

## O DIREITO À BOA MORTE COMO SUBSTRATO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

### *THE RIGHT TO GOOD DEATH AS A SUBSTRATE OF THE DIGNITY OF THE HUMAN PERSON*

Artigo recebido em 06/08/2020

Revisado em 24/09/2020

Aceito para publicação em 21/10/2020

#### **Cleber Affonso Angeluci**

Doutor em Educação (UFMT). Mestre em Direito (UNIVEM)

Especialista em Direito Empresarial (TOLEDO).

Docente do curso de Direito

#### **Alysson Oliveira Moreira**

Graduado em Direito – UFMS. Membro do Grupo de Pesquisa

Direito Civil Emergente - CNPq/UFMS

Mestrando em Direito - UEL

**RESUMO:** A morte é um dos assuntos que provocam a humanidade desde tempos imemoriais, sendo necessário descortinar os momentos finais de existência, especialmente quando os avanços biomédicos impõem novas posturas no prolongamento da vida. Busca-se compreender o direito a uma morte digna ou boa morte, estabelecendo subsídios constitucionais e filosóficos para sustentar o direito à autonomia de cada paciente em decidir os rumos que seu processo vital tomará e como se encerrará. Adverte que não se pretende a defesa da antecipação da morte, com a eutanásia, apenas chamar atenção para o necessário debate sobre os momentos finais de existência, lançando mãos de instrumentos aptos a permitir um desfecho com dignidade, defendendo-se os cuidados paliativos e a ortotanásia como suficientes para esse mister. O estudo foi construído segundo o método hipotético-dedutivo, sendo instrumentalizado por revisão bibliográfica sobre o tema.

**PALAVRAS-CHAVE:** Direitos fundamentais. Dignidade da Pessoa Humana. Autonomia. Morte digna.

**ABSTRACT:** Death is one of the subjects that provoke humanity since immemorial times and it is necessary to unveil the final moments of existence, especially when biomedical advances impose new attitudes in the prolongation of life. It seeks to understand the right to a dignified death or good death, establishing constitutional and philosophical subsidies to support the right to autonomy for each patient in deciding the directions that their vital process will take and how it will end. It is warned that it is not intended to defend the

anticipation of death, with euthanasia, only to draw attention to the necessary debate on the final moments of existence, using instruments capable of allowing an outcome with dignity, defending palliative care and orthothanasia as sufficient for this task. The study was constructed according to the hypothetical-deductive method, and it was instrumentalized by a bibliographic review on the theme.

**KEY-WORDS:** Fundamental Rights. Dignity of human person. Autonomy. Worthy Death.

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 consagrou no “caput” do art. 5º o direito fundamental à vida, sendo o bem jurídico de maior valor para nosso ordenamento. Em uma leitura conjunta com o art. 1º, III, que traz como fundamento da República a Dignidade da Pessoa Humana e, em contraste com um pensamento filosófico, tem-se uma discussão acerca de um direito fundamental à morte digna ou boa morte, que serão tratadas como sinônimos. O substrato filosófico da dignidade da pessoa embasa-se em Kant, ao tratar ele o homem como um fim em si mesmo e dotado de capacidade de se autodeterminar, de acordo com suas próprias leis e vontades.

Os questionamentos sobre a morte, dentro da dignidade humana, se associam a não instrumentalização e o respeito a vontade de pacientes terminais ao não se submeter a tratamentos cruéis ou que vão de encontro com as suas escolhas de vida. Nesse contexto, surgem como meios alternativos a ortotanásia – a morte em seu tempo natural, sem abreviá-la ou prolongá-la, associada aos cuidados paliativos, que visam um morrer sem dor e tranquilo.

Busca-se aqui, portanto, a partir de um diálogo acerca do que se tem publicado sobre o tema, estabelecer um consenso entre a dignidade de viver e, por consequência, de morrer conforme se deseja, não violando a autonomia decisória da pessoa, como aplicação prática do imperativo categórico como substrato do princípio da dignidade da pessoa humana e, com o ordenamento jurídico, não implicando um dever à vida, mas sim um início, desenvolvimento e fim do ciclo vital digno.

Dado o espaço necessário para a discussão do tema, restringe-se, portanto, às questões existenciais de fim de vida sem, entretanto, ingressar no tema mais sinuoso da eutanásia, consistente no processo de antecipação da morte que é vedado pelo ordenamento jurídico brasileiro e causa de insondáveis discussões que extrapolam, sobremaneira, o espaço e o objetivo da presente pesquisa.

## 1 A INTERSEÇÃO JUSFILOSÓFICA NA CONSTRUÇÃO DE UMA DIGNIDADE NO FINAL DE VIDA

Tomado como ponto de partida jurídica o disposto na Lei Fundamental, no *caput* do art. 5º, ao tutelar a vida como direito fundamental, com uma interpretação jusfilosófica, far-se-ão considerações acerca da construção de uma ideia de morte digna ou boa morte. O legislador constituinte deixou claro o posicionamento ao utilizar a expressão “vida digna” na contrariedade de abreviação da vida ou na escolha por morrer de forma digna, não se submetendo a tratamentos que considerem os pacientes terminais como cruéis ou contrariem suas escolhas de vida.

José Afonso da Silva, ao comentar o direito fundamental à vida, assevera que, embora se tenha tentado, escolheu-se não utilizar a expressão “direito a uma existência digna”, alargando o amparo a ideais filosóficos e morais, para possibilitar abertura e proteção constitucional para procedimentos como a eutanásia ou o suicídio assistido a pacientes que estivessem sobrevivendo artificialmente, o que traria riscos de eugenia (SILVA, 2017, p. 201).

Porém, com a evolução da medicina e da efetividade de tratamentos médicos, aliadas à tecnologia, tem-se prolongado a existência humana, criando quase um dever à vida, pela vedação constitucional a procedimentos médicos que visam, por escolha do paciente, quando ainda em capacidade de consentimento válido, a não se submeter a esses tratamentos ou a optar por cuidados paliativos, para perecer em tempo adequado e sem sofrimento.

