

# ALGUMAS SITUAÇÕES DE TERMINALIDADE DA VIDA À LUZ DO DIREITO À MORTE DIGNA<sup>1</sup>

*Ianaina Santos Lemos Rechmann<sup>2</sup>*

*Itanaina Lemos Rechmann<sup>3</sup>*

*Lorena Rosário Martins<sup>4</sup>*

**RESUMO:** A morte é encarada de forma diversa por cada cultura, não sendo comum aos brasileiros falarem sobre ou cultuarem a morte e os mortos. Prova disto é a resistência desta sociedade quanto à confecção de testamentos, como se este fosse o prelúdio do intitulado fim da vida cujo homem, com sua vasta tecnologia, não consegue impedir; quando muito a prolonga, ainda que por tempo limitado, o que levanta a discussão acerca do direito à morte digna, a partir de situações de terminalidade da vida como a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia.

**Palavras-chave:** Morte digna; Eutanásia; Distanásia; Ortotanásia.

## INTRODUÇÃO

A finitude da vida humana ou, dito de outra forma, a morte, não é tema comum entre as rodas de debates, tampouco nas discussões do seio familiar. E isto porque não é uma prática brasileira falar sobre a morte. A morte é tema que assusta, entristece e, por isso, o homem médio dela não fala ou dela procura esquivar-se.

Na Idade Média, a morte era esperada e seus sinais eram observados pelos próprios indivíduos. Neste contexto havia a morte maldita, que ocorria de forma súbita e sem tempo para que pudessem ser feitos os rituais de costume da época. Posteriormente, passou-se a observar uma morte familiar (ou domesticada), a qual era assistida por familiares, vizinhos e padres, que podiam assistir o moribundo. Com o avanço da medicina, a morte passou a ser caracterizada como selvagem, em que rituais de

---

<sup>1</sup> Resumo ampliado acerca do tema morte digna confeccionado à luz da Bioética, conjugando percepções das áreas do Direito, da Enfermagem e da Psicologia, diante da multidisciplinaridade do tema.

<sup>2</sup> Bacharela em Enfermagem pela Universidade Salvador – UNIFACS, com mérito acadêmico. Especialista em Enfermagem em UTI pela Atualiza. Supervisora de estágio na Universidade Maurício de Nassau, com atuação nos Hospitais Couto Maia, Ernesto Simões Filho e Aristides Maltez. Professora do Curso de Análises Clínicas na Escola Técnica da Bahia. E-mail: iana\_ina@hotmail.com.

<sup>3</sup> Bacharela em Direito pela Universidade Salvador – UNIFACS, com diploma de honra ao mérito. Pós-graduanda em Direito Público na UNIFACS. Mestranda na linha de Direitos Pós-Modernos: Bioética, Cibernética, Ecologia e Direito Animal pela Universidade Federal da Bahia - UFBA. Membro do Grupo de Pesquisa Vida, na área de Bioética, na UFBA. Advogada no escritório Borel & Prates Advogados Associados, com atuação em Direito Empresarial, Civil e Consumidor. E-mail: itana.rechmann@hotmail.com.

<sup>4</sup> Graduanda do 10º semestre em Psicologia na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSp. Estágio curricular em Psicologia Hospitalar no Hospital Aristides Maltez. Responsável pelo Departamento de Psicologia do Centro de Oclusão e Articulação Temporomandibular – COAT da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia – FOUFBA. E-mail: lorena.martins1@hotmail.com

passagem e despedida eram negados porque se deixou de morrer em casa e passou a entrar em voga a cultura de esconder o fato de que a morte, um dia, chega para todos (MANNONI, 1995, p. 40-41).

Em virtude do advento de novas técnicas médicas para prolongamento da vida humana, o sujeito foi perdendo o direito sobre sua própria morte, de saber sobre o que está acontecendo consigo. A morte, então, passou a ser controlada por profissionais, em particular, os de saúde, razão pela qual hoje se sustenta a necessidade de que haja um cuidado humanizado acerca do paciente terminal, fornecendo a ele e à sua família um ambiente acolhedor, que amenize o sofrimento, o medo da morte e permita o enfretamento da dor causada pela inevitabilidade da morte (CASSORLA, 2002, p. 352).

Muito se fala em dignidade da vida humana, como reflexo que dimana da dignidade da pessoa humana insculpida no texto constitucional. Com base nessa dignidade outros direitos são objetos de discussões, como o direito à saúde, ao lazer, ao trabalho, mas não se fala em um direito à morte digna. É preciso, pois, reconhecer essa condição natural, essa morte como um fim de vida para assegurar-lhe também a dignidade.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

De início, alguns conceitos em torno da terminalidade da vida devem ser fixados, são eles: eutanásia, distanásia, e ortotanásia.

