



## O MOVIMENTO *HOSPICE* COMO PROPICIADOR DE UMA MORTE COM DIGNIDADE: A KALOTANÁSIA

\* Daniela Zilio<sup>1</sup>

### RESUMO

O objetivo geral do presente estudo é compreender a morte com dignidade ocorrida por meio da kalotanásia levada a efeito pelo movimento *hospice*. Neste norte, os objetivos específicos são: estudar os cuidados paliativos; entender o movimento *hospice* e a kalotanásia; e, por fim, analisar a morte com dignidade por meio do movimento *hospice* e a consequente kalotanásia. Como resultado da pesquisa, tem-se que, levando-se em consideração o conjunto de cuidados que se tem no movimento *hospice*, propiciador da kalotanásia, a morte que ocorre nestas circunstâncias é uma morte digna, ou uma morte com dignidade pessoal, tratando-se a dignidade pessoal como a leitura da dignidade a partir da intersubjetividade humana. Entende-se ser passível de perfectibilização no Brasil, a kalotanásia, uma vez que não há antecipação da morte e, em verdade, a vida é preservada até o momento em que o seu findar ocorra naturalmente. O estudo segue o método de pesquisa dedutivo, e a técnica de pesquisa é a documentação indireta. A pesquisa é qualitativa.

**Palavras-chave:** cuidados paliativos; movimento *hospice*; kalotanásia; morte; morte com dignidade.

### THE HOSPICE MOVEMENT AS A PROVIDER OF DEATH WITH DIGNITY: KALOTHANASIA

### ABSTRACT

The general goal of this study is to understand death with dignity through kalothanasia carried out by the hospice movement. In this sense, we aim to study palliative care, understand the hospice movement and kalothanasia, and analyze death with dignity through the hospice movement and the resulting kalothanasia. The result of our study, considering the care observed in the hospice movement, indicates that death under these circumstances is a dignified death, i.e., a death with personal dignity, where personal dignity is defined as the reading of dignity from human intersubjectivity. We understand that, in Brazil, kalothanasia is open to improvement as there is no anticipation of death, and life is preserved until the moment in which it ends naturally. The study follows a deductive research method, and the research technique is indirect documentation. The research is qualitative.

**Keywords:** palliative care; hospice movement; kalothanasia; death; death with dignity.

## 1 INTRODUÇÃO

<sup>1</sup> Doutora e Mestra em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc. São Miguel do Oeste - SC. E-mail: danielazilio@yahoo.com.br.





A morte com dignidade pode ocorrer por alguns meios, alguns deles impossíveis de perfectibilização, ainda, no Brasil. Trata-se das condutas de antecipação da morte: eutanásia<sup>2</sup> e suicídio assistido<sup>3</sup>. Em relação a essas, não tem o presente estudo o objetivo de explicitar ou debater, em que pese mereçam sempre papel de destaque em discussões jurídicas e bioéticas, dada a sua relevância. Outras condutas que podem ser compreendidas como formas de colocar em prática a morte digna, são as condutas em que a morte ocorre a seu tempo, e quando o estudo se refere a morte ocorrida a seu tempo, está se referindo à morte sem nenhum tipo de antecipação, como é o caso da ortotanásia<sup>4</sup> e da kalotanásia, essa última, objeto de verificação do presente artigo.

Assim, o objetivo geral do estudo é compreender a morte com dignidade por meio da kalotanásia levada a efeito pelo movimento *hospice*. Os objetivos específicos são, sequencialmente: estudar os cuidados paliativos; entender o movimento *hospice* e a kalotanásia; e, por fim, analisar a morte com dignidade por meio do movimento *hospice* e da kalotanásia. O problema de pesquisa coaduna-se no questionamento seguinte: a morte com dignidade pode ocorrer por meio da kalotanásia levada a efeito por intermédio do movimento *hospice*?

A tese proposta é a seguinte: a morte com dignidade pode ocorrer por meio da kalotanásia levada a efeito por meio do movimento *hospice*.

Para tanto, o estudo foi estruturado para que, em cada uma de suas seções, um dos objetivos específicos da pesquisa seja alcançado. Primeiramente, foram estudados os cuidados paliativos; após, buscou-se o entendimento acerca do movimento *hospice* e da kalotanásia; por fim, foi analisada a morte com dignidade corporificada por meio da kalotanásia propiciada pelo movimento *hospice*.