Em sentido mais amplo e caminhando para um fundamento filosófico, de dignidade e existência digna, a vida não se limita ao funcionamento biológico e a matéria em si, num mero existir no mundo do ser, mas também está ligada a um viés moral e intelectual. José Afonso da Silva apregoa que

Vida, no texto constitucional (art. 5º, *caput*), não será considerada apenas no seu sentido biológico, de incessante atividade funcional, peculiar a matéria orgânica, mas na sua acepção biográfica mais compreensiva. Sua riqueza significativa é de difícil apreensão porque é algo dinâmico, que se transforma incessantemente sem perder sua própria identidade. É mais um processo (processo vital), que se instaura com a concepção (ou germinação vegetal), transforma-se, progride, mantendo sua identidade, até que muda de qualidade, deixando, então, de ser vida para ser morte. Tudo que interfere em prejuízo deste fluir espontâneo e incessante contraria a vida. [...] Integra-se de elementos materiais (físicos e psíquicos) e imateriais (espirituais) (SILVA, 2017, p. 200-201).

Nessa linha, pensar a vida com dignidade, pressupõe todo o processo dinâmico do existir que incide, inclusive, nos momentos derradeiros, ainda que a tecnologia das ciências

biomédicas possa prolongar sobremaneira esse estado, que pode ser penoso, permitindo à pessoa, opções para a manutenção de sua vida com dignidade.

Dessa forma, uma construção do conceito de vida e também de uma existência digna corrobora na defesa pela opção de uma morte digna e tranquila, segundo as concepções e a autonomia individual do paciente, não só no sentido estritamente físico, mas também em seu sentido mais amplo, abrangendo o ser psíquico e espiritual, que se projeta e se concretiza no mundo de acordo com sua filosofia e suas crenças, ou seja, na sua experiência vivida.

A concessão de uma boa morte segundo as concepções pessoais do paciente, sem interferências para alongá-la ou impô-la, é uma forma de encerramento do processo vital dignificando toda a construção feita até o derradeiro momento.

Bernardo Gonçalves Fernandes explica que a autonomia existencial se funda no direito de cada pessoa deliberar acerca dos aspectos fundamentais e essenciais da sua vida e do seu ser no mundo, desde que não constituam práticas ilícitas ou afetem negativamente os direitos e liberdades das outras pessoas enquanto sujeito autônomo. Essa liberdade sedimenta a autonomia existencial, sendo meio de garantia e que possibilita a eleição dos mais variados projetos de vida, das compreensões do que seja vida e existência digna por cada cidadão imerso no pluralismo cultural da sociedade contemporânea (FERNANDES, 2016, p. 309).

Maria Celina Bodin de Moraes, esclarecendo os conceitos de imperativo categórico e decisão autônoma, de Immanuel Kant, afirma que

Compõe o imperativo categórico a exigência de que o ser humano jamais seja visto, ou usado, como um meio para atingir outras finalidades, mas sempre seja considerado como um fim em si mesmo. Isto significa que todas as normas decorrentes da vontade legisladora dos homens precisam ter como finalidade o homem, a espécie humana enquanto tal. O imperativo categórico orienta-se, então, pelo valor básico, absoluto, universal e incondicional da dignidade humana. É esta dignidade que inspira a regra ética maior: o respeito pelo outro. De acordo com Kant, no mundo social existem duas categorias de valores: o preço (*preis*) e a dignidade (*Würden*). Enquanto o preço representa um valor exterior (de mercado) e manifesta interesses particulares, a dignidade representa um valor interior (moral) e é de interesse geral. As coisas têm preço; as pessoas, dignidade (BODIN DE MORAES, 2006, p. 115).

O conceito de decisão autônoma na matriz kantiana tem como pressuposto a deliberação importante para o processo vital segundo a concepção racional de cada indivíduo. Portanto, deve-se levar em consideração no momento da tomada de decisão, a capacidade de consentimento válido do paciente, de forma que a convicção seja formada pela razão e livre de influência sentimental e emocional (BARROSO, MARTEL, 2010, p. 252-256).

A concessão do direito de se autodeterminar, em respeito à dignidade e a posição tomada pelo indivíduo, se mostra fundamental, portanto, para um ciclo vital devidamente

amparado na dignidade. Para isso, se sobressai a ortotanásia, que consiste em uma não interferência no processo vital do paciente, nem o abreviando, muito menos alongando-o, mas sim deixando que o perecer ocorra em seu tempo adequado e natural, associado aos cuidados paliativos, que visam reduzir os sofrimentos decorrentes do processo de morrer (BARROSO, MARTEL, 2010).

Ainda nessa seara, Zygmunt Bauman reflete acerca da população considerada inválida, ‘sobressalente’, aquela população que se encontra no auge de suas vidas, ‘econômica e vital’ (BAUMAN, 2005), impondo, dentro do contexto da morte digna, o questionamento da possibilidade desses pacientes em processo de morte que optariam pela ortotanásia ou pelo seu conceito de morte, tornarem-se sobressalentes, segundo uma visão da sociedade geral, portanto, tornando-os reféns da tecnologia médica e condenados a viver, não em um processo de prolongamento da vida, mas sim de afastamento da morte.

Dentro desse raciocínio, assevera o sociólogo polonês que “sempre há um número demasiado deles. ‘Eles’ são os sujeitos dos quais devia haver menos – ou melhor ainda, nenhum. E nunca há um número suficiente de nós. ‘Nós’ são as pessoas das quais devia haver mais” (BAUMAN, 2005, p. 47).

As reflexões acerca da morte e dos momentos finais são sempre relegadas a um segundo plano, seja por medo ou desconforto, o tema não é discutido à luz dos debates corriqueiros, muito embora seja a única certeza da existência humana: sua terminalidade ou finitude. Isso gera uma série de insondáveis consequências, afinal os avanços biotecnológicos ocorrem em proporção geométrica e são surpreendentes as possibilidades de tratamentos, procedimentos, medicamentos para a fase final da vida, restando indagar qual o seu custo à dignidade humana e à autonomia do paciente.