A eutanásia é a ação médica que tem por finalidade abreviar a vida do paciente, com o consentimento deste, provocando ou antecipando a sua morte, movido que está por sentimento de compaixão diante do sofrimento do paciente acometido com doença incurável (BARROSO; MARTEL, 2010, p. 72)

Este conceito diz respeito especificamente à eutanásia ativa, a qual exige uma atuação do agente, a exemplo de uma injeção letal. A eutanásia ativa poderá, ainda, ser direta, com a intenção de abreviar a vida, ou indireta, sem a intenção de abreviar, mas que pode ter essa consequência, a exemplo da injeção de morfina. Por ser restrito, o conceito acima não abarca a eutanásia passiva, a qual refere-se a uma omissão do agente, a exemplo da suspensão de tratamento médico.

A eutanásia difere-se do suicídio assistido na medida em que neste a morte não depende diretamente da ação de terceiro, sendo, pois, uma consequência da ação do

próprio paciente, o qual pode ter sido orientado, auxiliado ou apenas observado pelo terceiro (BARROSO; MARTEL, 2010, p. 75).

Em que pese se tratar de morte voluntária, o Código Penal, em seu artigo 121, §1º, entendendo pela impossibilidade de dispor do direito à vida nessa situação, trata a eutanásia como homicídio privilegiado, não exigindo que a eutanásia seja praticada por médico.

Há, ainda, a eutanásia social, a morte miserável, fora e antes da hora, a qual vem a ser a mistanásia. Esta pode ser conceituada como a morte sem assistência médica, por carência social, falta de condições econômicas e políticas, que se refletem na falta de acesso ao Judiciário e na deficiente proteção de direitos fundamentais.

A distanásia, por sua vez, dedica-se a prolongar ao máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte como último e grande inimigo. A distanásia erra não conseguindo discernir quando intervenções terapêuticas são inúteis e quando se deve deixar a pessoa abraçar em paz a morte como desfecho natural de sua vida, podendo, inclusive, ser a distanásia compreendida como tortura, sendo esta vedada pelo texto constitucional.

Assim, a distanásia pode ser conceituada como o prolongamento artificial e indesejado do processo de morte do paciente, o qual não tem chances de cura, de modo que o uso desmedido de recursos inúteis e desproporcionais tão somente prolongam o seu sofrimento e a sua agonia (BARROSO; MARTEL, 2010, p. 73).

Pacientes em contexto de terminalidade tendem a ser vistos como pessoas “sem vez e sem voz”, seja pela situação de final de vida, seja pelas consequências que isto acarreta para o núcleo familiar, considerando as situações nas quais não há mais uma linha de tratamento possível para que seja alcançada a cura da doença que acomete o paciente, devendo-se, contudo, serem mantidos os cuidados paliativos<sup>5</sup>, ao tempo em que é combatida a obstinação terapêutica, o prolongamento do processo de morte com tratamentos e técnicas fúteis, que ferem a qualidade de fim de vida do paciente (KOVÁCS, 2014, p. 95-96).

---

<sup>5</sup> A Organização Mundial da Saúde define cuidados paliativos como sendo a “assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. ”. Informação extraída do site [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados\\_paliativos](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos)

Pacientes no fim da vida necessitam de um toque terapêutico sob a perspectiva de uma morte digna, livre do sofrimento, de modo que, quando o paciente, em um leito hospitalar, já em processo de morte, ainda se encontra repleto de emaranhados de cabos, monitores e circuitos de sondas, cateteres e afins, apitos sonoros e constantes invasões ao corpo, a sua dignidade não está sendo resguardada.

Em pacientes terminais, o toque terapêutico, reconhecido como prática complementar de Enfermagem pelo Conselho Federal de Enfermagem, de acordo com a Resolução COFEN n.º 197/1997, é uma medida adotada como forma de transferir afeto e segurança. Essa técnica, além de promover sensação de conforto e relaxamento, é capaz de aliviar a dor. Contudo, não é uma prática obrigatória, mas uma medida adotada espontaneamente e trata-se do cuidado humanizado do profissional.

