

**XXV ENCONTRO NACIONAL DO
CONPEDI - BRASÍLIA/DF**

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

LETÍCIA ALBUQUERQUE

MÔNICA NEVES AGUIAR DA SILVA

VALMIR CÉSAR POZZETTI

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN

Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP

Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC

Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:

Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini Sanches – UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)

Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF

Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDI

Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC

Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG

Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA

Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

B615

Biodireito e direito dos animais [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UnB/UCB/IDP/UDF;

Coordenadores: Letícia Albuquerque, Mônica Neves Aguiar Da Silva, Valmir César Pozzetti – Florianópolis: CONPEDI, 2016.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-210-1

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: DIREITO E DESIGUALDADES: Diagnósticos e Perspectivas para um Brasil Justo.

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Encontros. 2. Biodireito. 3. Direito dos Animais.
I. Encontro Nacional do CONPEDI (25. : 2016 : Brasília, DF).

CDU: 34



XXV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - BRASÍLIA/DF

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

Apresentação

A edição do XXV Congresso Nacional do CONPEDI, ocorrida em Brasília, em julho de 2016 consolida o Biodireito e o Direito dos Animais como áreas de ampla produção acadêmica em programas os mais diversos, em todos os quadrantes do país.

O grande interesse demonstrado pelos pesquisadores em estudar temas dessas áreas encontrou, nas sessões do Grupo de Trabalho realizadas no evento, uma enorme receptividade e oportunidade de discussão.

A obra que ora apresentamos reúne os artigos selecionados, pelo sistema de dupla revisão cega, por avaliadores ad hoc, para apresentação no evento.

Diversamente do ocorrido em edições anteriores, na atual obra constatamos uma diversidade temática tal, incapaz de propiciar um bloco de interesse específico dos pesquisadores, senão que estamos ampliando, cada vez mais, o alcance do Direito nos temas discutidos.

Apresentamos, assim, os trabalhos desta edição.

O trabalho intitulado “A MORTE DIGNA EM PACIENTES TERMINAIS POR MEIO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO BRASIL”, de autoria de Janaína Reckziegel e Beatriz Diana Bauermann Coninck, aborda dados históricos e a partir daí, procura oferecer suporte teórico apto a distinguir-se a eutanásia e o suicídio assistido. Ocupa-se, ainda, da ortotanásia para defini-la como uma forma digna de morrer. Examina os cuidados paliativos na realidade brasileira, e procura responder de que maneira a morte de pacientes terminais tem ocorrido no Brasil, fazendo uso do método dedutivo de abordagem qualitativa.

Os autores Valmir César Pozzetti e Lais Batista Guerra trabalham “A NECESSIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE UM CÓDIGO DE ÉTICA ALIMENTAR E DE UMA LISTA NEGRA PARA O MAU PRODUTOR DE ALIMENTOS TRANSGÊNICOS”. Após afirmarem que os alimentos transgênicos, criação da engenharia genética, foram introduzidos no mercado consumidor ao arrepio do Princípio da Precaução, concluem que é possível criar um Código de Ética e uma lista negra para tipificar o produtor que cause prejuízos à sociedade.

Trazendo em seu título já anunciada a circunstância de que o trabalho é realizado em atividade comparativa entre o sistema brasileiro e o suíço Gabriela Franziska Schoch Santos Carvalho e Rafael Speck de Souza identificam no texto “A PROTEÇÃO JURÍDICA DOS ANIMAIS NO BRASIL E NA SUÍÇA: ASPECTOS LEGAIS COMPARADOS” normas constitucionais em ambos os países que se referem à defesa do direito dos animais e, em seguida, buscam analisar normas infraconstitucionais, de natureza federal, aptas a gerarem essa efetiva proteção.

Patrícia Farias dos Santos se debruça, em seu texto “A REPRODUÇÃO ASSISTIDA HETERÓLOGA, ASPECTOS JURÍDICOS E A CONTROVÉRSIA JURÍDICA EM RELAÇÃO A IDENTIDADE DO DOADOR”, sobre alguns aspectos controvertidos a respeito da reprodução assistida heteróloga, em especial a questão relacionada entre o sigilo da identidade do doador e o direito ao conhecimento da identidade genética. Ao fazê-lo, procura realizar uma análise das normas legais aplicáveis no Brasil e o entendimento dos tribunais pátrios.

Carlos Augusto Lima Campos brinda seus leitores com um trabalho no qual procura analisar o discurso de profissionais da área de saúde no estado de Santa Catarina sob o título “ANÁLISE DO DISCURSO RELIGIOSO À LUZ DA ÉTICA MÉDICA: O MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA E A CONSTRUÇÃO DE UMA TEORIA ARGUMENTATIVA”

O tema sobre “AS (IN) CERTEZAS DA TECNOCIÊNCIA E O DIREITO: UMA ABORDAGEM NECESSÁRIA” é explorado por Ester de Carvalho em estudo que pretende entender, com base na interdisciplinaridade que o tema exige e nos preceitos Bioéticos, as dificuldades afetas à resolução de conflitos tecnociêntíficos em tempos de (in) certeza. Procura demonstrar o alcance da tecnociência, dada a velocidade das modificações que propõe, e o que a autora entende como dificuldade intrínseca das ciências jurídicas em fortalecer seus institutos de 'dever ser' em situações de risco e escassez de certezas.

O direito a ter filhos, a intimidade genética e a indevida ingerência do Estado alcançando esfera eminentemente privada, foi o tema trazido por Helena Cristina Aguiar De Paula Vilela e Maria Cristina Paiva Santiago em seu texto “ASPECTOS ÉTICO-JURÍDICOS DO EMBRIÃO IN VITRO: CASO ARTAVIA MURILLO VS. COSTA RICA”.

Tema sempre presente em outras edições do CONPEDI, a maternidade por gestação substituta ganhou colorido especial quando abordada a questão referente à nacionalidade do

nascido no exterior, em decorrência da técnica no texto de Florisbal de Souza Del Olmo. Sob o título “BARRIGA DE ALUGUEL NO EXTERIOR E A AQUISIÇÃO DA NACIONALIDADE BRASILEIRA”.

Em “BIODIREITO, ANIMAL DE ESTIMAÇÃO E EQUILÍBRIO FAMILIAR: APONTAMENTOS INICIAIS”, Tereza Rodrigues Vieira traça um panorama acerca da relação dos animais de estimação no âmbito familiar através das discussões levadas ao judiciário sobre a situação jurídica destes animais. Para a autora, em razão da vulnerabilidades dos animais, as soluções jurídicas adotadas nesses casos devem sempre considerar o bem-estar animal.

Mariana Carolina Lemes e Patrícia Nunes Lima Bianchi, abordam a questão dos ORGANISMOS GENETICAMENTE MODIFICADOS (OGMS) E A ATUAL POLITICA BRASILEIRA PARA O TEMA, ressaltando os dez anos da edição da Lei nº 11.105/2005 sobre o tema.

Diego Fonseca Mascarenhas e Debora Simões Pereira, em “DIREITO HUMANO AO BOM USO DA CIÊNCIA NA PESQUISA FARMACOLÓGICA: CRITICAS AO MÉTODO CIENTIFICO E DO PODER SOBRE O CORPO” problematizam a questão da possibilidade de desenvolvimento do direito humano a uma boa ciência ou um bom desenvolvimento da ciência, por meio do direito alinhavado à bioética, analisando a conjuntura mercadológica dos fármacos. Os autores abordam ainda questão da violência sobre os direitos fundamentais realizada pela indústria farmacêutica e discutem o enquadramento do direito e da democracia como elementos de proteção aos direitos fundamentais.

Suelen de Souza Fernandes aborda o cenário das normas brasileiras quanto aos animais não humanos e sua relação com os animais humanos, bem como a não efetividade do texto constitucional sobre a proteção dos animais não humanos, no artigo “DIREITOS ANIMAIS E A PROBLEMÁTICA DA EFETIVIDADE DA NORMA CONSTITUCIONAL”. Ana Virginia Gabrich Fonseca Freire Ramos e Beatriz Souza Costa em “EU QUERO IR PARA O CÉU? O CASO DE JULIANNA SNOW”, apresentam através do caso da menina norte-americana Julianna Snow o importante debate sobre capacidade, vulnerabilidade e autonomia privada.

Vera Lucia da Silva e Marcelo Saccardo Branco, em “LIMITAÇÕES JURÍDICAS À EXPERIMENTAÇÃO NO NOVO ESTATUTO DOS ANIMAIS” discutem a questão da

experimentação animal a partir de dois pontos principais: primeiro, uma abordagem teórica do biodireito e da bioética; e, depois, através da análise da Lei Arouca e do Projeto de Lei que visa alterar a Lei Arouca, atualmente em tramitação no Senado Federal.

Isabele Bruna Barbieri e Paulo Roney Ávila Fagúndez em “BIODIREITO E A POLUIÇÃO INVISÍVEL: INTRODUÇÃO À COMPLEXIDADE” apresentam uma análise e reflexão sobre a importância do pensamento complexo para avaliar as diversas formas de poluição invisível, a fim de que o biodireito e a bioética atuem para melhor regulamentar os direitos humanos fundamentais, à vida, à saúde, à dignidade do homem e das demais formas de vida.