## **2 OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS DE FIM DE VIDA E A LIBERDADE DE ESCOLHA INDIVIDUAL**

Os momentos finais da vida trazem controvérsias entre a ética médica, o direito e a dignidade humana, ao passo que os médicos algumas vezes se veem em uma situação de obrigação à continuidade do tratamento e da utilização de tecnologias médicas, praticamente em um processo de obstinação terapêutica, em detrimento de um último ato de vontade do paciente em optar por procedimentos médicos com cuidados paliativos, a não oferta de suporte vital ou até o cumprimento de uma ordem de não ressuscitação, emitida e consubstanciada numa diretiva antecipada de vontade.

É possível constatar, portanto, uma crise que permeia a sociedade contemporânea que extrapola o direito, afligindo também a medicina e a medicalização da vida; há a constatação de que todos esses avanços permitem um prolongamento da vida, que, entretanto, cobra seu preço, e que representa uma interrogação acerca de sua efetividade, pois o custo, considerado aqui em sua totalidade e não apenas monetário, é muito alto, em especial no tocante à dignidade humana (ANGELUCI, 2019, p. 46).

Isso é, de certa forma compreensível, vez que o estudo da Medicina envolve a busca do bem-estar e a cura das doenças em geral, vinculados que estão esses profissionais ao Juramento de Hipócrates, imbuídos na busca constante pela cura da doença.

Por outro lado, o choque ético decorre da necessidade de tomada de decisões pelo profissional da saúde que importarão diretamente na qualidade de vida psicológica, física, social e familiar do paciente com uma doença crônica ou terminal, da possível eficácia do tratamento, investimento ou não no tratamento, de acordo com estado de reversibilidade do quadro, colocados, muitas vezes, frente à autonomia do paciente a respeito de um viver e morrer digno.

Mostra-se necessário uma breve definição dos procedimentos médicos que podem ser tomados no fim da vida com o intuito de dignificar a morte antes de prosseguir-se com os desdobramentos éticos das decisões terapêuticas tomadas, fazendo-se aqui a advertência que não se defende no presente estudo, medidas que correspondam à antecipação da morte, a chamada eutanásia, dado o espaço e o objetivo a que se propõem: os limites impostos à autonomia e à dignidade nos momentos finais da vida, com potencial para evitar que ela siga o seu curso natural, sem, entretanto, buscar sua abreviação.

Acerca dos momentos finais de vida, nos limites ora traçados, um primeiro conceito diz respeito à distanásia, consistindo no tratamento médico que visa prolongar a vida o máximo possível, com o emprego de toda tecnologia biomédica disponível, ainda que seja fonte de sofrimento e dor para o paciente, praticamente num processo de retardamento da morte (BARROSO; MARTEL. 2010, p. 239), anota-se que o avanço tecnológico produz uma série de infundáveis possibilidades de ‘manutenção’ da vida.

Intimamente ligado a esse conceito, encontram-se o de obstinação terapêutica ou medicina fútil, consistentes na insistência médica de tratamentos cujo objetivo seja postergar a morte a qualquer custo e de todas as formas, como se fosse possível evitar a marcha da vida em direção ao seu ocaso e, o emprego de técnicas que não culminarão na cura da doença, mas apenas afastam a incidência da morte, ainda que a custos de dor, sacrifício e efeitos colaterais drásticos ao paciente.

Esses comportamentos são combatidos por um ideal de vida e morte digna, pois apenas prolongam a dor e o sofrimento dos pacientes, constituindo, segundo a literatura médica, o ponto nevrálgico da “obstinação terapêutica”, consubstanciando a “distanásia”, com potencial para transformar o fim de vida em uma tormenta, condenando o paciente a ser prisioneiro inevitável de aparelhagens médicas e técnicas e uma vida praticamente virtual, dolorosa e naufragando em sofrimentos (PESSINI, 2016, p. 55).

Nesse ínterim, um contexto médico-hospitalar de tratamentos e cuidados intensivos, na antessala da morte, pode trazer àquele ser humano que ali se encontra a esperança de uma recuperação “milagrosa”, difícil de ser alcançada, conjugada com a angústia profunda da condição humana de fim de vida estão caminhando lado a lado (PESSINI, 2016, p. 55), situação que é diametralmente oposta à conceituação de dignidade e de vida digna aqui construídos, guardando íntima relação entre o viver com dignidade e o morrer, na mesma linha, com dignidade e respeito.

A não oferta de suporte vital ou retirada de suporte vital e as ordens de não ressuscitação (não reanimação) fazem parte de um mesmo grupo de procedimentos médicos adotados no fim da vida com fulcro na limitação consentida de tratamento. A não oferta de suporte vital ocorre quando pacientes terminais, cuja continuidade de suas vidas dependem do uso de mecanismos artificiais e, mediante diretiva antecipada de vontade ou termo de consentimento livre e esclarecido, optam pela não utilização desses mecanismos desde o início do tratamento, enquanto a retirada de suporte vital consiste na suspensão de procedimento já iniciado (BARROSO; MARTEL. 2010, p. 241).

Por sua vez, a ordem de não ressuscitação ou não reanimação é definida pelo comando de não se iniciar procedimentos de reanimação em pacientes que tenham sido fulminados por mal incurável e que praticamente não existam chances de reversibilidade do quadro clínico (BARROSO; MARTEL. 2010, p. 241).

Os procedimentos enquadrados no grupo da limitação consentida de tratamento visam, em última análise, o respeito à autodeterminação da pessoa enquanto ser dotado de dignidade, pautados ainda no direito fundamental de liberdade e da não imposição de um dever de viver, que instrumentalizaria a vida e a reduziria a mera existência biológica de sinais vitais. Ao final, deve-se indagar: há um direito à vida ou um dever à vida? Sempre pautada, a indagação, na dignidade humana.

