

## **A morte digna à luz da bioética e do biodireito**

### **La morte degna alla luce della bioetica e del biodiritto**

**Leandro da Silva Carneiro**  
Mestre em Direito pelo Centro Universitário  
Salesiano de São Paulo, Unisal-Lorena  
E-mail: leandrodasilvacarneiro@ig.com.br

**Lino Rampazzo**  
Doutor em Teologia pela Pontificia Università Lateranense (Roma)  
Pos-doutor em "Democracia e Direitos Humanos"  
da Universidade de Coimbra/Ius Gentium Conimbrigae  
Professor e Pesquisador no Programa de Mestrado em Direito do  
Centro Universitário Salesiano de São Paulo – Unisal-Lorena  
E-mail: lino.rampazzo@uol.com.br

#### **Eixo temático: Direitos Humanos e Bioética**

**Resumo:** Procura-se, neste artigo, interpretar a experiência humana da morte à luz da bioética e do biodireito. A reflexão inicial, relativa a uma abordagem conceitual sobre a morte, ressalta a complexidade desta experiência, que precisa ser pautada pela tutela da dignidade da pessoa humana, em todas as suas dimensões. Levanta-se também a hipótese de a pessoa solicitar a própria morte apontando para a necessidade da ética não se furtar da dimensão objetiva da dignidade e do próprio valor/princípio da vida. Apresentam-se, em seguida, as devidas distinções quanto à eutanásia positiva, à eutanásia negativa, à distanásia e à ortotanásia, sendo apenas esta última a que mais se aproxima do respeito à dignidade humana, segundo as correntes doutrinárias, apesar de ainda não estar regulamentada pelo ordenamento jurídico brasileiro. Por fim, aponta-se para as dificuldades, sobretudo práticas, em se estabelecer um limite ético para que haja uma morte digna. Tudo isso enaltece a necessidade de continuar considerando e estudando essa problemática, com o objetivo de garantir sempre uma morte digna. A metodologia utilizada se baseia na pesquisa bibliográfica e documental.

**Palavras-chave:** Dignidade Humana. Morte Digna. Bioética. Biodireito.

**Riassunto:** Questo articolo si propone di interpretare l'esperienza umana della morte alla luce della bioetica e del biodiritto. La riflessione iniziale, relativa a un approccio concettuale della morte, sottolinea la complessità di questa esperienza, che deve essere guidata dalla tutela della dignità umana in tutte le sue dimensioni. Si pone pure l'ipotesi della persona che richiede la propria morte indicando la necessità, per l'etica, di non sfuggire alla dimensione oggettiva della dignità e del proprio valore/principio della vita. Si presenta, poi, la dovuta distinzione quanto all'eutanasia positiva, all'eutanasia negativa, alla distanasia e alla ortotanasia, considerando che solo quest'ultima è caratterizzata dal rispetto della dignità umana, conforme le correnti dottrinarie, pur non essendo ancora regolata dalla legge brasiliana. Infine, si mostrano le difficoltà, soprattutto pratiche, di stabilire un limite etico, per garantire una morte dignitosa. Tutto questo sottolinea la necessità di continuare a considerare e a studiare tale problema, al fine di garantire sempre una morte dignitosa. La metodologia si basa sulla ricerca bibliografica e documentale.

**Parole-chiave:** Dignità Umana. Morte Degna. Bioetica. Biodiritto.

#### **Introdução**

A morte sempre foi um tema em pauta nas comunidades, ao longo da história, pois o encerrar da vida é o grande marco da certeza humana. As doutrinas abrangentes – filosóficas, religiosas e políticas – sempre trataram deste assunto de forma a conduzir o *modus vivendi* organizado, construindo um conjunto heterogêneo de formas de se compreender a morte.

A morte natural inexoravelmente ocasiona reflexos mais adstritos à esfera do indivíduo, numa perspectiva familiar, na dimensão objetiva restrita a pequenos grupos, enquanto a morte provocada, de maneira diversa, já enseja acaloradas discussões no cerco da

ética e do direito, pois a dimensão objetiva alcança perspectivas gerais e abrangentes. Todo invólucro valorativo que existe sobre a morte demanda um olhar deveras atencioso para não se estabelecer padrões de conduta à sociedade que ignoram a esfera sentimental e psicológica, num reducionismo solipsista da visão material, sobretudo da medicina.

Apesar das variadas concepções acerca da morte, para o direito ela representa um fato natural de estimada relevância, pois, com o seu acontecimento *ipso facto*, nascem, modificam-se ou extinguem-se direitos e deveres. Como, em muitos casos, envolve padrão de comportamento, a ética também tem campo vasto a questionar as condutas em voga. Assim, questões relativas à morte (extrauterina), como faltas contra a vida humana (mistanásia), pena de morte, eutanásia, ortotanásia, distanásia e testamento vital, são embaraçosas sobre a ótica do princípio, ou seja, chegar ao consenso a partir da integração dos valores diversos que circundam a problemática.

A bioética e o biodireito, neste sentido, abarcam uma série de teorias e discussões a fim de se estabelecerem os princípios normativos sobre tais temas, a sustentar os passos da convivência humana em sociedade. A agenda contemporânea compreende as relevantes questões acerca do que se deve entender como *morte digna*. Na almejada proposta de se abordar tal concepção, o presente artigo busca demonstrar questões e respostas sobre o que caracteriza o *morrer com dignidade* na seara da bioética e do biodireito, sem qualquer presunção em exaurir os embates acerca do tema.