Riva Sobrado De Freitas e Daniela Zilio investigam a possibilidade de que o direito à autonomia do paciente terminal possa alicerçar um possível direito à morte digna no artigo intitulado “O DIREITO À MORTE DIGNA SOB A PERSPECTIVA DO DIREITO À AUTONOMIA DO PACIENTE TERMINAL”.

Em “O PARADOXO ENTRE A AUTONOMIA E A BENEFICÊNCIA NAS QUESTÕES DE SAÚDE: QUANDO O PODER ENCONTRA A VULNERABILIDADE”, Mônica Neves Aguiar da Silva apresenta uma proposta para equilibrar o respeito pela autonomia e o princípio da beneficência, de modo a afastar o paternalismo forte ou radical.

Em “O PRINCÍPIO BIOÉTICO DA AUTONOMIA ANTE O RISCO DE TESTES DE MEDICAMENTOS REALIZADOS EM SERES HUMANOS”, Gustavo Oliveira e Larissa Schuller buscam, através do Princípio da Autonomia, enfatizar que a Teoria do Risco deve ser empregada com cautela no tocante ao uso de medicamentos em seres humanos, uma vez que o desenvolvimento científico deve estar a serviço da preservação da vida com dignidade. Trazem uma abordagem histórica sobre o uso de medicamentos em seres humanos, sem o consentimento esclarecido destes e, à luz dos princípios Bioéticos, da legislação nacional e internacional, e da Teoria do Risco (Ulrich Beck), concluem que a liberdade de escolha não é absoluta; eis que deve haver um equilíbrio entre tais institutos e o princípio da Dignidade da pessoa humana.

Já Heron Gordilho e Raíssa Pimentel, fazem uma análise sobre o status moral e jurídico que as correntes da filosofia ambiental reivindicam aos animais e à natureza. Em “OS ANIMAIS, A NATUREZA E AS TRÊS ECOFILOSOFIAS”, buscam fundamentar seus argumentos no texto Constitucional e na Teoria da “Ecologia Profunda”, proposta por Arne Naess (1.973). Concluem que o estudo é extremamente relevante, pois sem a natureza e sem os animais, não haverá vida no planeta e propõem a concretização de uma disciplina nos cursos de Direito, intitulada “Direitos dos Animais”, bem como a construção de uma Ética Animal.

Em “PATRIMÔNIO GENÉTICO : UMA ABORDAGEM CONCEITUAL INTERDISCIPLINAR E ANÁLISE COMPARATIVA DOS MARCOS REGULATÓRIOS BRASILEIRO E SUÍÇO”, Nathalia Brito e Émilien Reis abordam, primeiramente, o acesso como a repartição do patrimônio Genético, no Direito Comparado (Brasil x Suíça), definindo, inicialmente, o que seria Patrimônio Genético e sua composição, para depois discorrer sobre a titularidade e acesso a esse patrimônio. Destacam a proteção jurídica no Brasil, bem como na suíça e, finalizam concluindo que o Patrimônio Genético não é apenas um elemento constituinte dos seres vivos, mas compreende também : processos, substâncias e informações que podem ser utilizados pelo ser humano e que, dessa forma, a tutela do Patrimônio Genético precisa superar conflitos, buscando como norte, as diretrizes do Protocolo de Nagoya, principalmente no tocante à repartição de benefícios e transferência de tecnologia.

Célia Alcântara Lima, em “PESQUISA EM SERES HUMANOS: PERSPECTIVAS ATUAIS NO BRASIL” aborda a normatização Ética na experimentação em seres humanos no Brasil, através do CONEP. Para isso, faz uma análise dos Princípios Internacionais da Bioética buscando nestes, subsídios teóricos para a regulamentação brasileira. A autora, depois de um esboço histórico, analisa as infrações éticas ocorridas destacando o marco regulatório de pesquisas em seres humanos no Brasil e a atuação do CONEP, as diretrizes da Lei de Biossegurança (11.105/2005) e a necessidade de se aprovar o PL nº 200/2015 de proposição do Senador Aloysio Nunes Ferreira que prevê mudanças que gerarão maior proteção dos seres humanos.

Já Fernanda Medeiros e Giovana Hess tratam, em “PROTEÇÃO JURÍDICA AOS ANIMAIS NO BRASIL: REFLEXOES ENTRE O DECRETO Nº 24.645/34 E O PROJETO DE LEI DO SENADO FEDERAL Nº 351/15”, do conteúdo do PL Nº 351/15, que visa alterar o Código Civil, para descaracterizar os animais como coisa e incluí-los como bens. Fazem um esboço histórico e legislativo do assunto até os dias de hoje, concluindo que o PL é um retrocesso legislativo, vez que todo ser vivo hodiernamente passa a ser sujeito de direito e de proteção estatal e, conforme artigo 225 da CF/88, deve ser, a eles, atribuída a “dignidade”, tendo em vista sua integração junto aos seres humanos.

Anna Rettore e Maria de Fátima Freire Sá, em “REGISTRO CIVIL DE CRIANÇAS NASCIDAS DE GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DE JULGAMENTOS PELO TRIBUNAL SUPREMO ESPANHOL”, tratam, com clareza e robustez, do registro civil de crianças nascidas de gestação de substituição no Brasil, onde não há legislação protetiva; o artigo faz uma comparação com o direito Espanhol e analisa, no Brasil, a Resolução nº 2.121/2015 do CRM e o Provimento nº 52/2016 do CNJ, como únicos amparos legais para assegurar a dignidade a essas crianças.

Em “TRANSPLANTE E ANIMAIS: QUESTÕES ÉTICAS E NORMATIVAS”, Mary Chalfun traz uma reflexão sobre a “coisificação” da vida não humana, no tocante ao uso indiscriminado de animais que serão utilizados para transplantar seres humanos. Faz uma reflexão sobre qual vida é mais importante: de humanos ou de não humanos ? Faz uma digressão sobre a valorização da vida dos animais e sobre a ética e fundamenta o seu discurso na Ética e Biodireito, provocando o enfrentamento da problemática: é possível a evolução da medicina em prol da saúde humana com desrespeito à vida de animais não humanos?

Fernanda Cardozo e Patrícia Marcheto, em “ZIKA VÍRUS, MICROCEFALIA E ABORTO: O PAPEL DA BIOÉTICA PERANTE O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA, O DIREITO À VIDA E À SAÚDE”, enfrentam a problemática do aborto em relação aos fetos acometidos pelo Zika Vírus, comparando-os aos fetos Anencéfalos (objeto da ADPF nº 54) e, com fundamento no Princípio da Autonomia e do dever do Estado em garantir a saúde, concluem que é possível descriminalizar o aborto do feto, em casos de Microcefalia.

Finalizando, Danielle Espinoza em “DÁ-ME TEU TESTE GENÉTICO E TE DIREI QUEM ÉS – A PROTEÇÃO CONSTITUCIONAL DOS DADOS GENÉTICOS NA ERA DA BIOTECNOLOGIA.”, a autora Danielle Espinoza analisa a tutela constitucional da proteção de dados biológicos do indivíduo no âmbito do “direito à identidade genética”. Discorre, dentre outras situações, sobre a impossibilidade de um futuro e provável empregador acessar o banco de dados genético de uma candidato a emprego e, após conhecer sua constituição genética, negar-lhe o emprego. A autora destaca que o “Direito” deve regulamentar a inovação tecnológica e o progresso científico à fim de evitar a “discriminação genética”, uma vez que se a discriminação genética não for vedada pela normas jurídicas, empregadores, planos de saúde, seguradoras, etc..., podem utilizar os “bancos genéticos” à prejuízo do indivíduo.

Assim, a presente obra é um verdadeiro repositório de reflexões sobre Biodireito e Direito dos Animais, o que nos leva a concluir que as reflexões jurídicas, nessa obra, são contribuições valiosas no tocante a oferta de proposições que assegurem Direitos aos Animais Humanos e Não Humanos. Reflexões estas que devem ser levadas ao conhecimento de todas as Nações, uma vez que o homem não vive só, mas em harmonia com os demais seres, sendo imprescindível discutir e assegurar direitos, não só do homem, mas dos animais não-humanos.

Desejamos, pois, uma excelente leitura a todos.

Profª Drª Letícia Albuquerque

Profª Drª Mônica Neves Aguiar da Silva

Prof. Dr. Valmir César Pozzetti

A MORTE DIGNA EM PACIENTES TERMINAIS POR MEIO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO BRASIL

DIGNIFIED DEATH IN TERMINALLY ILL PATIENTS THROUGH ADVANCE DIRECTIVES IN BRAZIL

Janaína Reckziegel ¹

Beatriz Diana Bauermann Coninck ²

Resumo

O presente artigo visa contemplar a história da morte; os entendimentos filosóficos da morte; verificar se a eutanásia e o suicídio assistido seriam prováveis motivadores da ladeira escorregadia; se a ortotanásia seria uma forma digna de morrer; aferir a validade concreta do direito constitucional à morte digna no ordenamento jurídico brasileiro, examinando os cuidados paliativos na realidade brasileira, e responder de que maneira a morte de pacientes terminais tem ocorrido no Brasil, fazendo uso do método dedutivo de abordagem qualitativa. Conclui-se que coexistem três modalidades ideais de morte: a tradicional, a moderna e a contemporânea.