A condução da limitação consentida de tratamento sempre em direção à vontade última do paciente decorre da construção do conceito de dignidade da pessoa humana e de vida digna segundo a autonomia pessoal, nos imperativos kantianos e na exigência máxima de

não instrumentalização do ser humano e num espectro maior da própria vida. Esse espectro maior deve ser entendido como a compreensão subjetiva que o indivíduo guarda consigo no seu íntimo, acerca do significado da própria vida para ele, sobre a sua realização pessoal, sobre a sua posição como ser no mundo e a sua contribuição enquanto pessoa agente e capaz de transformar o mundo enquanto vive e, em última análise, como se ele materializasse em si um imperativo categórico e consubstanciasse na própria vivência seus ideais e seus objetivos, até mesmo acerca do seu processo de passagem ao final de vida.

O procedimento crucial a ser definido se trata da ortotanásia aliada aos cuidados paliativos, que se mostram adequados ao respeito da dignidade humana e da autonomia do paciente, bem como de uma boa morte conciliada à ética médica.

A ortotanásia consiste no morrer ao seu tempo, de forma natural, em um aceitar da morte e torná-la de fato, humana (BARROSO; MARTEL. 2010). Deve ser aliada à medicina dos cuidados paliativos para que o processo se torne indolor e proporcione conforto e qualidade de vida para os pacientes, porque a dor e o sofrimento são companheiros fiéis da humanidade, acompanhando-a desde tempos imemoriais, porém, hodiernamente essa companhia pode ser amenizada em razão da atuação dos profissionais da saúde e o seu alívio constitui responsabilidade e competência ética fundamental dessa classe (PESSINI. 2016, p. 57).

A ação dos médicos, enfermeiros e de todos aqueles que têm, por ofício, a saúde e o bem-estar do próximo, ao tomarem como conduta os cuidados paliativos constituem um indicador essencial na qualidade do cuidado da dor e na assistência integral, compreendendo aqui aspectos físicos e existenciais do paciente (PESSINI. 2016, p. 57).

Ainda, a ortotanásia permite um certo conforto psicológico à pessoa na marcha da vida, pois aceita o destino de todos à morte, assim como o seu e, a continuidade da existência do mundo quando partir, poderá refletir acerca das impressões que se pretende nele deixar e as experiências que nesses últimos momentos terá. A possibilidade “de redefinir o mundo que está para deixar” (PESSINI. 2016, p. 58) concede uma oportunidade de amenizar o sentimento de dor psicológica causada tanto na dimensão familiar, quanto na dimensão social porque



É a dor do isolamento, que surge quando a pessoa que está para morrer percebe que deixará de viver, mas o mundo tal como conhece continuará existindo. É o sofrimento de sentir-se inexoravelmente tocado por um destino que não gostaria de experimentar, e da solidão por saber que é impossível compartilhar plenamente essa realidade que obriga a redefinir os relacionamentos e as necessidades de comunicação (PESSINI, 2016, p. 58).

Acerca da questão ética, a ortotanásia se mostra adequada ao passo que permite que o paciente tenha uma qualidade de vida durante o tempo a ele ainda restante e, na esfera médica, autoriza que os médicos reconheçam a finitude da vida e a limitação da eficácia dos tratamentos e terapias empregadas, mesmo com o uso da melhor tecnologia, preterindo, então, a obstinação terapêutica e a medicina fútil, sem com isso serem administrativamente responsabilizados pelo Conselho Federal de Medicina, que acena positivamente à ortotanásia na Resolução 1.805/2006.

Corroborando ainda para a solidez da ortotanásia como procedimento ético à afirmação da dignidade humana e à autonomia do paciente, quando se admite a verdade de que a medicina não é capaz de afastar o fim da vida indefinidamente, pois constitui ele inquestionável traço da humanidade, pois por mais que se busque afastar, a morte sempre chega e vence o ser (PESSINI, 2016, p. 59). Não se deve concentrar forças para questionamentos ‘se’ vamos morrer, mas sim direcionar os esforços e responder a eles, fundamentalmente, quando e de que forma se enfrentará essa realidade inexorável (PESSINI, 2016, p. 59), buscando, nesse momento, definir e construir as concepções individuais acerca da vida e da morte.

Dentro desse contexto do processo de morrer que o ser humano enfrenta desde o nascimento, já perto dos passos finais, onde a medicina e a ciência não conseguem mais agir para preservar a saúde e aliviar o sofrimento, buscar a cura torna-se uma futilidade, torna-se uma condenação a agonizar, surgindo então “o imperativo ético de parar o que é inútil e fútil, intensificando os esforços no sentido de proporcionar mais do que quantidade, qualidade de vida diante do morrer” (PESSINI, 2016, p. 59).

Ainda, pondera Ingo Wolfgang Sarlet, que numa tentativa de reconhecer a autonomia e a dignidade da vida e da morte, mesmo que em colisão a direitos fundamentais, a questão da ortotanásia não pode ser desconsiderada, nem empregada a tutela jurídica para um dever de viver e, de forma irrazoável, fulminar a autodeterminação, enquanto elemento da dignidade humana, no âmbito da autonomia individual, pois