Com base em pesquisa bibliográfica e documental, o presente trabalho inicia-se com a reflexão a respeito do conceito de morte e da dignidade humana. Passa-se, depois, a considerar se exigir a própria morte, em certas circunstâncias, é ou não um direito subjetivo e, em seguida, verifica-se como justapor o princípio da dignidade humana no curso natural do processo de morte. Por fim, aponta-se para os avanços e dificuldades de se estabelecer o limite ético da morte digna.

## **1 Uma abordagem conceitual sobre a morte e a dignidade humana**

A morte é um fenômeno natural. É o fato que põe fim à vida para os seres animados. Para o ser humano, além da morte fetal, que não é objeto desse trabalho, dois são os tipos de morte<sup>1</sup>: a *morte natural*, que ocorre com a sucessão de eventos mórbidos que diretamente foram iniciados por doença ou por lesão; e a *morte não-natural*, que é aquela que sobrevém

---

<sup>1</sup> A Resolução nº 1.779/2005, do CFM, que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito, adota três tipos de morte: a natural, a fetal e a não-natural ou violenta.

em decorrência de causas externas violentas. Todavia, não representa o simples final da atividade biológica do ser, mas de todo um valor agregado e transcendente de pessoa.<sup>2</sup>

O marco para se estabelecer a morte do ser humano é fruto do processo evolutivo científico. O que caracteriza a morte hoje não é idêntico ao de outrora.

A partir da década de 1960, com o desenvolvimento das técnicas de reanimação cardiopulmonar, houve uma redefinição para a morte, que nessa época era definida como a cessação das funções cardíaca e pulmonar (morte clínica). Em 1968, o Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas, vinculado à Organização Mundial da Saúde e à Unesco, reuniu-se em Genebra e estabeleceu critérios sobre a morte encefálica. (MORITZ, 2005, p. 70-71).

A morte encefálica, hodiernamente, é a definição legal de morte. Ela é, segundo a ciência atual, permanente e irreversível, apesar da variadas críticas acerca desse conceito.<sup>3</sup> A Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 apresenta o momento legal da morte ao definir, no art. 3º, que a retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina. A Resolução n.º 1.480, de 8 de agosto de 1997, do Conselho Federal de Medicina, estabelece critérios para a caracterização de morte encefálica e considera que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial.

Sarah Ruth Rampazzo (2014) relata as controvérsias existentes no campo filosófico e científico sobre a adequação do conceito de morte pautado na atividade cerebral. Faz referência a documentos que indicam as três condições que determinam a morte cerebral: o coma, a perda irreversível do funcionamento cerebral e a impossibilidade de respiração autônoma; e a doutrinas que são taxativas no sentido de que nenhum critério tecnológico é totalmente satisfatório no estado atual da medicina para se diagnosticar com precisão a perda e a irreversibilidade do funcionamento cerebral.

---

<sup>2</sup> “Pessoa alude ao âmago do ser humano, ao seu interior, a sua intimidade (consciência, coração) em que se forjam os atos humanos e, com eles, o ser humano se autodetermina ou constrói. Em outras palavras: a natureza racional, em grande medida, faz-se a si própria, através de seu desenvolvimento, da realização e ascensão contínua de atos humanos, sem se desvincular do corpo”. ALONSO, Félix Ruiz. Dignidade da Pessoa Humana e Inviolabilidade da Vida. In: VELLOSO, Carlos Mário da Silva; ROSAS, Roberto; AMARAL, Antonio Carlos Rodrigues do (Coords.). **Princípios Constitucionais Fundamentais**: estudos em homenagem ao professor Ives Gandra da Silva Martins. São Paulo: Lex, 2005, p. 422.

<sup>3</sup> Nesse sentido cf. RAMPAZZO, Sarah Ruth de Toledo Piza. Direitos Humanos e Morte Encefálica: um questionamento ético-jurídico. In: RAMPAZZO, Lino; JIMÉNEZ SERRANO, Pablo; MOTTA, Ivan Martins. (Coords.). **Direitos Humanos e Bioética**. Lorena: Unisal, 2014. Disponível em: <<http://www.lo.unisal.br/direito/semidi/publicacoes.aspx?livro=DHBIO>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

Além da perspectiva técnico-científica, a morte arrasta concepções de ordem íntima que influenciam decisivamente no *modus vivendi* de todos aqueles envolvidos no processo, seja daquele cuja vida se encerrará, seja de seus familiares, amigos e conhecidos. O aproximar-se da morte induz sentimentos que não são objetivos e essa verdade não pode ser desconsiderada pela ciência. A subjetividade na forma de encarar a própria morte ou a de seus pares é individual, o que indica a dificuldade em se estabelecer um padrão deontológico geral e abrangente. Na pesquisa de Kübler-Ross é possível verificar quanta subjetividade há para aquele que está prestes a enfrentar o momento derradeiro. Nela, a pesquisadora estabeleceu as “etapas da morte natural” (estágios finais da evolução), cujo percurso se realiza na seguinte ordem: 1. *Negação e isolamento*: “não, eu não.”; 2. *Raiva e ira*: “por que eu?”; 3. *Barganha ou rateio*: “Eu, está bem, mas...”; 4. *Depressão*: “Sim, eu.”; e 5. *Aceitação*: “Minha hora está muito próxima. Agora está tudo bem.” (Apud FERNANDES; FREITAS, 2006, p. 161).