Palavras-chave: Bioética médica, Cuidados paliativos, Diretivas antecipadas de vontade, Morte digna

Abstract/Resumen/Résumé

This article aims to contemplate the history of death, the philosophical understandings of death; to verify whether euthanasia and assisted suicide would be probable motivators for the happening of the slippery slope; whether orthothanasia would be a dignified way to die; to evaluate the concrete validity of the constitutional right to dignified death in the Brazilian juridical legislation and to examine the palliative care methods applied in this country, by using the deductive method of qualitative approach. It is concluded that may be found tree modalities of death in Brazil: the traditional, the modern and the contemporary.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Medical bioethics, Palliative care, Advanced directives of will, Dignified death

¹ Doutora em Direitos Fundamentais e Novos Direitos pela Universidade Estácio de Sá – RJ. Editora da Revista Espaço Jurídico Journal of Law da Editora UNOESC (Qualis B1) E-mail: janaina.reck@gmail.com.

² Mestranda em Direito no Programa de Pós Graduação Stricto Sensu da Universidade do Oeste de Santa Catarina UNOESC em Bioética sob a orientação da Professora Dra. Janaína Reckziegel. E-mail: beatrizdiana@ibest.com.br

1 INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas na modernidade foram sentidas em todas as esferas sociais e em todas as fases do ciclo vital. O incremento de novos instrumentos e aparatos tecnocientíficos repercutiu na Medicina e atingiu definitivamente a saúde das pessoas e as relações entre profissionais da saúde e pacientes, emergindo, nessa marcha, o desvelo por melhorar a qualidade de vida e a longevidade.

Convencionaram-se conceitos axiologicamente impregnados como a dignidade humana, as noções de autonomia, de liberdade e de propriedade, usados para garantir os interesses políticos e econômicos dominantes. O entendimento a respeito da vida e da morte, assim como os de outros fenômenos vitais, também sofreu alteração na medida em que o homem passou a se colocar no centro do universo.

Em meados do século XX, discutiam-se, abertamente, as possibilidades de um morrer com dignidade diante do crescente aumento de pacientes em situação de terminalidade, em razão das mais variadas enfermidades, trazendo à tona teses que poderiam acentuar a autonomia dos doentes alterando a linha fronteira entre a vida e a morte. Foi nesse cenário que se cunharam as Diretivas Antecipadas de Vontade, como instrumento que pudesse viabilizar a escolha de tratamentos e terapias médicas ao final da vida.

Neste estudo, pretende-se trazer à discussão a história da morte; os entendimentos filosóficos sobre esse fenômeno; verificar se a eutanásia e o suicídio assistido seriam prováveis motivadores da chamada ladeira escorregadia; se a ortotanásia seria uma forma digna de morrer; aferir a validade concreta do direito constitucional à morte digna no ordenamento jurídico brasileiro e examinar os cuidados paliativos na realidade brasileira, e responder, a partir desse estudo, de que maneira a morte de pacientes terminais tem ocorrido no Brasil.

Esse breve escrito não pretende aprofundar as noções de dignidade humana nem explorar a compreensão das Diretivas Antecipadas de Vontade. A construção deste escrito será feita aplicando-se o método dedutivo de abordagem qualitativa em referências nacionais e estrangeiras, partindo-se das noções gerais sobre a morte, a terminalidade e os cuidados paliativos, para então investigar a realidade brasileira.

2 A HISTÓRIA DA MORTE

Foucault (1984, p. 79-80) não compreendeu a Medicina moderna científica, surgida

no final do século XVIII e começo do século XIX, através da anatomia patológica, como individualista. O seu posicionamento foi de que a Medicina moderna é uma Medicina social. A Medicina moderna valoriza a relação médico-paciente. Na Idade Média, a Medicina era individualista com raríssimas manifestações coletivas da atuação médica. O capitalismo não contribuiu para o trânsito da Medicina pública para a privada, mas sim, na contramão disso, socializou esta última, ou seja, socializou o corpo como força produtiva e laboral. A sociedade capitalista empregou no corpo biológico e somático como uma “realidade bio-política”, de sorte que a Medicina é um expediente biopolítico. Para o filósofo, em termos médicos, o corpo e a saúde somente tomaram posição de destaque na segunda metade do século XIX.

O aparecimento dos hospitais ocorreu na segunda metade do século XVII visando a um processo de quarentena médico e político no seio da urbanização, sobretudo francesa, de objetivo higienizador dentro da Medicina urbana, de forma a evitar aglomerações e eventos endêmicos e epidêmicos. Nessa época, foram criados o caixão individual e as sepulturas familiares (FOUCAULT, 1984, p. 89).

A preocupação com os cadáveres, nesse estágio, era político-sanitária e de respeito aos vivos, imbuída de uma concepção médica e não religiosa cristã. O escopo da Medicina urbana era manter a boa circulação de água e de ar. A medicalização da Medicina urbana foi apoiada pela atividade química. A transição para a Medicina científica aconteceu a partir da Medicina social, coletiva e urbana, e não pela Medicina privada, individualizada, centrada no sujeito. A Medicina urbana passou a ser movida pensando-se nas condições de vida e da salubridade (FOUCAULT, 1984, p. 90-93).

Em seu estudo sobre Foucault (1979), Menezes (2003, p. 104) salienta que o autor enfocou a passagem dos cuidados para com os enfermos pela família e religiosos para os médicos e instituições. Ao fim do século XVIII, criaram-se os hospitais gerais, ao mesmo tempo da racionalidade anatômica e clínica consistente na base da moderna Medicina ocidental. Antes disso, contudo, os pobres eram agrupados para morrer em instituições assistenciais denominados “morredouros”. Desde esse novo discurso científico anatômico-clínico, a Medicina foi transformada em ciência do indivíduo, florescendo uma nova perspectiva de integração da morte.

A tese de Foucault (1984, p. 93) é a de que a Medicina dos pobres inglesa visou ao controle da saúde do corpo das camadas mais pobres objetivando torná-los mais capazes para a tarefa laboral e menos ameaçadores às classes abastadas. Desse modelo resultaram três parâmetros: a) Medicina assistencial aos pobres; b) Medicina administrativa voltada para a vacinação e controle de epidemias; c) Medicina privada para quem podia custeá-la.

A Medicina dos séculos XVII e XVIII era individualizada, de modo que os médicos não sabiam como lidar com as realidades hospitalares. A intervenção médica era no doente e na doença em situação de crise, quando precisava observar e acompanhar a evolução dos sinais. A medicalização hospitalar iniciou com os hospitais marítimos e militares em razão de sua desordem econômica onde circulavam mercadorias e especiarias provindas das colônias. Os hospitais passaram de instituições tocadas por religiosos e leigos para as mãos dos médicos (FOUCAULT, 1984, p. 102-103).

No século XX, à morte foi atribuída uma nova definição predominando a utilização de máquinas, ferramentas e práticas que modificaram a linha fronteira entre vida e morte. Surgiu a “morte moderna, medicalizada, ligada a aparelhos, produtora de cadáveres funcionais”¹ (KIND, 2009, p. 14). Nesse século, a Medicina, aliada à prática, à máquina e ao conhecimento, proporcionou melhores condições de vida às pessoas incorporando sempre novos instrumentos. Criou-se, por exemplo, o respirador artificial que assistiu as pessoas acometidas de poliomielite nos Estados Unidos equipando as unidades de terapia intensiva que foram de extrema importância para o atendimento dos soldados feridos na Segunda Guerra Mundial, com novas técnicas de ressuscitação² (KIND, 2009). Esse novo cenário permitiu a inauguração de um problema moral: “corpos com vida”, tão somente com vida porque ligados aos aparatos artificiais que assim permaneciam ligados pela necessidade de manter a vida, postergando a morte (KIND, 2009, p. 14-15).

Em 1957, a Sociedade de Anestesiologia remeteu ao Papa Pio XII algumas questões em torno da morte, respondidas pelo Pontífice (PIO XII, 1957, p. 1.031) através do “*The Prolongation of Life*”³. Ao questionamento sobre a reanimação, inclusive nas hipóteses de pacientes sem perspectivas de sobrevivência, e sobre a obrigatoriedade da retirada dos aparelhos em pacientes com inconsciência profunda e parada circulatória pelos médicos, o Papa respondeu que, na ausência de consciência e sem quaisquer esperanças de recuperação, o médico deveria acatar o pedido dos familiares, caso houvesse, para desligar os aparelhos. No caso de parada respiratória, os aparelhos deveriam ser desligados pelos médicos. Naquela

¹ Kind (2009, p. 14) faz esse aporte para remeter aos procedimentos médicos de transplantes de órgãos de pacientes que morriam conectados a aparelhamentos e usados para experimentos biomédicos proibidos, que exigiram, naquele contexto, a necessária remissão à filosofia e a outras áreas do saber especialmente no fim da década de 1960. A autora faz um estudo sobre as técnicas de suporte vitais especificamente relacionados ao transplante de órgãos e que acabaram desembocando no entendimento da morte a partir da morte cerebral. Nesse sentido, a morte assistida em que o paciente terminava seus dias ligado a aparelhos sendo assessorado por equipe de profissionais e suportado por medicamentos dentro do modelo “americanizado” da morte (a autora se refere à Vovelle, 1983) reescrevendo a vida e a morte.