Com base nesse cuidado humanizado, chega-se ao último conceito a ser apresentado, qual seja, o da ortotanásia, a qual é entendida como exercício regular da medicina, com base no artigo 23 do Código Penal, na medida em que a morte não é retardada com tratamentos extraordinários e desproporcionais os quais, acaso levados adiante, equivaleriam à tortura. A conduta poderá, ainda, ser considerada atípica, de modo que não há que se falar em garantia de vida daquele que está em morte iminente, não obstante sejam mantidos os cuidados paliativos os quais consistem na utilização da tecnologia para, na medida do possível, diminuir a dor e o sofrimento do paciente (BARROSO; MARTEL, 2010, p. 74).

Acerca da ortotanásia, a Resolução n.º 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina regulamenta a suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente terminal. A resolução reconhece a autonomia do paciente perante a possibilidade de suspensão dos tratamentos médicos, de modo que, de acordo com o artigo 1º, *caput*, da mencionada resolução, o médico deve respeitar a vontade do paciente ou seu representante legal acerca da limitação ou suspensão dos procedimentos e tratamentos que prolonguem a sua vida, em fase terminal, sendo, ainda, assegurado ao paciente e/ou seu representante legal o direito de solicitar segunda opinião médica, conforme §3º, do artigo 1º da citada resolução.

Ainda sobre a ortotanásia, Luís Roberto Barroso e Letícia de Campos Velho Martel (2010, p. 69) concluem pela admissibilidade da mesma, após refletirem acerca da existência de um direito à morte no tempo definido a juízo do indivíduo e de questionarem a existência de um direito à morte digna que decorreria da própria

dignidade humana insculpida no artigo 1º, inciso III, da Constituição de 1988 como um dos fundamentos da República.

Tendo como norte, justamente, a dignidade da pessoa humana, deve-se observar que esta veda a instrumentalização da pessoa, de modo a constituir-se como expressão da autonomia privada, no plano dos direitos individuais, cabendo, pois, a cada indivíduo decidir sobre seus projetos existenciais, desenvolvendo livremente a sua personalidade (capacidade de autodeterminação) (BARROSO; MARTEL, 2010, p. 83-85).

Fato é que, dotado de sensibilidades e condicionado pelas emoções, o homem necessita de um apoio que acalente a dor, pois o medo da morte é cercado de sentimentos negativos. De acordo com Kübler-Ross (1996, p. 274), a descoberta de uma doença potencialmente terminal é fator que desencadeia desestruturação psíquica, que provoca a necessidade de serem feitas mudanças à realidade vivida, e assim, leva a estágios emocionais específicos (negação e isolamento; raiva; barganha; depressão; e aceitação), que não se seguem em ordem rígida ou sequencial.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É possível perceber que o conhecimento e a difusão de experiências acerca da circunstância e elaboração do processo de morte são de fundamental importância, diante da inevitabilidade da morte.

O direito à morte digna exige uma discussão interdisciplinar entre as áreas da saúde, do direito e da psicologia, à luz dos parâmetros bioéticos.

Assim, as situações de terminalidade da vida que foram brevemente apresentadas no presente, quais sejam, a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia devem ser analisadas a partir do reconhecimento de que a dignidade humana irradia para alcançar também o processo de morte, sustentando-se que a ortotanásia condiz com a almejada morte digna.

Com base nos conceitos que foram apresentados, salta aos olhos que o princípio bioético da autonomia está diretamente relacionado com o direito à morte digna, sobretudo quando em determinadas situações de terminalidade o paciente se encontra impossibilitado de expressar a sua vontade. Mas também os princípios da beneficência e não maleficência encontram guarida, na medida em que o profissional de saúde jamais deve voltar suas práticas para a antecipação da morte do paciente ou adotar medidas que possam infringir a dignidade do mesmo, tampouco usar tratamentos inúteis, que o

prejudiquem o lesem em virtude da irreversibilidade do processo de morte porventura instaurado.

Dessa forma, é um direito do paciente que lhes sejam mantidos os cuidados paliativos quando já instaurado e irreversível o processo de morte, devendo o médico abster-se de técnicas invasivas e inúteis, sob pena de o tratamento caracterizar-se, inclusive, como tortura ao ferir a dignidade do paciente.

## **REFERÊNCIAS**

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. **Panóptica** 19 (2010): 69-104.

CASSORLA, Roosevelt M. S. A morte e o morrer (p. 352-364). In: BOTEGA, Neury José (org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

KOVÁCS, Maria Júlia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev. Boética*, v. 22, n. 1. P. 94-104, 2014.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.

MANNONI, Maud. O homem diante da morte (p. 39-81). In: MANNONI, Maud. *O nomeável e o inominável: a última palavra da vida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1995.