Tal subjetividade enseja, ainda, consequências imensuráveis da coexistência humana. Numa perspectiva de morte distante, as pessoas, em geral, adotam padrões de conduta inevitavelmente diversos daqueles que circunscrevem a proximidade do fim da vida. E essa subjetividade dificulta a definição de dignidade no processo de morrer, não apenas na dimensão objetiva da dignidade humana, mas, inclusive na dimensão subjetiva. Por tais razões persiste, portanto, a dificuldade em se estabelecer um padrão deontológico – moral e jurídico – para a concepção de morte digna.

A dignidade da pessoa humana é princípio fundamental do Estado brasileiro e traz em si, além do conteúdo normativo, um importante substrato axiológico. Atualmente contemplada nas mais variadas declarações sobre direitos humanos, em substituição à expressão “direito natural”, a palavra “dignidade” começou a ser difundida com Immanuel Kant, ao sustentar que as pessoas deveriam ser tratadas como um fim em si mesmas, e não como um meio (objetos). Isso porque no reino dos fins, como afirma Kant, tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem preço, pode ser substituída por algo equivalente. Por outro lado, a coisa que se acha acima de todo preço, e por isso não admite qualquer equivalência, compreende uma dignidade (KANT, 2004, p. 65).

O caráter normativo da dignidade possui destaque, ao ocupar os próprios fundamentos do Estado brasileiro, logo no artigo inaugural da Constituição Federal, o que coloca o ser humano como foco central e como objetivo principal do ordenamento jurídico, inclusive o constitucional. Tutela, enfim, a personalidade humana na individualidade e também na coletividade. O substrato axiológico decorre do conteúdo da dignidade humana, pelo caráter cultural e ético. A dignidade corresponde ao conjunto cultural do homem, fruto

de todo o seu processo de formação, o que inclui identidade, história, família, política etc. O conteúdo ético está, por sua vez, no resultado da racionalização da convivência humana, no fundamento da igualdade.

O consenso a que se chega na atualidade é que a dignidade humana, pelo seu caráter axiológico, é o fundamento de todos os direitos humanos, em todas as correntes que os justificam, ocupando lugar de destaque no cenário político-jurídico hodierno. Alguns a consideram como um superprincípio, enquanto – de outra forma - a tese da ponderação desaprova a ideia de hierarquia apriorística. Entretanto, é certo que o princípio da dignidade é mais que um princípio, é um princípio fundamental do Estado brasileiro (art. 1º, III, CF). Os princípios fundamentais, como leciona Ricardo Lobo Torres, imantam todos os outros princípios, irradiam-se para todo o ordenamento jurídico e

[...] representam o primeiro momento de concretização dos valores da sociedade, pois afirmam os fundamentos, servindo de elo entre os valores que, por serem abstratos, não se traduzem em linguagem constitucional, e os princípios específicos de liberdade, justiça e segurança. É importante observar que os valores perpassam todos os princípios fundamentais, que não se vinculam preponderantemente a qualquer deles: a dignidade humana, por exemplo, envolve a liberdade, a justiça, a segurança jurídica e a igualdade. (TORRES, 2005, p. 885-886).

O princípio fundamental da dignidade da pessoa humana compreende as duas dimensões pessoais: a subjetiva e a objetiva. A dimensão subjetiva considera a pessoa em si mesma, ou seja, é a relação da pessoa consigo própria, no íntimo da esfera individual. Já a dimensão objetiva da dignidade humana realiza-se na perspectiva da pessoa enquanto membro da sociedade, da relação da pessoa com o seu meio. Tal dimensão transcende a individualidade, refletindo-se a toda a coletividade de iguais e diferentes em identidade.

A morte, como concepção, não limita seus reflexos apenas àquele que parte (dimensão subjetiva), mas a todos os que ficam (dimensão objetiva), impactando fortemente em seus sentimentos e na forma de ver a vida que segue.

## **2 A morte é um direito?**

A crescente concretização do princípio da dignidade humana constrói um novo cenário da tutela constitucional do direito à vida, acrescentando a expressão forte da dignidade: vida digna. Como o processo vital possui início, meio e fim, o fim da vida também deve ser visto sob a perspectiva deste princípio e, com isso, aparece o conceito da morte digna.

Vida com dignidade é uma expressão, também, aberta a diversas interpretações, sobretudo valorativas decorrentes das variadas doutrinas abrangentes. Prevalece, no entanto, no campo do dever-se, a proteção da vida em contraponto à eugenia. A ética parte do princípio da proteção da vida, para que possa existir a boa convivência. Como a dignidade possui elevada concepção subjetiva, numa avaliação individual de si mesmo e de suas condições para se viver, cada um pode concluir pela dignidade ou não de suas vidas, ante às circunstâncias. Destarte, se a análise ética se limitasse à perspectiva subjetiva, poderia concluir pela existência de um direito contrário à vida, ou seja, o de a própria pessoa demandar a própria morte. Ocorre, todavia, que a ética não pode se furtar da dimensão objetiva da dignidade e do próprio valor/princípio da vida, que não se limita ao seu titular. Por isso, a prevalência na moral e no direito é a negativa do suposto direito à morte, com o intuito de abreviar a própria vida. O ser humano, portanto, não tem o direito de exigir a própria morte.