² A autora faz referência aos estudos de Hilberman, 1975, Bendixen e Kinney, 1977.

³ “O Prolongamento da Vida”.

época, vigorava como critério para a morte a parada cardiorrespiratória. Mas era preciso redefinir a morte haja vista os casos de inconsciência (KIND, 2009, p. 15-18).

Na década de 1960, calorosos debates surgiram em torno da redefinição da morte. Em especial, o relatório “*A Definition of Irreversible Coma*”⁴, publicado pelo *Ad Hoc Committee*⁵, em agosto de 1968, que propôs o estabelecimento do coma irreversível como um novo critério de morte, ou seja, da morte cerebral. As críticas que sucederam à publicação foram muitas, mas foi relevante o posicionamento de Jonas quem se mostrou desfavorável à definição por acreditar que ela legitimava o suprimento da prática de transplante de órgãos os quais eram insuficientes para as demandas (KIND, 2009, p. 18-20).

Jonas (1997, p. 145-150) explica que o diagnóstico do Comitê em relação à morte cerebral (coma irreversível) era definido contanto que não encontrada atividade cerebral, verificada através de eletro-encefalograma, e atividade física decorrente do cérebro como as ações reflexas e a respiração espontânea. O Comitê entendeu que a morte cerebral era igual à morte corporal, o que significava dizer que não mais se investiam em recursos artificiais funcionais (por exemplo, os respiradores e demais instrumentos de manutenção da vida), porém abrindo espaço para a prática de transplantes de órgãos⁶. Segundo Jonas (1997), no “*Against the Stream*”⁷, essa nova definição apenas teria validade se fizesse sentido para o próprio paciente, que não tivesse expectativas de melhoras a não ser o mero prolongamento do seu estado. Isso remete, disse Jonas (1997), também à justificativa de que a nova definição pode trazer alívio ao paciente, seus parentes e para os recursos médicos, em razão do estado

⁴ “Uma definição de coma irreversível”.

⁵ “*Comitê Ad Hoc*”, uma comissão da *Harvard Medical School* (Escola Médica de Harvard).

⁶ O Conselho Federal de Medicina do Paraná, a pedido da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública exarou o Parecer n. 1.243/00 diferenciando o coma irreversível da morte cerebral ou encefálica. Nesta, o paciente não apresenta função do encéfalo, funcionando, porém, alguns órgãos de forma espontânea ou mediante o auxílio de drogas e aparelhos. A morte encefálica (morte cerebral) vem definida na Resolução n. 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina mediante o diagnóstico: a causa da síndrome comatosa deve ser conhecida; causa reversível ausente, como intoxicação ou hipotermia, por exemplo; ausência de resposta a estímulos e de funções do tronco encefálico; apnéia e teste de apnéia não responsivo; presença de alteração no exame complementar encefálico; variável período de observação com 2 exames clínicos, com intervalo de tempo de 6 horas entre o primeiro e o segundo, a realização de um exame complementar a escolha e, com 12 horas de intervalo se não for realizado exame complementar. Com a morte encefálica o cadáver é mantido com a ajuda de aparelhos. Já, o coma irreversível (estado vegetativo persistente) o tronco cerebral funciona em certo grau apresentando lesão grave e difusa nos hemisférios cerebrais comprometendo a reação a estímulos e o ciclo de sono e vigília. Justamente por causa da existência vital no coma irreversível é que se discute se é melhor para o paciente mantê-lo vivo nessas condições. Tanto a legislação brasileira como o Código de Ética Médica não permitem que o médico facilite de forma ativa a morte do paciente, mas também não obrigam o médico a fazer uso de métodos extraordinários de manutenção da vida (CRM/PR, 2000). Lei de Transplantes de Órgãos n. 9.434/97, sobre a disposição de órgãos, estabelece que somente permite-se a doação de órgãos se constatada a morte encefálica. Neste ponto, percebe-se o sentido utilitário da morte no que toca ao aproveitamento de órgãos (BRASIL, 1997).

⁷ “*Contra la Corriente*” – Contra a Corrente – foi publicado em 1974 por Hans Jonas na obra *Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man* – Ensaios Filosóficos: da Crença Antiga ao Homem Tecnológico. A publicação não agradou aos médicos da época.

de coma prolongado do paciente. Contudo, dizer que a definição da morte é importante no sentido de liberar transplantes de órgãos conduz a inferências que não dizem respeito ao próprio paciente [que a existência meramente vegetativa não tem sentido, em verdade, seriam “cadáveres doadores” (JONAS, 1997, p. 150)] – ela não define a morte como um fim último, mas apenas cria um critério que não obstaculiza, a título de exemplo, a retirada do respirador artificial.

Jonas (1997, p. 149-153) foi convidado pelo Centro Médico da Universidade da Califórnia em São Francisco (*Medical Center de la Universidad de California en San Francisco*), a detalhar seu posicionamento onde permaneceu hospedado por uma semana discutindo sobre o critério da espontaneidade orgânica, lá concluiu que, no coma irreversível, o respirador e outros aparelhos mantêm o corpo, exceto o cérebro. O filósofo elaborou uma resposta, que será abordada em detalhes ao longo do próximo tópico.

A morte, como objeto de discussão filosófica, ganhou espaço de relevo entre os filósofos da primeira metade do século XX, em razão das próprias experiências com o fenômeno da morte. Assim, destacam-se o existencialismo fenomenológico de Heidegger, que serviu de fonte para a ética crítica da alteridade de Lévinas e, mais especificamente no âmbito da Medicina, para a filosofia de Hans Jonas.

3 ENTENDIMENTOS FILOSÓFICOS SOBRE A MORTE

Heidegger (2005a, p. 11-12), em *Ser e Tempo*, desenvolveu o método fenomenológico-existencial, investigando o ser-para-a-morte e os modos de ser do Dasein, ser-aí, desde a perspectiva ôntica-ontológica, do ser-no-mundo. O filósofo analisou o ser entre o seu nascimento e a morte, afirmando ser o fim do ser-no-mundo a morte, o fim do poder-ser na própria existência.

O homem é um Ser-no-mundo que se angustia, disse Heidegger (2005b, p. 17-20), é um ser temporal, é um Ser-para-a-morte. Quando ele afirmava que a “pré-sença completou seu curso”, ele queria dizer que não há como evitar a morte que é um curso normal, temporal. O Ser tem o poder de antecipar as coisas e como ele está junto com a morte dos outros, ele é consciente dela, tem experiência sobre ela. Alcançar a morte é atingir a sua totalidade. A morte já é não-mais-estar-presente, não-mais-ser-no-mundo, porém é como um corpo simplesmente dado. Contudo, interpretar dessa forma é perder a base fenomênica, ou seja, um cadáver pode servir para a anatomia patológica, com ideia de vida. Nesse caso, é um ser sem vida. Há relação ontológica com o “finado” nas cerimônias fúnebres. Os que ficam estão com

ele, em reverência, logo ele é mais do que o simples dado. Isso é o Ser-com o morto. O sentimento de perda é de quem fica e não do morto, por isso o Estar junto dele. O morrer é um fenômeno (não um dado) que é compreendido de forma existencial.

O homem é um Ser-no-mundo inacabado e encontra sua totalidade na morte de cada pre-sença que é insubstituível. É como um fruto que se direciona para o amadurecimento. O findar, porém, nem sempre significa completude, que é o Ser-para-o-fim, ou ainda-não, isto é, não maduro. “A morte é um fenômeno⁸ da vida” e “deve-se entender a vida como um modo de ser ao qual pertence um ser-no-mundo”. A constatação ôntica permite alcançar dados sobre a duração da vida de plantas, animais e homens, conseguir dados sobre multiplicação e formas de morrer (HEIDEGGER, 2005b, p. 23-28).

Heidegger criticou a não preocupação metafísica com a finitude da vida, na medida em que aquela visão estabelece bases inflexíveis de pensar. Nesse sentido também, a diferenciação entre saúde e doença, e a medicalização, conforme o paradigma metafísico tradicional deveria ser substituído por conceitos existenciais. A saúde passa a compor um “projeto existencial” e, em lugar da “pessoa” metafísica, tem-se o “existente” (Dasein)⁹, um ser que está no mundo e o “mundaniza” concomitantemente. O homem é um “fazer-se”, ou seja, não possui uma essência quer seja moral quer seja racional. O Dasein finito e indeterminado faz-se temporal e histórico. A modernidade é, para Heidegger, um “modo de ocorrer o ser”, quando a técnica tomava posição dominante que não estimulou o pensamento, a criação e a revelação do Ser. Os textos heideggerianos indicam que a doença, vez que seria um fenômeno existencial, não poderia ser produzida de forma causal, pois a medicalização moderna pode preceder doenças e produzir Daseins. As tecnologias técnicas teriam reduzido a sua aplicação a principialismos como forma de resolver conflitos (CABRERA; SALAMANO, 2014, p. 119-122).