Na eutanásia ativa indireta (ortotanásia) já se tem admitido – especialmente no plano do direito comparado e internacional dos direitos humanos – a legitimidade jurídica

de sua prática, desde que voluntária, isto é, quando puder ser reconduzida à vontade do paciente [...] A Constituição Federal não estabelece qualquer parâmetro direto quanto a tais aspectos, mas em homenagem ao princípio da dignidade da pessoa humana e da liberdade individual, o reconhecimento do direito de morrer com dignidade (ou um direito de organizar a própria morte) não pode ser pura e simplesmente desconsiderado. Do contrário, o direito à vida resultaria transformado em um dever de viver sob qualquer circunstância e a sua condição de direito subjetivo restaria funcionalizada em detrimento de sua dimensão objetiva. Por outro lado, o direito à vida (e dever de viver) prevaleceria sempre sobre a própria autonomia e dignidade da pessoa humana, notadamente em situações em que as pessoas, pela sua vulnerabilidade, encontram-se submetidas integralmente às decisões de terceiros. Com efeito, o embate que se estabelece entre a dignidade humana como autonomia pessoal e dignidade como heteronomia, ou seja, entre o que cada pessoa entende corresponder à sua própria dignidade e o que fazer ou deixar de fazer em relação ao desenvolvimento e proteção de sua vida e personalidade, e o que o Estado e seus agentes (ou mesmo terceiros) entendam seja uma exigência da dignidade alheia, revela-se particularmente agudo também nesse contexto, demandando um equacionamento que não pode ser resolvido com base na lógica do ‘tudo ou nada’ e, portanto, não pode conduzir a uma anulação do âmbito da autonomia individual (SARLET, 2016, p. 420).

Por derradeiro na seara da ortotanásia, questão sensível que resta a ser discutida como desdobramento ético são os impactos econômicos de seu emprego. A obstinação terapêutica em buscar prolongar a vida de pacientes terminais independentemente de eficácia comprovada de reversão do quadro pode importar na ocupação de vagas no sistema hospitalar e recursos que poderiam ser destinados a pacientes cujo tratamento resultaria em sua cura.

A possibilidade levantada, num primeiro momento, causa repulsa, como se estivesse relativizando a importância de uma vida perante outra, nos moldes utilitaristas (SANDEL, 2015/2016), porém, se contrastado com os fundamentos jusfilosóficos de dignidade humana, da ética médica e com o entendimento da literatura especializada acerca do emprego da ortotanásia, a possibilidade de concessão de tratamentos àqueles que o tratamento resultaria na reversão do seu estado se mostra razoável.

O entendimento pode ser balizado segundo o próprio princípio da dignidade humana, pois a ortotanásia, desde que consentida e esclarecida pela equipe médica, amenizaria a dor e o sofrimento do processo de morrer, concedendo também a possibilidade de redefinição do restante de sua vida, culminando no respeito à dignidade do paciente terminal, pois esses pacientes deveriam estar sob cuidados da chamada medicina paliativa, pois quando não lhes é mais possível a cura, deve se investir em conforto, assegurando as necessidades físicas e despendendo-lhes dedicação e zelo pelas necessidades psíquicas, sociais e espirituais (PESSINI, 2016, p. 60).

Nesses casos terminais, além de se aplicarem desnecessariamente recursos econômicos de alto custo, se impõe a esses pacientes e, muitas vezes aos seus parentes, mais sofrimento diante do prolongamento da morte e da inexistência de cura para seus males, sendo, então, de

maior racionalidade o investimento desses recursos financeiros e do tempo da equipe médica em pacientes que de fato tenham necessidade, ante a perspectiva potencial de cura e reconhecer que em “determinadas situações chegamos a um limite que precisa ser respeitado e o que podemos fazer é proporcionar mais conforto, que a pessoa não sinta dor nem sofra desnecessariamente” (PESSINI, 2016, p. 60), bem como conduz à dignidade do paciente com potencial de cura, pois se concede a ele a chance de continuar a viver dignamente após seu tratamento. É essa verdade que o sistema de saúde, os profissionais que nela oficiam e também aos profissionais do direito precisam entender para que seja garantida e concretizada a dignidade dos pacientes.

O direcionamento feito aos juristas se funda na necessidade de discussão acerca dos aspectos do fim da vida e a proteção legal que a ele é conferida. Levando em consideração o fim último da dignidade da pessoa humana e a qualidade de vida, dentro da autonomia existencial, compreende a atuação dos profissionais da lei para que não se ancorem e se acomodem a seguir friamente a sua letra, buscando amparar e assegurar a liberdade e a autonomia do ser no mundo, como por exemplo, a normatização e formalização das diretivas antecipadas de vontade, consagrando instrumento apto e eficaz a assegurar que as escolhas de vida e morte feitas por um indivíduo consubstancie faticamente a sua dignidade.

O Direito, enquanto limitador da autonomia privada, ao pensar sobre as escolhas acerca do viver e do seu ocaso, que são referentes à personalidade pelos aspectos existenciais, deve se pautar e informar pela solidariedade com alteridade, isto é, nesse cenário de concretização da dignidade e da autonomia dos indivíduos que fazem opção pela ortotanásia nas suas diretivas antecipadas de vontade, deve se limitar a assegurar a eles o exercício da sua liberdade, pois essas deliberações não têm potencial de interferir em espaços de intersubjetividade (TEIXEIRA, 2018, p. 75-104). Então, “é imperativo que o ‘o outro’ consubstanciado pelo Estado ou pelos particulares”, dada a “ampla efetividade da solidariedade social, não deve apenas respeitar as escolhas pessoais, deve promovê-las e salvaguardá-las” (TEIXEIRA, 2018, p. 75-104).

Os avanços biotecnológicos não podem ser utilizados para suplantar a vontade individual em processos de final de vida, pois é preciso compreender que a existência da pessoa está amparada na construção diuturna efetivada no processo existencial, sendo imperioso fortalecer o respeito à dignidade humana nesses momentos em que é chegada a morte. Para isso, imprescindível o diálogo com medidas atenuantes da agonia, que representam a vontade do paciente e o respeito a sua historicidade e sua dignidade, muito

além da compreensão de estranhos, sendo imprescindível entender a eficácia dos chamados cuidados paliativos para esse mister.

### **3 A COMPREENSÃO DO FIM DA VIDA E OS CUIDADOS PALIATIVOS: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO**

Nesse contexto de fim de vida, com uma recondução à autonomia existencial e de ressignificação da dignidade humana, a ortotanásia em associação aos cuidados paliativos se mostra como possibilidade efetiva para garantia de qualidade de vida aos pacientes terminais, sendo necessária uma breve análise da visão médica acerca da enfermidade e do seu tratamento, com o enfoque posterior na pessoa do doente trazida, principalmente, pela ideia dos cuidados paliativos e da dignidade no fim de vida.