Apesar de figurarem na agenda atual, as correntes do pensamento favoráveis ao suicídio assistido não possuem força expressiva nos alicerces valorativos da sociedade brasileira. Para a doutrina jurídica nacional, a morte não é um direito subjetivo do indivíduo. Logo, “o direito à vida não engloba, portanto, o direito subjetivo de exigir a própria morte, no sentido de mobilizar o Poder Público para garanti-la, por meio, por exemplo, de legislação que permita a eutanásia ou ainda que forneça meios instrumentais para a prática de suicídios.” (MORAES, 2011, p. 106). Neste mesmo sentido Uadi Lammêgo Bulos afirma que o inevitável fenômeno biológico da morte física, do qual ninguém poderá evadir-se, por mais dura que seja a jornada no invólucro carnal, não é uma *facultas agendi*. Independente de credo religioso ou de posição filosófica, a manifestação constituinte originária não se compactua com o ato de alguém subtrair a sua própria vida (BULOS, 2009, p. 447).

O suicídio assistido, refutado pelas correntes majoritárias da bioética e do biodireito nacionais, possui concepção própria e não pode ser confundido com outros temas, apesar de correlatos. O suicídio assistido está diretamente correlacionado à eutanásia, pois a perspectiva de vida é mensurável. A discussão mais acalorada refere-se aos conceitos adstritos à ortotanásia e à distanásia, sendo que, em ambos os casos, a perspectiva não é de vida, mas de curso natural de morte sem ou com o prolongamento invasivo desse processo.

A morte digna, portanto, não se relaciona à eutanásia. A vertente crescente nos debates deontológicos remete-se à qualidade de vida também no processo de morte, mas não na busca pela morte quando ainda há perspectiva de vida. É possível deduzir, portanto, que não há o direito subjetivo à morte, mas sim ao alívio da dor, sempre, inclusive quando a morte

é iminente. Isso significa que o propósito, na decisão médica e na decisão do paciente ou familiar, não pode ser a busca pela morte como o lenitivo para a dor.

### 3 A perspectiva da dignidade humana no curso natural do processo de morte

Como afirmado, a eutanásia não se compactua com a dignidade humana. Eutanásia é a busca da morte, é a prática que visa diminuir o tempo de vida do paciente, forçando-lhe de alguma forma, a morte, com o intuito de lhe abreviar o sofrimento. Tal prática pode ser negativa (eutanásia negativa) ou positiva (eutanásia positiva). Ocorre a eutanásia negativa quando, consciente e diretamente, é abreviada a vida pela suspensão de um tratamento a que o paciente tem direito, e a eutanásia positiva, quando são tomadas medidas diretas com o objetivo de dar fim à vida (por exemplo, a administração de uma superdose de morfina com a intenção de interromper a vida do enfermo). Em ambos os casos, existe uma decisão positiva contra a vida de outrem (RAMPAZZO, L., 2014, p. 205-206).

A prática da eutanásia é uma violação ao direito à vida e pode ser praticada de cinco formas: 1. Pelo próprio paciente sem o auxílio de terceiros (suicídio<sup>4</sup>); 2. Pelo próprio paciente com o auxílio indireto de terceiros (suicídio/induzimento ao suicídio<sup>5</sup>); 3. Pelo próprio paciente com o auxílio direto de terceiros (suicídio / homicídio<sup>6</sup>); 4. Por terceiros com consentimento do paciente (homicídio); e 5. Por terceiros sem consentimento do paciente (homicídio).

Há posicionamento na doutrina do direito e na jurisprudência de que aquele que realiza a eutanásia em algum paciente o faz por motivo de relevante valor moral, o que caracterizaria prática de “homicídio privilegiado” (CP, art. 121, § 1º). Todavia, outras teses sustentam a conduta típica de “homicídio simples” (CP, art. 121, *caput*), ou ainda, a de “homicídio qualificado” (CP, art. 121, § 2º), caso fique caracterizado que o meio empregado para prática do delito tornou impossível a defesa da vítima. Por sua vez, aquele que não comete a eutanásia, mas proporciona meios para que o próprio paciente a pratique, responde pelo crime de “induzimento ao suicídio” (CP, art. 122).

---

<sup>4</sup> “Apesar de o suicídio não ser um ilícito penal, é um fato antijurídico, dado que a vida é um bem público indisponível, sendo certo que o art. 146, § 3º, II, do Código Penal prevê a possibilidade de se exercer coação contra quem tenta suicidar-se, justamente pelo fato de que a ninguém é dado o direito de dispor da própria vida”. CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal**: parte especial. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. v. II, p. 120.

<sup>5</sup> Código Penal, art. 122.

<sup>6</sup> Código Penal, art. 121.

O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/2009), ao dispor sobre a relação com pacientes e familiares (capítulo V), assevera ser vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal (art. 41).

A eutanásia, portanto, é uma prática que não se coaduna nem com a ética, nem com a moral e o direito, ou seja, não representa atributo de qualidade de vida no curso natural do processo de morte.

A dúvida deontológica atual é mais recorrente acerca da dignidade no processo de morrer, se a prática da ortotanásia deve ser respeitada e aceita na deontologia (moral e direito), ou se o médico deve utilizar de todos os recursos para se evitar a morte, prolongando, inclusive, o processo que põe fim ao ciclo vital, mesmo que com procedimentos inúteis e, muitas vezes, dolorosos, ou seja, dilatando o sofrimento daquele que está à via da morte (distanásia). A distanásia caracteriza-se pelo prolongamento da vida do paciente que já tem a morte como certa e não uma possibilidade, utilizando-se de medicamentos e/ou de aparelhos de forma inútil. Caracteriza-se como excesso terapêutico (prolongamento da vida ou da morte?). Etimologicamente, “Distanásia quer dizer ‘morte com dificuldade’ (do grego *thanatos*, morte, e *dys*, mau estado, dificuldade).” (RAMPAZZO, L., 2014, p. 206). Tal prática que visa exclusivamente o prolongamento do processo de morte (distanásia) pode ser confrontada com a qualidade de vida, como assente na maioria das correntes bioéticas. Nesse sentido, afirma Tamburini que alguns tratamentos que prolongam a vida têm grande impacto ou até pioram a sua qualidade. “Assim, como regra geral, para uma intervenção que prolonga a existência ser considerada adequada, ela não pode piorar a qualidade de vida.” (Apud PASCHOAL, 2006, p. 147-148).