Lévinas (2000, p. 10-11), em Deus, Morte e Tempo¹⁰, assinala que a “aniquilação”¹¹

⁸ Heidegger (2005a, p. 65) propõe o método fenomenológico, que é “deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo”. O fenômeno é o que constitui o ser (p. 68).

⁹ A proposta de usar o termo “existente” heideggeriano em vez de “pessoa” da metafísica tradicional foi feita por Julio Cabrera, em Montevidéo, no ano de 2004, em uma reunião de Bioética. O valor semântico de “pessoa” era associado ao modelo “cartesiano-baconiano” sob o viés da racionalidade humana (CABRERA; SALAMANO, 2014, p. 119-120).

¹⁰ Lévinas (2000, p. 7-11) escreveu em sua obra *God, Death and Time* que o conhecimento que se tem da morte e do processo de morrer chega de forma empírica, pela experiência, pela linguagem através das palavras, dos termos religiosos, poéticos e provérbios; e pela observação do falecimento do outro e das atitudes concernentes ao morrer de quem está falecendo, inclusive do esquecimento da morte; e do saber científico que é superficial. Para a ciência, os movimentos (fisiológicos) que expressam o vivo desaparecem com a morte. Nesse ponto, a morte atinge a autonomia de tal forma que seja capaz de acobertar alguém “dentro do seu rosto” (“*within his face*”) caracterizando a morte como “sem resposta” (“*sans réponse*”). Eles são movimentos vegetativos. O que se mantém ocultado se despe para a averiguação médica.

da morte é um atributo ‘negativo’¹² dado a ela, esculpido na ira e no propósito de tirar a vida do outro. Lévinas (2000) se coloca contrário à premissa de Heidegger em achar que a morte é algo já certo, *a priori*, e que possui um sentido aniquilador, pois, para Lévinas (2000), a morte não é só isso, ela é também é uma relação emocional e intelectual que inclui o conhecimento sobre a morte dos outros.

A expressividade comportamental reveste o Ser biológico (Mesmo) e o revela superando a própria nudez de tal modo que seja feito um rosto desse Ser por meio do qual esse Ser se expressa, mas não de forma indiferente, e sim um Outro que é diferente e que toca o eu (Ser). “Alguém que morre: um rosto que se torna uma máscara”¹³ pelo desaparecimento da expressividade, é uma experiência da morte do Outro, logo, não a do Eu, mas que mantém uma relação ultrapassa o biológico, já que é alguém (LÉVINAS, 2000, p. 11-12).

Lévinas (2000, p. 12) aborda o rosto. Nesse trecho da obra, ele descreve, de forma fenomenológica, o rosto – este, não materializado, expressa a alma materializada como coisa estruturada como uma ideia vaga de alguém. A alma se manifesta pelo rosto. A questão levantada está anteposta ao “ser ou não ser”¹⁴. A morte não é um fato empírico, ela não se esgota naquilo que se apresenta. A expressão nua do Outro, o rosto deste, apela para o Mesmo, colocando-se sob a responsabilidade do Mesmo – então, o Mesmo responde aos sinais do Outro. Independentemente de dívida para com o Outro, ele é entregue ao Mesmo para que este cuide do Outro. A identidade do Mesmo é impactada pela morte do Outro implicando naquele uma culpabilidade.

A ansiedade sentida em relação à morte tem a ver com a noção do nada atribuído a ela. A duração do tempo exige uma mortalidade (LÉVINAS, 2000, p. 15-18). O Ser não é limitado pelo tempo, este relaciona aquele com o infinito, com o Diferente. A morte não é um momento aniquilador, mas necessário para o infinito que será produzido. As mesmas questões são colocadas quando se lida com a própria morte, ou seja, não se pode afirmar pela experiência, contudo um relacionamento (LÉVINAS, 2000, p. 19-20).

A morte como um fim demanda a intransmissível responsabilidade pelo Outro em tal medida que se inclua na morte do Outro e que tome a morte deste como a primeira morte do Mesmo (eu). Assim, vai-se para além do nada (morte) de Heidegger, a partir da reverência à

¹¹ “*annihilation*”.

¹² “*negative*”.

¹³ “*Someone who dies: a face that becomes a masque*”.

¹⁴ “*to be or not to be*”.

morte do Outro. Na base do relacionamento com o infinito está o tempo¹⁵ (LÉVINAS, 2000, p. 43).

Valiosas são as contribuições de Jonas (1997, p. 149-153) na definição da morte cerebral. Enquanto esteve em sua missão no Centro Médico da Universidade da Califórnia em São Francisco, relatado no tópico anterior, ele se perguntou: “o paciente morreu?”; “o que vai acontecer com o que segue sendo um paciente?”¹⁶. Por meio destas indagações, Jonas (1997) não pretendia definir a morte, mas a vida e a concepção de ser humano. O seu entendimento foi o de que o corpo não pode ser tratado como uma mera coisa, logo não se pode prolongar a vida de um corpo destituído de cérebro. O médico deve interromper a conexão do paciente com os aparelhos. Essa é uma decisão axiológica. Não é o fato clínico da morte cerebral que determina isso, mas impera a análise da obrigatoriedade ou não de o médico estender a vida do paciente a todo custo. A partir da definição se poderia concluir por um paciente ou um cadáver. Tratava-se de uma “simulação de vida?”¹⁷, ou de uma potencialização das partes do corpo?

A fronteira entre a vida e a morte não é seguramente conhecida. Por isso, não é uma simples definição que vai tomar o lugar do conhecimento, até mesmo porque não se sabe ao certo se o estado comatoso pode se um resquício de vida, deste modo, a vida é um fato presumido. Pelo lado da filosofia, essa definição retoma o dual corpo e cérebro, analogicamente equiparado ao dualismo transnatural antigo que via a base da pessoa humana no cérebro considerando o resto do corpo apenas um instrumento de utilidade, ou seja, falindo o cérebro sobrariam os “restos mortais”¹⁸. Por outro lado, o que se defende é que havendo falência total e irreversível do cérebro, deve-se deixar que a morte natural aconteça. A identidade do indivíduo engloba o corpo todo (JONAS, 1997, p. 154-155).

O momento de tomar a decisão sobre a morte é carregado de valores morais. A sociedade moderna e secular é acovardada em relação à morte concebendo-a como um malefício absoluto. Na realidade, o mecanismo da rotina substituiu a responsabilidade valorativa de decisão. A redefinição da morte suplanta os princípios que fundamentam o

¹⁵ Heidegger buscou compreender o ser-aí em sua totalidade, a saber, não aquele ser que não mais está na posse de si mesmo diário. Para o Dasein, o morrer não repousa em atingir o seu fim, mas estar perto deste em cada momento, porque esse ser tem de morrer. O morrer não é um momento, entretanto um modo – um ser, um ainda não, é seu fim ou está em seu fim (transitividade do verbo ser) (LÉVINAS, 2000, p. 43-44).

¹⁶ “¿ha muerto el paciente?”; “¿qué va a pasar con el que sigue siendo un paciente?”.

¹⁷ “¿simulación de vida?”. Em verdade, Jonas (1997) reflete sobre as possibilidades de transformar corpos em potenciais como “bancos de órgãos frescos”, ou uma “fábrica de hormônios ou outras substâncias bioquímicas”, ou ainda, “um banco de sangue que se autorregenera” (“*bancos de órganos frescos*”; “*fábrica de hormonas y otras sustancias bioquímicas*”; “*un banco de sangre que se autorregenera*”).

¹⁸ “*restos mortales*”.

processo de desvinculação da pessoa do respirador. A morte, outrossim, possui a própria dignidade e é direito humano deixar seguir o seu curso normal (JONAS, 1997, p. 155-156).

Falar em direito de morrer soa no mínimo estranho, uma vez que o discurso reinante sempre foi o direito de viver, isso porque todos os direitos concedidos ou negados, na prática, são desdobramentos do direito de viver já que são de interesse vital. Não é em razão de um direito que a vida existe. Estar vivo é um fato e a vida é resultado natural de uma capacidade inata para a autopreservação. O fato de estar vivo, nas relações humanas, demanda o reconhecimento mútuo do direito à vida (JONAS, 1997, p. 159).

Como é possível se dedicar a um direito de morrer se o que se busca no direito é a satisfação de um bem enquanto a morte é vista como algo mal inevitável? Esse paradoxo leva ao questionamento se o viver é um direito ou uma obrigação. Isso remete a outra conclusão: partindo-se da premissa de que seja uma obrigação de viver, outras pessoas teriam a obrigação de contribuir para isso (obrigação de viver) de tal forma que dessa obrigação se resultaria o impedimento de morrer antes mesmo que se queira. Dessa análise se extrai a necessidade de examinar e discutir a dignidade da morte, que é um dos acontecimentos mais privados. Moral e religiosamente falando, no suicídio é que se viu a melhor representação da escolha. No entanto, esclareça-se que o direito de morrer não se confunde com o suicídio. Aquele sim está atrelado à condição daquele paciente que se encontra em estado mortal e vulnerável à Medicina moderna materializada nas técnicas de retardamento da morte. Há diferenças entre rechaçar a morte e suicidar-se, assim como também entre deixar morrer e causar a morte (JONAS, 1997, p. 160).