Nesse sentido, a ciência médica e as ciências da saúde em geral, com a melhoria da tecnologia e o desenvolvimento de novas técnicas terapêuticas, acabaram por se voltar para a cura da doença, independente da cura da pessoa. Deve-se entender aqui a cura da pessoa do doente como a preservação ou reestabelecimento da sua qualidade de vida, bem como a consideração de toda amplitude da sua personalidade para eleição e aplicação de técnicas e tecnologias curativas, compreendendo desde os aspectos espirituais, emocionais e racionais, até a sua autonomia existencial.

A hipermedicalização do fim da vida, fruto das tecnologias médicas contemporâneas, conduz o paciente a um estado de sofrimento emocional e físico, muitas vezes incompatível com o seu projeto de vida, com a sua dignidade biográfica. O Conselho Federal de Medicina (CFM), na exposição de motivos da Resolução nº 1.805 de 2006 transparece a tecnicização do fim da vida, causada pela falta de conhecimento e despreparo sobre a morte, resultado de uma medicina que desconsidera o conforto do enfermo com doença incurável e em estágio de terminalidade (CFM, 2006, p. 169).

Esse também é o entendimento de Henrique Moraes Prata, que ressalta a importância de consideração da qualidade de vida e dos aspectos críticos que fundam a noção de quem o doente é por ele mesmo. Assim, afirma a necessidade de inversão da lógica da medicina apoderada pela tecnologia e tecnicidade de tratar a doença, para tratar a pessoa do doente, devendo o médico se vincular ao enfermo, a sua autodeterminação e a sua personalidade e não atuar como um representante da sociedade ou dos familiares, agindo de acordo com o conceito de certo e errado que esses pacientes têm sobre os tratamentos a serem neles aplicados (PRATA, 2017, p. 108-123-162).

O CFM então, na própria Resolução nº 1.805 de 2006, estabelece o giro necessário para proteção e recondução da autonomia existencial do paciente, preservando a sua dignidade e a sua qualidade de vida na terminalidade da existência. Esse direcionamento se explicita no diagnóstico do paciente como terminal, onde o médico deve entender, segundo a orientação do CFM, que “existe uma doença em fase terminal, e não um doente terminal. Nesse caso, a prioridade passa a ser a pessoa do doente e não mais o tratamento da doença (CFM, 2006, p. 169).

A noção de qualidade de vida no fim da existência também perpassa pela ressignificação da doença terminal, com a mudança do foco nos sintomas exclusivamente clínicos e técnicos, para a pessoa em sua integralidade. Para tanto, os direitos da personalidade e a compreensão do existir do paciente devem ser os bastiões que iluminam e guiam a condução dos tratamentos, assegurando ao paciente que suas convicções sejam respeitadas e sua qualidade de vida seja mantida em um nível adequado.

Nos momentos finais da existência, nas atuais condições hipermedicalizadas que os moribundos padecem, as lesões a direitos da personalidade ocorrem no ponto em que o tratamento médico persiste no intuito curativo com medidas fúteis ou exageradas. Paralelamente, pelos benefícios que trazem ao paciente, demonstramos que todo tratamento deve levar em conta fatores de qualidade de vida particulares a fim de que sejam estabelecidos os mais adequados para tratá-lo em sua plenitude como pessoa e não apenas como um quadro de sintomas (PRATA, 2017, p. 210).

Portanto, a autonomia existencial e a dignidade do paciente que opta pela ortotanásia e pelos cuidados paliativos, há muito reconhecidas e legitimadas pelo CFM na Resolução nº 1.805 de 2006, resta descartada se a abordagem médica não considerar a pessoa concreta, na sua integralidade física, emocional e espiritual. A negativa dessas dimensões conduz à despersonalização do sujeito, transformando-o em apenas um meio de uso da técnica e tecnologia médica em nome de uma suposta sacralidade da vida, não um fim em si mesmo, digno de respeito e cuidado com a qualidade de vida, com a personalidade e com trajetória vivida por esse paciente em seus momentos finais.

Há de se pensar, então, para além da quantidade de dias vividos. O enfoque deve ser na qualidade desses dias, a qualidade de vida nos derradeiros momentos, com fim de evitar que o tratamento curativo se torne, em realidade, um prolongamento da agonia e um adiamento da morte, transformando o fim da vida em uma não-vida. Contudo, antes de passar para análise dos cuidados paliativos, é necessária uma advertência: o respeito à autonomia existencial e à dignidade humana dentro dos espaços de intersubjetividade consubstanciam uma via de mão dupla, portanto, os médicos também devem ter os aspectos críticos da sua personalidade respeitados, devendo ser assegurado e compreendido a objeção de consciência

acerca das posições fundamentais existenciais do paciente, redesignando outro profissional para que a sua personalidade não seja também lesada.

Nesse contexto, a qualidade de vida pode ser alcançada por meio da medicina paliativa, envolvendo cuidado das esferas física, emocional, espiritual e familiar daquele paciente em fim de vida. Na perspectiva da Organização Mundial da Saúde (OMS) (*World Health Organization – WHO*) os cuidados paliativos buscam uma abordagem da medicina na terminalidade da vida mais voltada para o conforto e a dignidade do paciente (WHO, 2020) do que para a cura da doença em si, considerando-se que a morte não é curável.

Assim, ela define os cuidados paliativos em nível internacional, como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e das suas famílias no enfrentamento com problemas associados a doenças que colocam em risco a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento com a identificação rápida da doença e dos sintomas, com um cuidado impecável e pelo tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2020).