Já a ortotanásia é a prática de se permitir o percurso natural da morte, sem impor mecanismos com o intuito de prolongar a vida do paciente de forma artificial. Privilegia procedimentos para que a morte seja o menos sofrível possível, sem a utilização de recursos inúteis que impedem a forma natural da morte. “Ortotanásia significa ‘morte digna’ (do grego *thanatos*, morte, e *orthos*, correto, digno).” (RAMPAZZO, L., 2014, p. 206). A ortotanásia, apesar de ainda não regulamentada pelo ordenamento jurídico brasileiro, possui aceite na deontologia médica<sup>7</sup>, conforme Resolução do CFM nº 1.931/2009, nos casos de doença

---

<sup>7</sup> A ortotanásia, pelo que se denota, vem ganhando força nas correntes bioéticas. “Pode-se afirmar, do ponto de vista ético, que os médicos têm a faculdade não só de iniciar, mas também de suspender os tratamentos e o emprego de medidas técnicas, como os aparelhos de respiração artificial, as transfusões de sangue, a quimiodiálise, a alimentação endovenosa, tão logo as condições básicas do moribundo assumam uma direção irreversível e o uso de tais medidas corresponda a um prolongamento irracional do sofrimento. Neste caso, temos a ortotanásia, a morte digna”. RAMPAZZO, Lino. **Antropologia**: religiões e valores cristãos. São Paulo: Paulus, 2014, p. 206.

incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (art. 41, parágrafo único).

A ortotanásia, atrelada à qualidade de vida, representa a defesa ética da concepção de vida humana pessoal, a qual soma-se à vida biológica a capacidade de consciência e de relações interpessoais, como sustenta o pensamento ético denominado humanismo.<sup>8</sup> Mas, não se pode olvidar que o conceito de pessoa<sup>9</sup> também acarreta uma grandeza de subjetividades que limitam o estabelecimento de condutas gerais para todos. Por isso a decisão médica deve considerar e respeitar não apenas o código deontológico da profissão, mas sempre a perspectiva do paciente e de seus familiares. Isso porque, mesmo em estado de coma, a ciência não é capaz de atestar se os impactos sentimentais do paciente deixaram de existir, nem tampouco é possível mensurar os reflexos daquela situação para a vida daqueles que se deparam com o ente querido naquele estado. Essa situação, às vezes mais próxima da distanásia do que da ortotanásia, pode ser a causadora de revezes inimagináveis e não especulados na vida das pessoas. Laços de inimizade podem ser desfeitos, reencontros realizados, mágoas amenizadas ou extintas com tal situação, tanto para aquele que se finda, como para os que permanecem. A ciência ainda não atingiu o ponto de se atestar que realmente houve o fim dos atos humanos para aquele que amargura o que denominam “estado vegetativo”. A esse respeito Félix Ruiz Alonso apresenta a seguinte interessante distinção:

A natureza do ser humano mostra dois grandes grupos de atos, em sua atividade: de um lado os *atos do homem* e, de outro, os *atos humanos*. Os primeiros são os atos biológicos ou fisiológicos, como a mitose, as batidas do coração, a digestão, a respiração, o sono, a transpiração... Os atos humanos são aqueles que realizamos devido às faculdades superiores (inteligência, vontade) como raciocinar, falar, sorrir, cantar, amar. Esses últimos diferenciam os seres humanos dos demais seres [...] Todos os atos, tanto os humanos quanto os do homem são da pessoa, é a natureza pessoal que pensa e digere, quem se multiplica celularmente por mitose ou canta. A atividade toda é realizada pela natureza da pessoa. (ALONSO, 2005, p. 417).

A natureza completa da pessoa ainda é um mistério para a ciência. Isso implica, sem dúvida, numa certa barreira ética, evitando-se compreender a vida humana apenas em sua

---

<sup>8</sup> Segundo a interpretação humanista, a vida biológica é o suporte da *vida pessoal*. O respeito da vida implica, certamente, a proteção do suporte biológico, mas sobretudo a preocupação com a saúde, o bem-estar, a qualidade de vida, a promoção de todas as capacidades da pessoa. A *vida biológica* não é mais um absoluto, mas relativa à capacidade de consciência e de relação. No limite, pode-se deixar ir embora uma vida humana biológica que não pode mais servir de suporte a um projeto pessoal. Cf. DURAND, Guy. **Introdução Geral à Bioética**: histórias, conceitos e instrumentos. Tradução de Nicolás Nyimi Campanário. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2007, p. 155.

<sup>9</sup> Sobre a abrangência do conceito de pessoa, ver nota n. 2.

dimensão biológica e reduzir a dignidade humana somente à sua dimensão subjetiva, desconsiderando tudo aquilo que dela irradia para a coletividade (dimensão objetiva).