Dessarte, se a Medicina moderna não consegue mais melhorar o estado do paciente de tal modo que o organismo não responda mais ao tratamento cuja atuação no organismo se reduz a tão somente mantê-lo, estar-se-ia postergando o evento da morte, um sofrimento sem expectativas de melhora ou cura, que pode colocar o paciente em situação de aprisionamento e de penúria. Dessa conjuntura impende fazer algumas considerações: o espectro da morte pela interrupção do tratamento do paciente sentido pelo médico e pela instituição; pelo lado do paciente que tem de exigir o fim do tratamento sabendo que resultará em sua morte; e pode ocorrer o sentimento de culpa das demais pessoas envolvidas pela compaixão (JONAS, 1997, p. 160-161).

Nas sociedades livres, em termos legais, salvo os menores de idade e os doentes mentais, todos têm o direito de submeter-se ou de abandonar um tratamento, com a exceção dos casos de interesse público como: do paciente que, mediante acordo prévio com o médico, já tenha sido operado e esteja sob cuidados para uma nova cirurgia no intervalo pós-

operatório dando continuidade ao tratamento; no caso de doença contagiosa que possa colocar em risco a vida e a saúde das outras pessoas; nas hipóteses de transtornos mentais que necessitem de isolamento e tratamento; que necessitem de medidas preventivas, como por exemplo, a vacinação. Excluindo essas circunstâncias, a saúde e a doença dizem respeito somente ao paciente e fazem parte de sua privacidade. Qualquer tomada de decisão dentro desta esfera depende da contratação livre dos serviços médicos (JONAS, 1997, p. 161).

Em termos morais, a situação fica mais nebulosa. Pode acontecer de o bem-estar alheio depender do indivíduo imprimindo-lhe responsabilidades. Conjecturando algumas situações, é possível que o sujeito encontre-se na posição de mantedor da família ou de uma mãe que precise tomar conta dos filhos pequenos, ou ainda em um posto titular na execução de tarefas públicas que dependam de suas decisões. Nas hipóteses levantadas, a responsabilidade por rejeitar ajuda médica adentra no campo da moral e não legal. Deve-se levar em consideração que existem tratamentos como o de falência renal em que se o paciente rejeitar o tratamento de diálise, o resultado será a própria morte, caracterizando o suicídio. Veja, porém, que se o paciente empreender esforço violento ativo para tirar a própria vida, qualquer da sociedade, inclusive o poder público, possui o direito de impedir o suicídio ainda que também de forma violenta. Neste último exemplo, há interferência na liberdade privativa da pessoa¹⁹ (JONAS, 1997, p. 161).

Registre-se a diferença entre o que foi dito e a obrigatoriedade do indivíduo doente, e sem quaisquer esperanças de cura ou melhora de sua qualidade de vida, de continuar vivendo sob tratamentos e terapias apenas de manutenção que nem mesmo ele considera digno. Ninguém é obrigado a isso e ninguém tem o direito/obrigação de submeter o outro à “prolongada negação de sua autodeterminação”²⁰. Fato semelhante ao da máquina de diálise como terapia de preservação da vida, é a administração de insulina em diabéticos. Nesses casos, o paciente tem a capacidade tanto decisória como de atuação. Há situações em que o paciente fica agonizando, o chamado “prisioneiro”, em situação de terminalidade que precisa da conduta dos outros para executar sua desistência de tratamento e, por corolário, da vida, e até mesmo de um representante para expressar seus desejos (JONAS, 1997, p. 162).

Aos pacientes conscientes e incuráveis em estado de terminalidade, o médico precisa revelar a enfermidade claramente assim como também respeitar a autonomia daqueles no

¹⁹ O autor esclarece que é permitida a ingerência no momento como um meio de fazer com que a pessoa retome seu estado anterior e repense sobre a conduta de desespero. É sabido que o verdadeiro suicida não desistirá até finalizar o seu intento. O que está em tábua de discussão não a ética do suicida, mas as obrigações alheias de inferir no ato suicida (veja que a pessoa não é obrigada a continuar vivendo, pois o ato é momentâneo) (JONAS, 1997, p. 162).

²⁰ “prolongada negación de su autodeterminación”.

tocante ao rechaço de terapias e tratamentos. Esses são direitos do paciente sobre a sua morte que contemplam a dignidade humana dentro do plano do Ser e não do Fazer. A opção pelo não prolongamento terapêutico declarada pelo paciente após ter sido apresentada pela equipe médica, repercute em outro problema: evitar o sofrimento (que também era previsto antes), seja pela mitigação do sofrimento bem como pelo seu fim, necessitando, para tanto, da internação do paciente em ambiente hospitalar pela inviabilidade do tratamento no âmbito doméstico. Em vista disso, o paciente é inserido em um espaço público tornando-se dependente das regras e diretrizes hospitalares. Por fim a dor e o sofrimento podem significar a aceleração da morte. É impensável obrigar o médico a agir positivamente neste sentido nem a qualquer profissional da saúde. Não se pode incumbir o médico a dar a morte (JONAS, 1997, p. 165-167).

O paciente em coma irreversível retrata uma vida remanescente artificialmente sustentada, de um sujeito impossibilitado de manifestação de vontade a qual pode ser feita por um representante. Esse é um caso peculiar em que inexiste um direito de morrer estrito visto que não há um reclamante, isto é, um possuidor do direito para exigí-lo, subsistindo a dúvida sobre qual direito há de ser preservado, o daquele, daquela pessoa anterior, ou do que sobrou da atual. É claro que prevaleceriam, ainda que póstumos, os desejos prévios da pessoa anterior, tendo grande força moral, e jurídica, uma declaração prévia de vontade escrita a despeito do preceito médico de sempre se posicionar a favor da vida (JONAS, 1997, p. 169).

Nesse sentido, impende adentrar na temática da eutanásia e do suicídio assistido e mostrar que são práticas que podem levar a situações irreversíveis de degradação humana.

3 A EUTANÁSIA E O SUICÍDIO ASSISTIDO: UMA LADEIRA ESCORREGADIA

Segundo a historiadora Young (1994, p. 657), as culturas tradicionais como da Índia, da China, do Japão, da Grécia e de Roma, em algum momento de suas histórias, chegaram a legitimar a morte obstinada²¹, todavia por motivos específicos. Quanto ao suicídio espontâneo, em contrapartida, por raiva, paixão, medo ou desespero, era visto como uma infelicidade e deveria ser desestimulado pela comunidade pela sua ilegitimidade. Pode-se dizer que houve investidas tentando regular a prática da morte obstinada, mas os indícios mostram que não obtiveram êxito em virtude de alguns fatores, dentre outros, das instáveis condições sociais emergindo um desejo de controle; da legitimidade associada a valores

²¹ Importante salientar que essa modalidade de provocação da morte budista é equiparada à eutanásia ocidental como afirma Neogi (2013, p. 1.211).

religiosos, filosóficos e societários; da desvalorização do corpo; e do contato cultural. Existe, de acordo com a autora, alguma evidência de que possa ter colaborado para a continuidade da prática do suicídio médico assistido em Roma e na Grécia, tipificando uma “ladeira escorregadia” da Bioética²². Na antiguidade clássica, os gregos e os romanos aceitavam a prática da eutanásia, embora com natureza e prática diferente da hodierna. Mesmo assim, existiam autores contrários a ela, como um grupo de médicos encabeçado por Hipócrates que não era favorável ao uso de drogas mortais. Os estóicos endossaram a eutanásia quando a vida de um indivíduo não mais estava de acordo com as próprias necessidades e autodesenvolvimento. Sócrates e Platão defenderam-na enquanto Aristóteles considerou o ato como de extrema covardia.

Nos dias atuais, é possível o desenrolar de uma ladeira escorregadia se houver a legitimação do suicídio assistido ou da morte obstinada em razão da presença de certas condições sociais, como o amplo envelhecimento populacional, a legitimação associada a valores societários centrais como a autonomia e a liberdade, e a rápida transformação social. Ademais, podem acontecer futuras circunstâncias que contribuam para essas ladeiras, isso justifica a não legitimação dessas práticas, nem mesmo fundamentada pela compaixão por esses indivíduos ou pelo reconhecimento de sua autonomia (YOUNG, 1994, p. 657).

