://uffl.org/vol10/pellegrino10.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2021.

PESSINI, Leo. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Bioética**, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 54-63, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/TZNdxQ5McVJDSTBr7yWvTMS/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24 jun. 2021.

PESSINI, Léo. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Loyola, 2001.

PESSINI, Léo. **Eutanásia: Por que abreviar a vida?** São Paulo-SP: Editora do Centro Universitário São Camilo Loyola, 2004. (Coleção Bioética em perspectiva).

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

PINTO, José Rui da Costa. **Questões actuais de ética médica**. 3. ed. Braga: Editorial, 1990.

PUCHALSKI, C. M. Spiritual issues as an essential element of quality palliative care: a commentary. **J Clin Ethics**, v. 19, n. 2, p. 160-2, 2008.

RAMOS, Augusto César. **Eutanásia: aspectos éticos e jurídicos da morte**. Florianópolis: OAB/SC Editora, 2003.

RIBEIRO, Maria Alexandra. Eutanásia: algumas reflexões. **Brotérica**, v. 164, n. 5/6, Lisboa, p. 443-448, maio/jun. 2007.

ROBERT, Jacques. **Libertes Publiques**. 3. ed. Paris: Éditions Montchrestien, 1982. (Collection Univesité Nouvelle).

RODRIGUES, Carlos Frederico Almeida; STYCHNICKI, Adriano Seikiti; BOCCALON, Bernardo; CEZAR, Guilherme da Silva. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. **Bioethikos**, [s.l.], p. 271-281, 14 ago. 2013. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/105/1811.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2021.

ROHE, Anderson. **O paciente terminal e o direito de morrer**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015. p. 77-80.

SANTANA, Júlio César Batista; RIGUEIRA, Ana Cláudia de Melo; DUTRA, Bianca Santana. Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção dos enfermeiros. **Bioethikos**, [s.l.], p. 402-411, 27 set. 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_402-411_.pdf. Acesso em: 18 jun. 2021.

SANTO, André Mendes Espírito. **Ortotanásia e o Direito à Vida digna**. 2009. 170 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. Cap. 1. Disponível em: <http://dominiopublico.mec.gov.br/download/teste/arqs/cp086624.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SANTOS, Maria Fernanda Gonçalves dos; BASSIT, Débora Pastore. Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia. **Bras Ter Intensiva**, São Paulo, p. 448-454, 28 nov. 2011. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/7541/material/D ECIS%C3%95ES%20NO%20FINAL%20DE%20VIDA%202.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais:** na constituição federal de 1988. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2006.

SAUNDERS C. **Hospice and palliative care:** an interdisciplinary approach. London: Edward Arnold, 1991.

SAVIOLI, Roque Marcos. **Fronteiras da Ciência e da fé.** São Paulo: Gaia, 1996.

SERRÃO, Daniel. Bioética. Perspectiva médica. **Revista da Ordem dos Advogados**, ano 51, p. 419-428, jul. 1991.

SWIDEREK, Laura. **EM BUSCA DA MORTE DIGNA::** uma análise jurídico penal. 2007. 166 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Programa de Pós Graduação em Ciências Criminais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://www.dominipublico.gov.br/download/teste/arqs/cp029716.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2021.

SZKLARWSKY, Leon Frejda. **A eutanásia no código penal vigente.** Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/3330/a-eutanasia-no-brasil>. Acesso em: 18 jun. 2008.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional.** 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2003.

TAVERNARD JÚNIOR, Jesus. O problema do mal e do sofrimento no livro de Jó. **Caminhando**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 50-67, 2002. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/Caminhando/article/view/1473>. Acesso em: 22 jun. 2021.

THE GW Institute for Spirituality and Health. Spirituality: a clinical definition. **The School of Medicine & Health Sciences** [portal]. [s.d.]. Disponível em: <https://smhs.gwu.edu/spirituality-health/about-gwish>. Acesso em: 03 jul. 2021.

VILLAS BÔAS, Maria Elisa. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 61-83, 2008.

VILLAS BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial:** aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida. Rio de Janeiro: Forense, 2005.