#### **4 Os avanços e as dificuldades de se estabelecer o limite ético da morte digna**

Os avanços da bioética e do biodireito podem ser destacados no sentido de não estimular o suicídio assistido na sua forma mais abrangente que é a eutanásia. Além dos debates teóricos, a eutanásia já foi pauta formal do debate político e jurídico antes da Constituição Federal de 1988. Em 1983, a Câmara dos Deputados iniciou o processo legislativo para legalizar a prática da eutanásia, através do projeto de lei PL 732/1983. A proposta, no entanto, apesar de utilizar a expressão “eutanásia”, referia-se ao conceito próximo de ortotanásia, pois visava permitir ao médico assistente o desligamento dos aparelhos de um paciente em estado de coma terminal ou na omissão de um medicamento que iria prolongar inutilmente uma vida vegetativa, sem possibilidade de recuperar condições de vida sofrível, em comum acordo com os familiares. Mesmo limitando a circunstância autorizada, o projeto de lei foi rejeitado sob o fundamento da inconstitucionalidade.

A proposta regulamentar, agora com a roupagem conceitual da ortotanásia, está em curso no Congresso Nacional. Trata-se do Projeto de Lei do Senado – PLS nº 116/2000 -, de autoria do Senador Gerson Camata, com o objetivo de excluir de ilicitude a prática da ortotanásia. O projeto de lei do Senado obteve parecer favorável da CCJ<sup>10</sup>, após audiência pública promovida, com pareceres favoráveis de representantes dos segmentos médico, jurídico, católico e da bioética e foi remetido à Câmara dos Deputados em dezembro de 2009. Lá, foi convertido no PL 6715/2009 e está aguardando parecer do relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) desde 14 de maio de 2013.

O tema “deixar o enfermo morrer naturalmente” mostra-se difícil e espinhoso porque não pode ser resolvido apenas no mundo teórico ou da razão pura. As dificuldades em se estabelecer um limite ético e considerar a morte digna envolve uma série de questões práticas, as quais podem ser sintetizadas da seguinte maneira: a decisão médica ocuparia o centro de tudo aquilo que envolve o problema. De um lado, para apoiar a decisão, estaria o conjunto

---

<sup>10</sup> O parecer da CCJ é explícito em ressaltar a distinção conceitual existente entre eutanásia e ortotanásia: “Cabe também ressaltar que a ortotanásia distingue-se frontalmente da eutanásia, pois esta última se caracteriza pelo fato de que a morte do doente terminal advém do cometimento de ato que a provoca, enquanto na ortotanásia não há a prática de um tal ato, resultando a morte da abstenção de procedimentos médicos considerados invasivos”. BRASIL. Senado Federal. Parecer sobre o Projeto de Lei do Senado nº 116 de 2000. Relatório do Senador Augusto Botelho. 17 nov. 2009. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/43807>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

deontológico e científico das normas, como a Constituição, as leis, o código de conduta ética, as pesquisas científicas, os laboratórios médicos etc. Do outro lado, estaria posicionada a política pública de saúde, com suas instituições, diretrizes e práticas. Para se chegar à decisão, portanto, o profissional da saúde deve se apoiar nos dois pilares que o cercam.<sup>11</sup>

A base científica e deontológica sofre a influência dos valores que prevalecem na sociedade, para sua consolidação. Não se questiona aqui, por ora, se os valores propostos pela filosofia e pela religião (doutrinas abrangentes) devem ser questionados, impugnados ou desconsiderados por completo, mesmo porque tal tarefa seria praticamente impossível numa democracia, mas como estabelecer um consenso sobre o tema, considerando os múltiplos valores em jogo. Essa é a tarefa do direito: o que lhe dá legitimidade numa democracia, possibilitando a constante (re)discussão sobre aquilo que, inclusive, já foi decidido.

O pilar da saúde pública é o sistema de referência a ser considerado para nortear o pilar deontológico, sobretudo o da decisão médica. Para que o pilar central – da decisão médica e do paciente – seja límpido, não pode haver qualquer interferência de intenções diferentes das que se buscam na morte digna. Esses atritos, que violariam a liberdade da decisão e, portanto, a sua integridade, são, por exemplo, a “sedução” pelo morrer, quando paciente e/ou familiares são convencidos (“seduzidos”) que a morte é a melhor opção *in casu*; a questão econômica, pois a manutenção de aparelhos e procedimentos de saúde é de alto custo; intenção pelo transplante de órgão (pessoa como instrumento para se atingir determinado fim); as convicções pessoais de bem dos profissionais da saúde, quando motivados por piedade; a ausência de recursos financeiros de significativa parcela da população (pobres) que sequer recebem um tratamento qualitativo de saúde, muito menos, cuidados paliativos.