Nos tempos antigos, as expressões originariamente gregas da “boa morte” ou da “morte fácil” significavam “eutanásia” e referiam-se à morte natural transcorrendo com paz e sem dor na proximidade e no conforto de seus familiares. Esse uso arcaico transformou-se passando a referir-se à conduta de alguém finalizar com vida e com o sofrimento de outra pessoa. A própria eutanásia subdividiu-se em categorias: a) eutanásia voluntária, quando o doente pede para ser morto; b) eutanásia involuntária, quando envolve a morte de uma pessoa incapaz, como uma criança ou idoso demente, realizada a pedido de um cuidador ou membro da família; c) eutanásia passiva, morte indesejada ocorrida após a retirada ou suspensão de tratamento médico que sustenta a vida, na verdade, é um termo impróprio porque a pessoa morre não pela retirada ou suspensão do tratamento, mas naturalmente pela doença ou lesão subjacente²³ (SMITH, 2002, p. 1).

²² A ladeira escorregadia é um termo empregado na Bioética que significa que um ato isolado pode gerar futuros eventos de progressivo malefício, ou seja, fazer pequenas concessões que podem significar resultados controversos. Essa é uma expressão cunhada pelo Dr. Leo Alexander, assistente de acusação dos médicos nazistas em Nuremberg, 1946-1947, para explicar os acontecimentos nos campos de concentração e nas condutas eugênicas realizadas (GOLDIM, 2004).

²³ Na Holanda, entre 1990 e 2001, a eutanásia era tolerada sendo legalizada após 2001. Nesse país, pacientes acima de 12 anos, acometidos de doença incurável, que apresentem dores insuportáveis que não respondem a tratamentos e com o auxílio médico, podem pedir a realização da eutanásia. Em seguida, a Bélgica e Luxemburgo permitiram a eutanásia voluntária, somente para os maiores de 18 anos. O Código Penal uruguaio

O suicídio assistido está muito próximo da eutanásia e acontece quando uma pessoa fornece instruções, meios e a capacidade, utilizando-se deste outro indivíduo, para cometer a própria morte. A diferença entre o suicídio e o suicídio assistido é que, no primeiro, a própria pessoa sozinha acaba com a vida dela, ao passo que no segundo, a pessoa comete o suicídio unindo-se a outrem que lhe presta auxílio. Ambos, o suicídio assistido e a eutanásia são práticas proibidas pelo Juramento Hipocrático (SMITH, 2002, p. 1).

Sabendo-se que essas condutas são rechaçadas pelos Códigos de Ética Médica e pela legislação pátria, está-se com a prática da ortotanásia concebendo-a, por ora, como a única capaz de atender ao que se espera de uma morte digna, em termos médicos.

O enfrentamento da morte por pacientes com doenças avançadas e em fase terminal, leva a um novo conceito de morte – a “boa morte” – incorporando cuidados paliativos e o movimento *hospice*. A filosofia *hospice* procura oferecer maior dignidade no ato de morrer, dentro de um ambiente assistencial estético e ético desejável (FLORIANI, 2013, p. 402). Partindo-se de uma proposta de Medicina mais humanizada, os cuidados paliativos (saber fazer) têm sido empregados em locais denominados *hospices*²⁴, originários da Inglaterra, em 1967, que recebem pacientes atendidos por equipe multiprofissional, com ações visando prevenir e aliviar a dor e o sofrimento dentro de uma concepção holística atendendo o físico, o emocional, o espiritual e o social (FLORIANI, 2009, p. 9-11).

A morte digna²⁵ está centrada em dois eixos que se integram: a autonomia do paciente e os deveres de cuidado que devem ser prestados pelos profissionais da saúde. O maior problema ocorre quando se desenvolve a hipertrofia da autonomia do paciente, o que pode resultar em uma “medicina defensiva”. Isso ocorre quando, de forma louvável, se tenta realçar a dignidade e a liberdade do doente e se abolir o paternalismo médico por meio de normas que regulamentam a autonomia do paciente exigindo a prática do consentimento informado e a transmissão de esclarecimentos e informações ao paciente. Outro aspecto importante é a relação de confiança que deve existir entre médico e paciente na medida em que é caracterizada pela intimidade e pelo caráter personalíssimo de sofrimento físico,

de 1937 admite o homicídio por compaixão, que equivale à eutanásia voluntária. Veja que apenas quatro países em todo o Globo admitem a prática da eutanásia voluntária. Na própria Austrália, os Territórios do Norte da Austrália, não mais permite a realização da eutanásia tendo vigorado somente pelo período de julho de 1996 a março de 1997. Um estudo realizado na Holanda verificou que após a solicitação da eutanásia, a sobrevivência estimada dos pacientes, em sua maioria, era de quatro semanas. A Associação Médica Mundial vê a prática da eutanásia voluntária um risco de ampliação da conduta caracterizando uma *Slippery Slope*, significando que, uma vez iniciada a descida da ladeira, dificilmente se consegue retornar ao ponto de partida (GOLDIM, 2014, p. 27-28).

²⁴ Na década de 1970, o termo “cuidado paliativo” foi cunhado pelo canadense Balfour Mount, incorporando o ideário *hospice* inglês (FLORIANI, 2009, p. 39).

²⁵ A “morte digna” aqui é entendida como “boa morte” ou “morte boa”.

psíquico e espiritual e pela necessidade de diagnosticar corretamente e disponibilizar o tratamento correto e oferecer bem-estar ao paciente. Quando, porém, se a relação é estritamente profissional, impera uma relação de desconfiança da Medicina defensiva, surgindo o conflito. É essencial para uma confiança plena o altruísmo, a empatia, a integridade, a honra e a verdade. No âmbito das relações sanitárias, essa mudança de paradigma se deu por causa da complexidade do sistema de saúde, do desenvolvimento tecnológico e pelo fato de a prática médica estar mais impessoal e desumanizada (OTERO, 2012, p. 152).

Ademais, a maneira como uma sociedade se comporta ou interpreta a morte evidenciam a sua “identidade coletiva”, dado que essa interação com a morte representa como essa comunidade se organiza culturalmente (GIACOIA JÚNIOR, 2005, p. 14-15). O jeito de lidar com essas circunstâncias foram interpretados diferentemente ao longo da história da humanidade demonstrando que a morte possui um caráter cultural de acordo com o momento histórico atingindo dimensões sociais, religiosas, filosóficas, científicas e biológicas (ALBUQUERQUE; DUNNINGHAM, 2013, p. 7).

Tem havido uma transformação na maneira de se interpretar a “boa morte” ou o “bem morrer” que, em verdade, relaciona-se com os “desejos do moribundo” como a escolha do local do sepultamento, e com o medo da morte que, por muito tempo, a ideia de boa morte estava atrelada ao fato de não morrer subitamente. O comportamento em relação à morte mudou. Surgiram os conceitos de “morte digna” e de “boa morte” e correlatos. A ortotanásia, defendida neste artigo, etimologicamente quer dizer morte correta (*orto* – correto; *thanatos* – morte) mediante o não prolongamento artificial do processo de morrer oportunizando o processo natural da morte. Essa prática também é conhecida como a “boa morte” ou “morte desejável” e é oposta à distanásia, consistente no propósito de estender a vida a qualquer custo não se importando com o sofrimento do paciente. Esta é uma prática muito discutível visto prolongar a agonia do paciente sem conseguir a cura (JUNGES et al., 2010, p. 278-279).

Houve mudança no conceito de “boa morte” para “morte digna” ocorrida concomitantemente ao relevo da eutanásia no século XX. A ideia de “morte digna” ou “morrer com dignidade” dentro do campo da Medicina oferece ao paciente todas as chances de melhorar sua qualidade e dignidade enquanto vivo.

4 A MORTE DIGNA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO E OS CUIDADOS PALIATIVOS NA REALIDADE BRASILEIRA

A morte, como fim da vida, requer também a aplicação dos pressupostos bioéticos e biojurídicos, na medida em que conceitos e ponderações éticas, biológicas e filosóficas são essenciais ao desenvolvimento de normas, para a formação de opinião doutrinária e jurisprudencial, que servirão de fundamentos para a solução de conflitos éticos e morais de acentuada complexidade.

O ordenamento jurídico brasileiro não faz referência ao processo de morrer com dignidade, muito embora a doutrina pátria e o Conselho Federal de Medicina contemplem os mecanismos que preconizam a ideia da morte digna, representada pelos cuidados paliativos²⁶, pela ortotanásia²⁷ e pelas Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente²⁸ em pacientes terminais.

Nos termos constitucionais, a dignidade vem como fundamento presente no inciso III, do artigo 1º, da Constituição Federal de 1988, logo, em tese, serve de fundamento para todos os direitos fundamentais. A Carta não definiu o termo, quiçá em razão da multiculturalidade característica da realidade brasileira. Contrariamente ao estabelecido na Carta Magna de inerência da dignidade ao ser humano, acredita-se que a dignidade não passa de um valor, que possui um significado particular de um indivíduo, um grupo de pessoas, uma tradição cultural, enfim, um convencionalismo simbólico mutuamente reconhecido que representa algo para um grupo de interesses até mesmo, por exemplo, profissional.