A OMS ainda pontua os objetivos e princípios dos cuidados paliativos da seguinte forma: 1) promove o alívio da dor e outros sintomas angustiantes; 2) afirma a vida e enfrenta o morrer como um processo natural; 3) pretende não prolongar nem abreviar a morte; 4) integra as dimensões psicológicas e espirituais no cuidado do paciente; 5) oferece suporte para ajudar os pacientes a terem a vida mais ativa possível até a morte; 6) auxilia a família lidar com a doença do paciente e com o seu próprio sofrimento; 7) utilizam uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento sobre o luto, se indicado; 8) melhoram a qualidade de vida e também impactam positivamente o curso da doença; 9) podem ser dispensados em uma fase inicial da doença, juntamente com outros tratamentos que podem prolongar a vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluem as pesquisas necessárias para compreensão e melhor manejo das complicações clínicas angustiantes (WHO, 2020).

Neste íterim, os cuidados paliativos (CP) devem ser entendidos, em linhas gerais, como a abordagem da equipe de saúde, compreendendo médicos e, principalmente, enfermeiros, em função da manutenção da qualidade de vida dos pacientes terminais, isto é, com doença grave sem perspectivas de cura ou melhora. Portanto, os CP são importantes aliados para garantia da dignidade humana e da proteção da autonomia existencial desses pacientes.

Os cuidados paliativos atuam justamente para concretização da inversão da lógica da cura a qualquer custo para o cuidado com a pessoa do doente, o que representa a valoração da

dignidade humana. Isso se deve ao fato de a base de abordagem dos CP ter uma dimensão holística e integrativa da pessoa concreta do doente, dos familiares e dos profissionais ali envolvidos. Para isso, a equipe atuante nos CP tem um perfil multidisciplinar (BOAVENTURA; PESSALÁCIA; MARTINS *et al*, 2019, p. 2), aumentando a qualidade de vida dos pacientes e dos familiares ao buscar os reintegrar no ambiente que viviam antes de serem acometidos pela doença terminal, com avaliação das perdas durante todo o processo e, assim, propiciar o alívio do sofrimento comum (PEREIRA; FERNANDES; FERREIRA *et al*, 2017, p. 1358).

Essa relação positiva entre todos envolvidos nos cuidados da pessoa em fim de vida concretizam a dignidade e a integridade psicoemocional deles, além disso, o vínculo de proximidade entre enfermeiros, pacientes e familiares permite e favorece “um olhar amplificado, tanto para o paciente quanto para a sua família, permitindo vivências mais humanas” (SANTOS JUNIOR; SANTOS; PESSALACIA, 2016, p. 2715). E é justamente nessa vivência mais humana dentro da intersubjetividade que cada indivíduo envolvido se realiza, torna-se uma pessoa melhor ao reconhecer os aspectos da personalidade e da dignidade do outro.

Apesar de ser um meio promotor da dignidade humana, da autonomia existencial e da expressão da personalidade no fim do projeto de vida de uma pessoa, ao garantir a qualidade de vida com o alívio da dor física, emocional e espiritual, os cuidados paliativos ainda carecem de regulamentação legal, de política de saúde pública voltada à sua implementação. O direcionamento dos CP no Brasil, via de regra, é pautado pelos princípios doutrinários e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), implicando em uma fragilidade e deficiência de acesso à essa abordagem tão humana do sofrimento no fim da vida (BOAVENTURA; PESSALÁCIA; MARTINS *et al*, 2019, p. 2/4).

Neste contexto de ressignificação da vida ante a terminalidade da existência, com a manutenção da autonomia existencial e da dignidade humana por meio dos cuidados paliativos, é imperioso o reconhecimento pelo direito à morte digna, no momento adequado, onde o sopro vital perde a força naturalmente, momento de grande vulnerabilidade do ser humano. Essa legitimação de direito permite a construção completa e coerente da personalidade e da existência da pessoa, permitindo a ela que seu derradeiro suspiro seja de um sentimento de completude e plenitude.

Entretanto, nessa perspectiva autodeterminante existencialmente, é sempre necessário lembrar os ensinamentos de Stefano Rodotà ao afirmar que

Certamente, entre “soberanos” são sempre possíveis tensões ou conflitos. Mas, exatamente para evitar que a vida se torne um campo de batalha, foi delineado um perímetro, foram definidas fronteiras que, como foi dito, o poder político e o poder médico não podem ultrapassar. De modo que, ainda quando ponderações ou composições se revelam possíveis ou necessárias, isto exige não apenas uma consideração paritária dos poderes em campo, mas sobretudo a impossibilidade de considerar que o Estado tenha jurisdição sobre a vida (RODOTÀ, 2018, p. 146).

Assim, a solidariedade e a alteridade nos espaços de intersubjetividade devem sempre reconduzir e preservar o respeito à autonomia existencial e o cuidado com a dimensão imaterial do ser. A alteridade, consubstanciada no reconhecimento do outro, permite a coexistência harmônica de diversos projetos de vida, cada um se realizando e se construindo enquanto seres-no-mundo; a alteridade também afasta o sofrimento provocado pela tecnologia e pela desconsideração da personalidade, da essência do ser, tão angustiantemente retratada por Stefano Rodotà ao afirmar que a anulação da personalidade conduz a uma vida “que não é sua, é de outros, de um Deus que a te deu, de um Estado que dela se apossa, de uma sociedade que a quer controlar, de um poder médico que pretende a exclusividade da cura” (RODOTÀ, 2018, p. 147).

Portanto, a ortotanásia associada aos cuidados paliativos, quando são a opção desse paciente, se forem respeitadas, permitem essa concretização plena da dignidade humana na sua forma mais pura, permitindo o desenlace com o mundo material no exato momento em que a potência de agir se esgota. Os cuidados paliativos, garantem que até ocorrer esse esgotamento, o paciente e a família sejam confortados, aliviando a dor física e emocional envolvida no ocaso da vida.