Sobre as questões práticas envolvendo os supostos “avanços” da construção ética dos direitos individuais, Ronald Dworkin avalia as posições de alguns Tribunais dos Estados Unidos sobre o suicídio assistido, principalmente a da Suprema Corte, e faz algumas críticas à corrente historicista que ainda prevalece na cultura americana. Para Dworkin, a Suprema Corte americana deixou-se levar pelos argumentos da corrente historicista (proteção dos direitos que estão profundamente arraigados na história do país) ao interpretar as cláusulas constitucionais do devido processo legal e da igual proteção, em detrimento da corrente da

---

<sup>11</sup> Paul Ricoeur utiliza essa dinâmica para avaliar a tomada de decisão médica acerca do pacto de tratamento estabelecido entre médico e paciente e cria uma tabela imaginária, onde aloca na coluna do centro as regras éticas (código deontológico). Já os saberes científicos nos ramos biológicos e médicos estariam na coluna à esquerda, a guiar o saber prático médico e a terceira coluna abarcaria o tema “saúde pública”, pois as doenças são ao mesmo tempo questões privadas e públicas. RICOEUR, Paul. **O Justo 2**: justiça e verdade e outros estudos. Trad. Ivone C. Benedetti. São Paulo: Martins Fontes, 2008, p. 240-242.

integridade (que defende a construção ética dos direitos fundamentais), para posicionar-se de forma contrária ao suicídio assistido, apesar de várias decisões de outros tribunais estaduais contrários à defesa dos partidos da história e já favoráveis a algumas formas de práticas adstritas à dignidade no processo de morte.<sup>12</sup>

A grande dúvida que envolve o tema não recai sobre o direito do paciente em buscar o alívio da dor, mas sim acerca da intenção sobre a morte. Isso porque não há como julgar a intenção daquele que solicita e daquele que ministra alta dosagem de medicamentos, se o fim é mesmo somente o alívio da dor, ou se objetiva a morte subsequente.

Outro emblema ético para se estabelecer uma regra geral para todos refere-se à manifestação da vontade, no processo de decisão. Incumbiria a quem decidir sobre o fim da manutenção da vida em estado terminal? Ao próprio paciente, exclusivamente, aos familiares, independentemente da vontade do paciente, ou ao próprio médico, conforme seu veredicto a partir de sua deontologia? Para minimizar (mas não solucionar) tal dilema, a figura inovadora do testamento vital<sup>13</sup> passou a ganhar espaço em muitos ordenamentos jurídicos. No Brasil, no entanto, ainda não está regulamentado, apesar de previsão na deontologia médica, conforme Resolução nº 1.995/2012, do CFM, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Mesmo assim, tal hipótese ainda mantém o dilema ético acerca do buscar a morte ou não, pois raramente há identidade na tomada de decisão quando se avalia uma previsibilidade e quando se está diante de uma realidade. A afirmação de que a vontade manifestada aos dezoito anos é idêntica àquela que seria proferida depois dos oitenta é, no mínimo, questionável. Mesmo se manifestada tal vontade já na velhice, não se pode afirmar que tal desejo se manteria no deparar-se com a morte. Há a hipótese, também de, em muitas situações, o paciente que não o fez antes, não conseguir expressar mais a sua vontade ante sua precária situação de saúde, e os familiares poderão ser dissidentes quanto à tomada de decisão. Em casos assim, como estabelecer uma regra para solução?

Percebe-se, ante a dificuldade do tema, que qualidade de vida no processo de morrer ou nos tempos finais da vida não se confunde com a busca consciente e voluntária pela morte,

---

<sup>12</sup> Ver cap. 14 da obra de DWORKIN, Ronald. **A Virtude Soberana**: a teoria e a prática da igualdade. Tradução de Jussara Simões. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

<sup>13</sup> “O testamento vital consiste num documento, devidamente assinado, em que o interessado juridicamente capaz declara quais tipos de tratamentos médicos aceita ou rejeita, o que deve ser obedecido nos casos futuros em que se encontre em situação que o impossibilite de manifestar sua vontade, como, por exemplo, o coma. Ao contrário dos testamentos em geral, que são atos jurídicos destinados à produção de efeitos *post mortem*, os testamentos vitais são dirigidos à eficácia jurídica antes da morte do interessado”. GODINHO, Adriano Marteleto. Testamento vital e o ordenamento brasileiro. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 15, n. 2545, 20 jun. 2010. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/15066/testamento-vital-e-o-ordenamento-brasileiro>>. Acesso em: 10. maio 2016.

seja a partir da decisão médica, seja do paciente ou familiares, ou até mesmo das diretrizes políticas de saúde pública. Por isso, o prisma protagonista não pode ser a morte, mas o tratamento qualitativo. Os serviços de saúde pautam-se em três principais paradigmas: o da prevenção, o da cura e o do cuidado. Esse último vem se afirmando e se torna uma necessidade dissociável da maneira dos profissionais da área da saúde tratarem seus pacientes em geral, sobretudo aqueles que se encontram em situações irreversíveis. Enquanto o sistema de curar é marcado pela medicina de alta tecnologia e unidades de terapia intensiva, o paradigma do cuidar deve ser utilizado sempre e não apenas como prêmio de consolação quando a técnica não vence (cura não obtida). “A medicina orientada para o alívio do sofrimento estará mais preocupada com a *pessoa doente* do que com a *doença da pessoa*”. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007, p. 412).

O conceito de cuidados paliativos evoluiu ao longo do tempo e, atualmente, não se restringe mais a um órgão, idade ou tipo de patologia. Segundo Pessini e Barchifontaine, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu pela primeira vez a prática do cuidar em 1990 e, em 2002, ampliou o conceito, passando a defini-la como uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através de prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. Com isso, a OMS definiu os três primeiros princípios fundamentais dos cuidados paliativos: 1. Alívio da dor e de outros sintomas; 2. Afirmação da vida, e ver o morrer como um processo normal; 3. Não apressar e muito menos adiar a morte. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007, p. 361-362).

As dificuldades são, como visto, inúmeras, mas os avanços também se demonstram de maneira considerada. Não há dúvida que as doutrinas abrangentes interferem na decisão sobre o conteúdo moral de se abreviar a vida ou de se adiar a morte, mas as questões de ordem prática também mitigam os anseios de se regulamentar para todos a melhor forma de se proceder diante do emblema da morte digna. É consensual, porém, que o respeito à dignidade humana se realiza nos cuidados paliativos, cujas práticas devem ser incessantemente aprimoradas.