Em termos éticos e biomédicos, busca-se defender a vida. Entretanto, ninguém pode ser submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante (art. 5º, III, CF). Ora, se a morte é a finitude da vida, aquela faz parte desta. Se a Bioética cuida da vida, por consequência cuida da morte. No âmbito da terminalidade da vida, a dignidade pode ser entendida através da valorização de alguns fatores como a amenização da dor e do sofrimento, o conforto, o respeito pelo paciente, autonomia para decidir sobre o local em que prefere passar nos seus últimos dias, a informação sobre sua doença e riscos dos procedimentos, acesso a tratamentos e a medicamentos que possam amenizar o seu martírio, renúncia ou suspensão de intervenções a que não deseja se submeter, não abandono do paciente, respeito

²⁶ Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados; § 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos (CFM, 2009).

²⁷ É vedado ao médico: Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (CFM, 2009).

²⁸ Art. 1º. Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (CFM, 2012).

às suas convicções religiosas, não fazer encaminhamentos terapêuticos e cirurgias desnecessários e sempre demonstrar carinho para aquele ser em desespero.

Ademais, o ambíguo artigo 15, do Código Civil, transmite a ideia de que, na presença de risco de vida ao paciente, este não poderá ser constrangido a realizar intervenção cirúrgica e que, na ausência de risco, poderá ser obrigado a se submeter à intervenção. É claro que a intenção do legislador não foi a de forçar ninguém a realizar procedimentos que não deseja ainda que não corra risco de vida ou à sua saúde. Parece que a intenção do legislador ao elaborar tal norma, foi a de valorizar a autonomia do paciente, materializada no consentimento informado esclarecido²⁹, embora este não tenha sido regulamentado legalmente, permanecendo, até então, apenas na seara ética (CFM, 2009, art. 22).

Na prática, no Brasil, coexistem três modalidades ideais de morte: a tradicional, a moderna e a contemporânea. A primeira continua sendo vivenciada nas cidades interioranas onde o falecimento de alguém afeta toda a comunidade e a identidade da pessoa entrelaçada ao grupo a que pertence. A morte moderna persiste nos grandes centros urbanos havendo uma perda da identidade da pessoa ao longo do processo de finalização da vida em virtude da progressiva redução de sua autonomia na tomada de decisões. A morte contemporânea vivida nas unidades de cuidados paliativos permite o estabelecimento de novas identidades a partir das relações com cuidadores paliativos seguindo o curso “natural” da morte. Esse modelo contemporâneo, porém, deve ser aplicado observando-se alguns limites, notadamente quanto à autonomia do paciente terminal. O modelo adotado no caso brasileiro segue os parâmetros ingleses em que o doente terminal deve manter-se em sua residência. O problema é que as desigualdades de tratamento de pacientes terminais são gritantes em razão da diversidade social, de modo que existem doentes que vivem em barracos que aglomeram em torno de dez pessoas em um só ambiente, e aqueles que moram em favelas insalubres e sem higiene. Existem enfermos que nem familiares têm e que necessitam do abrigo de asilos mantidos por religiosos (MENEZES, 2003, p. 113).

Por derradeiro, concorde-se com Foucault (1984) de que houve a socialização e a institucionalização da Medicina dando-se maior acento à relação entre médicos e pacientes, mas também com Menezes (2003) no tocante à perda da identidade diante do paradigma moderno do morrer. O morrer é um fenômeno (não um dado) que é compreendido de forma existencial, disse Heidegger (2005b). O ser humano é temporal, logo os modos de ver a morte

²⁹ “Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte” (CFM, 2009).

mudam ao sabor do momento. As modalidades de morte trazidas por Menezes (2003) demonstram sim a estratificação social brasileira e a dificuldade intransponível de acesso à morte digna a todos. Uma razão a mais para se defender uma Bioética laica e respeitosa.

É salutar a contribuição de Lévinas (2000) a respeito da morte. A morte não pode ser encarada como algo aniquilador, mas sim uma relação emocional e intelectual que inclui o conhecimento sobre a morte dos outros. Não se pode afirmar que a morte seja um nada, mas um rumo ao desconhecido. Sob esse ponto, ainda que o autor não tenha se referido expressamente, pode-se associar a ausência de justificativa para a eutanásia e o suicídio assistido.

A tomada de decisão envolve valores morais. Nisso Jonas (1997) tem razão. A sociedade precisa perder o medo de falar da morte, aceitá-la. Existe dignidade no morrer consubstanciada no direito humano de deixar seguir o seu curso normal. Os direitos do paciente estão no campo do Ser e não do Fazer. Nesse sentido, alguns fatores como a informação clara, o respeito pela autonomia do paciente no tocante ao rechaço de terapias e tratamentos. Se a dignidade é um fundamento constitucional que contempla a vida, ela o faz em relação à morte – sendo assim, as Diretivas Antecipadas de Vontade estariam constitucionalmente amparadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste artigo visou à abordagem da história da morte; dos entendimentos filosóficos sobre esse fenômeno; da eutanásia e do suicídio assistido como causas à ladeira escorregadia; da morte digna pela lente da ortotanásia; da morte digna no ordenamento jurídico brasileiro e dos cuidados paliativos na realidade brasileira, e da demonstração sobre a situação brasileira no trato com a morte de pacientes terminais.

Verificou-se que a melhor saída para se resolver esses conflitos existenciais é mediante a ortotanásia cuja filosofia assevera o respeito pelo curso natural da vida e do seu fim. Essa prática visa oferecer ao paciente os meios de permitir que não sofra por submeter-se a intervenções e a tratamentos que somente lhe prolonguem a vida, mas que são infrutíferos na busca pela cura. Constatou-se, ainda, que os cuidados paliativos e o movimento de cuidado *hospice* ajudam a aliviar o sofrimento do doente respeitando-o em sua totalidade holística envolvendo aspectos físicos, psicossociais, emocionais e preferências espirituais e religiosas. Sugere-se, também, que a dignidade, no campo da Bioética médica, seja interpretada como a valorização de alguns fatores como o alívio e a mitigação da dor e do sofrimento, o conforto,

o respeito pela autonomia do paciente para decidir sobre o local em que prefere passar nos seus últimos dias, a informação sobre sua doença e riscos dos procedimentos, acesso a tratamentos e a medicamentos que possam amenizar o seu martírio, renúncia ou suspensão de intervenções a que não deseja se submeter, não abandono do paciente, respeito pelas suas convicções religiosas e morais, defendendo-se a bioética laica, não preconceituosa, não tendente à universalização de moralidades e valores.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. **Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997**. Regula a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm>. Acesso em: 5 maio 2015.

_____. **Código Civil**: Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

CABRERA, Julio; SALAMANO, Mercedes Cecília. Heidegger para a Bioética. In: **Revista Latinoamericana de Bioética**, v. 14, n. 2, ed. 27, p. 118-27, 2014.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Novo Código de Ética Médica**. Curitiba: CFM, 2009.

_____. **Resolução n. 1.995/2012**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2015.

CRM/PR – Conselho Regional de Medicina do Paraná. **Parecer n. 1.243/2000**. Protocolo n. 2.516/2000. Morte cerebral encefálica/coma. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRM/PR/pareceres/2000/1243_2000.htm>. Acesso em: 16 nov. 2015.

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

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

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

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

GOLDIM, José Roberto. Refletindo sobre a morte: aborto, infanticídio e eutanásia. In: _____. **Breve introdução ao pensamento de Peter Singer**. Porto Alegre: Ed. UniRitter, 2014.

_____. **Slippery Slope**. 22 ago. 2004. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/slippy.htm>>. Acesso em: 10 set. 2015.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 15. ed. São Paulo: Vozes, 2005a. (Coleção Pensamento Humano; Parte 1).

_____. **Ser e tempo**. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 15. ed. São Paulo: Vozes, 2005b. (Coleção Pensamento Humano; Parte 2).

JONAS, Hans. **Técnica, medicina y ética**: sobre la práctica del principio de responsabilidad. Barcelona/Buenos Aires/México: Editorial Paidós, 1997.

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

KIND, Luciana. Máquinas e argumentos: das tecnologias de suporte da vida à definição de morte cerebral. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 13-34, jan./mar. 2009.

LÉVINAS, Emmanuel. **God, death and time**. Translated by Bettina Bergo. California: Stanford University Press, 2000.

MENEZES, Rachel Aisengart. Um modelo para morrer: última etapa na construção social contemporânea da pessoa? In: **Campos**, v. 3, p. 103-16, 2003.

NEOGI, Suchandra. Self-willed death: an aspect of euthanasia in Buddhism. Department of philosophy, Burdwan University, W.B, India. **International Journal of Current Research**, v. 5, n. 7, p. 2.010-11, jul. 2013.

OTERO, Juan María Martínez. Autonomía e información de los pacientes: del reconocimiento de derechos a la perdida de confianza. Reflexiones con motivo de la aparición de nuevas normas sobre los derechos de los pacientes al final de la vida. Universidad CEU Cardenal Herrera – Valencia (España). **Cuad. Bioét.**, v. XXIII, p. 153-67, 2012/1ª.

SMITH, Wesley J. Euthanasia and assisted suicide. **Encyclopedia of Crime and Justice**, 2002, sep. 2015. Disponível em: <<http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3403000109.html>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

YOUNG, Katherine K. A cross-cultural historical case against planned self-willed death and assisted suicide. **McGill Law Journal**, p. 657, 1994.