Assim, todas as pessoas têm o direito a um fim de vida digno e pleno no tempo certo, encerrando a construção da personalidade do ser, de acordo com o significado de toda sua existência. Então, se concretizará a perenidade da personalidade da pessoa, de quem foi, de quem ela é e das projeções que deixará na constante do espaço-tempo após a sua partida, com respeito à dignidade, à singularidade e a dimensão psicoemocional e biográfica do ser.

## CONCLUSÃO

Uma boa morte ou morte digna, segundo as convicções filosóficas e o posicionamento sobre si, importam para uma existência digna como um todo. Qual seria o sentido da vida, senão a construção de um ser, material e imaterial, psíquico e espiritual, durante o processo vital, segundo suas concepções filosóficas e de vida, suas escolhas e sua autonomia,



encerrando-o de acordo com essas deliberações, com o assentar do último tijolo nessa construção.

A tecnologia médica indubitavelmente deve agir para poupar qualquer ser humano do sofrimento e da dor do processo de perecimento, porém a ortotanásia, como escolha deliberada e autônoma, se mostra como uma forma sábia de aliar a ciência da medicina com a marcha inevitável da natureza e da vida a caminho da morte.

Essa simbiose entre a autonomia existencial na opção pela ortotanásia, associada aos cuidados paliativos e à tecnologia médica se mostra, sobretudo, como uma forma de dignificação do ser na sua existência, de forma integral.

A razão dessa completude vem do fato de a ortotanásia permitir a morte no exato momento onde o sopro de potência desse ser se esvai, sem abreviações ou prolongamento do processo de morrer e, a adoção de cuidados paliativos nesse momento garante um mínimo digno de conforto e qualidade de vida não só para o doente terminal, mas para todos próximos a ele, inclusive a equipe de saúde.

Assim, torna-se possível a existência digna na sua integralidade, do nascimento ao ocaso, com a realização de cada pessoa como um universo completo e a se completar, sem deixar de lado a qualidade de vida propiciada pelos avanços da medicina.

Importante ressaltar a íntima relação entre a dignidade humana, processo de fim de vida e os cuidados paliativos, seja do ponto de vista individual, sua relação com a pessoa e a autonomia privada de vontade, seja do ponto de vista coletivo, as relações intersubjetivas que buscam sustentar a dignidade humana para além do prisma individual e a responsabilidade dos profissionais envolvidos nesse processo.

É fundamental difundir, estudar e compreender as possibilidades que se ajustam ao final da vida, desde o ponto de vista das ciências da saúde até o atinente às questões jurídicas, vez que se está diante de um processo em que não há segunda chance.

## REFERÊNCIAS

ANGELUCI, Cleber Affonso. Considerações sobre o existir: as diretivas antecipadas de vontade e a morte digna. **Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil**. Belo Horizonte, v. 21, p. 39-59, jul./set., 2019.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. **Revista da Faculdade de Direito de Uberlândia**. Uberlândia, MG, v. 38, p. 235-274, 2010.

BAUMAN, Zygmunt. **Vidas desperdiçadas**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

BOAVENTURA, Jacqueline Resende; PESSALACIA, Juliana Dias Reis; MARTINS, Tatiana Carvalho Reis; SILVA, Alexandre Ernesto da; MARINHO, Maristela Rodrigues; SILVA NETO, Priscila Kelly da. **Participação e controle social no contexto político dos cuidados paliativos no Brasil: uma reflexão teórica.** *Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. vol. 9:e3433. p. 1-7. Divinópolis: 2019. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3433>>. Acesso em 04. mai. 2020.

BODIN DE MORAES, Maria Celina. O conceito de dignidade humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. In: SARLET, Ingo Wolfgang [org.]. **Constituição, Direitos fundamentais e Direito Privado.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, CFM. **Resolução CFM nº 1.805 de 28 de novembro de 2006.** *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção I, p. 169: 2006. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>>. Acesso em 14. mar. 2020.

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional.** 8 ed. rev. ampl. e atual. – Salvador: JusPODIVM, 2016.

PEREIRA, Deisiane Gêssica; FERNANDES, Júnia; FERREIRA, Leandro Santos; RABELO, Rubens de Oliveira; PESSALACIA, Juliana Dias Reis; SOUZA, Raissa Silva. **Significados dos cuidados paliativos na ótica de enfermeiros e gestores da atenção primária à saúde.** *Rev. Enferm. UFPE on-line*. vol. 11. supl. 3. p. 1357-1364. Recife: mar. 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt\\_1980-220X-reeusp-51-e03245.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03245.pdf)>. Acesso em 04. mai. 2020.

PESSINI, Leo. **Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha.** *Revista Bioética*. V. 24, n. 1, p. 54-63, 2016.

PRATA, Henrique Moraes. **Cuidados paliativos e direitos do paciente terminal.** Barueri, SP: Manole, 2017.

RODOTÀ, Stefano. **Autodeterminação e Laicidade.** Tradução de Carlos Nelson de Paula Konder. *Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil*. Belo Horizonte: v. 17, p. 139-152. jul./set. 2018.

SANDEL, Michael J. **Justiça – o que é fazer a coisa certa.** Tradução de Heloisa Matias e Maria Alice Máximo. – 20ª edição – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

SANDEL, Michael J. **O que o dinheiro não compra: os limites morais do mercado.** Tradução de Clóvis Marques. – 7ª ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

SANTOS JUNIOR, Aires Garcia dos; SANTOS, Fernando Ribeiro dos; PESSALACIA, Juliana Dias Reis. **Desafios para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura.** *Rev. Enferm. UFPE on-line*. vol. 10. n. 7. p. 2798-2719. Recife: jul. 2016

SARLET, Ingo. **Curso de direito constitucional** / Ingo Sarlet, Luiz Guilherme Marinoni e Daniel Mitidiero. – 5. ed. rev. e atual. – São Paulo: Saraiva, 2016.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** – 40. ed., rev. e atual. / até a Emenda Constitucional n. 95, de 15.12.2016. – São Paulo: Malheiros, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **WHO Definition of palliative care.** *Cancer.* Disponível em: <<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em 11. mar. 2020.