## **Conclusão**

Procurou-se, neste artigo, interpretar a experiência humana da morte à luz da bioética e do biodireito. A reflexão inicial, relativa a uma abordagem conceitual sobre a morte,

ressaltou a complexidade desta experiência, que envolve, ao mesmo tempo, quem se encontra na fase terminal da vida, como seus familiares, amigos e conhecidos. A esse respeito torna-se fundamental que todo comportamento seja pautado pela tutela da dignidade da pessoa humana, que tem valor e não preço, conforme a expressão kantiana. A morte, como concepção, não limita seus reflexos apenas àquele que parte (dimensão subjetiva), mas a todos os que ficam (dimensão objetiva), impactando fortemente em seus sentimentos e na forma de ver a vida que segue. A morte, pois, precisa ser vivida com dignidade, em todas as suas dimensões.

Diante do questionamento que diz respeito à hipótese da pessoa solicitar a própria morte, um “direito subjetivo à morte”, é preciso considerar que a ética não pode se furta da dimensão objetiva da dignidade e do próprio valor/princípio da vida, que não se limita ao seu titular. O ser humano, portanto, não tem o direito de exigir a própria morte.

A apresentação das devidas distinções quanto à eutanásia (positiva e negativa), à distanásia e à ortotanásia conduzem as correntes da bioética e do biodireito a se aproximarem da prática que caracteriza o respeito à dignidade humana, distanciando o conceito de suicídio assistido da ortotanásia, a qual avança nos acesites teóricos, mas ainda carece de regulamentação pelo ordenamento jurídico brasileiro, sobretudo pelas implicações práticas.

Por fim, se os avanços da bioética e do biodireito podem ser destacados no sentido de não estimular o suicídio assistido, por outro existem dificuldades em se estabelecer um limite ético para que haja uma morte digna. Em muitos casos não há como julgar a intenção daquele que solicita e daquele que ministra alta dosagem de medicamentos, se o fim é mesmo somente o alívio da dor, ou se objetiva a morte subsequente.

Tudo isso aponta para a necessidade de continuar considerando e estudando essa problemática, com o objetivo de garantir sempre uma morte digna.

## Referências

ALONSO, Félix Ruiz. Dignidade da Pessoa Humana e Inviolabilidade da Vida. In: VELLOSO, Carlos Mário da Silva; ROSAS, Roberto; AMARAL, Aintonio Carlos Rodrigues do (Coords.). **Princípios Constitucionais Fundamentais**: estudos em homenagem ao professor Ives Gandra da Silva Martins. São Paulo: Lex, 2005.

BRASIL. Senado Federal. Parecer sobre o Projeto de Lei do Senado nº 116 de 2000. Relatório do Senador Augusto Botelho. 17 nov. 2009. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/43807>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

- BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
- CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal** – parte especial. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. v. II.
- DURAND, Guy. **Introdução Geral à Bioética**: histórias, conceitos e instrumentos. Tradução de Nicolás Nyimi Campanário. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2007.
- DWORKIN, Ronald. **A Virtude Soberana**: a teoria e a prática da igualdade. Tradução de Jussara Simões. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- FERNANDES, Maria de Fátima Prado; FREITAS, Genival Fernandes de. Processo de Morrer. In: OGUISSO, Taka; ZOBOLI, Elma (Orgs.). **Ética e Bioética**: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole, 2006.
- GODINHO, Adriano Marteleto. Testamento vital e o ordenamento brasileiro. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 15, n. 2545, 20 jun. 2010. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/15066/testamento-vital-e-o-ordenamento-brasileiro>>. Acesso em: 10. mai. 2016.
- KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos**. Tradução de Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Claret, 2004.
- MORAES, Alexandre de. **Constituição do Brasil Interpretada e Legislação Constitucional**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- MORITZ, Rachel Duarte. A morte e o Morrer nas Unidades de Terapia Intensiva. In: DAVID, Cid Marcos. **Medicina Intensiva**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p. 68-78.
- PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Qualidade de Vida na Velhice. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas Atuais de Bioética**. 8. ed revista e ampliada, São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.
- RAMPAZZO, Lino. **Antropologia**: religiões e valores cristãos. São Paulo: Paulus, 2014.
- RAMPAZZO, Sarah Ruth de Toledo Piza. Direitos Humanos e Morte Encefálica: um questionamento ético-jurídico. In: . In: RAMPAZZO, Lino; JIMÉNEZ SERRANO, Pablo; MOTTA, Ivan Martins (Orgs.). **Direitos Humanos e Bioética**. Lorena: Unisal, 2014. Disponível em: <<http://www.lo.unisal.br/direito/semi/publicacoes.aspx?livro=DHBIO>>. Acesso em: 20 jul. 2016.
- RICOEUR, Paul. **O Justo 2**: justiça e verdade e outros estudos. Tradução de Ivone C. Benedetti. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- TORRES, Ricardo Lobo. O Princípio Fundamental da Dignidade Humana. In: VELLOSO, Carlos Mário da Silva; ROSAS, Roberto; AMARAL, Aintonio Carlos Rodrigues do (Coords.). **Princípios Constitucionais Fundamentais**: estudos em homenagem ao professor Ives Gandra da Silva Martins. São Paulo: Lex, 2005.