O tema se justifica na medida em que traz à evidência uma contenda que combina discussões permanentes juridicamente e bioeticamente, aquelas que dizem respeito aos temas

<sup>2</sup> A eutanásia pode ser conceituada como o meio de antecipação da morte ocorrida por motivos misericordiosos, a pedido do titular da vida no exercício de sua autonomia decisória. Concretiza-se por atuação do profissional da medicina ou saúde. O termo foi cunhado por Francis Bacon e pressupõe a boa morte (Zilio, 2023).

<sup>3</sup> É o modo de antecipação da morte, ocorrida também por motivos misericordiosos, igualmente a pedido do titular da vida no exercício de sua autonomia decisória. A diferença é que, no suicídio assistido, a conduta é realizada pelo próprio titular da vida (Davison, 2010).

<sup>4</sup> A ortotanásia é a morte que acontece quando são iniciados os procedimentos paliativos e são interrompidos os tratamentos que seriam o protocolo para a cura do mal que acomete o paciente, no momento em que se sabe que eles não mais surtirão efeito e somente trarão mais dores e sofrimento sem possibilidade de convalhecimento. Logo, a ortotanásia se contrapõe à distanásia, que é a obstinação terapêutica e é tida como ponto de equilíbrio entre as ela e a eutanásia e o suicídio assistido, que são condutas de antecipação da morte (Zilio, 2021). No processo de morte, assim, cuidados para que o sofrimento seja abrandado são tomados para a consecução da ortotanásia (Freitas; Zilio, 2015).





de fim de vida, com discussões emergentes do desenvolvimento biotecnológico, que traz a possibilidade de manutenção da sobrevida sem qualidade e dignidade. Assim, pensar na dignidade da morte por meio de condutas que são passíveis de serem colocadas em prática no ordenamento jurídico brasileiro atual, preservando a autonomia do titular da vida, mostra-se certamente pertinente, urgente e necessário.

O trabalho segue o método de pesquisa dedutivo. A técnica de pesquisa empregada é a documentação indireta em que os dados possuem natureza bibliográfica e a pesquisa é qualitativa.

## 2 CUIDADOS PALIATIVOS

O cuidado na relação entre os profissionais da saúde e os pacientes deve ser algo inerente. Quando se trata de pacientes que se encontram em estágio avançado de doença terminal, ou seja, sem perspectiva de cura, tal cuidado se encontra ainda mais relevante, na medida em que é o caminho que torna menos dificultoso o enfrentamento da morte, com abrandamento da dor, física e psicológica, e do sofrimento que inevitavelmente faz parte desse processo e que deve, na medida do possível, ser diminuído. Logo, “Os cuidados paliativos têm como foco não a doença que ameaça a continuidade da vida, mas o doente, percebido como ser autônomo e biográfico” (Campos; Silva; Silva, 2019, p. 712).

A realização dos cuidados paliativos oferecida ao paciente que se encontra em processo de doença avançada e/ou de morte iminente é contrária à ideia da obstinação terapêutica, da distanásia<sup>5</sup>, ou seja, da busca incessante da manutenção da sobrevida, e da visualização da morte como um fracasso. De outro plano, os cuidados paliativos auxiliam em que se rechace a ideia de uma morte antecipada. Sendo dessa maneira, os cuidados paliativos surgem do mais intenso resguardo à autodeterminação do paciente envolvido, de tal forma a que todas as possibilidades médicas e psicossociais sejam tomadas buscando sempre pelo bem-estar de quem está enfrentando as situações descritas, sobretudo quando se está submetido ao processo de morte. A morte deve ocorrer do modo menos traumático possível ao titular da vida, e mediante todas as possibilidades hoje existentes para a sua dignificação (Zilio, 2021), uma vez que o paciente fora de possibilidades terapêuticas, isso no percurso da doença, ou então

---

<sup>5</sup> A distanásia (ou obstinação terapêutica) trata-se de um neologismo que vem de origem grega: o prefixo *dys* designa ato defeituoso e o sufixo *thanatos* quer dizer morte (Pessini, 2001). É, conforme tal interpretação, a má morte.



quando em terminalidade, demonstra fragilidades específicas que podem ser de natureza física, de natureza psicológica, de natureza social e de natureza espiritual (Santos *et al*, 2018).

No mesmo norte relatam Teixeira e Sá (2018) no sentido de que muitas vezes a morte não pode ser evitada pelo médico. [...] Tampouco tem o médico o poder de devolver o doente, em determinadas situações, à sua vida anterior. Mas é dever do médico tomar a pessoa enferma pela mão e ajudá-la a encarar e a entender o sentido da própria vida (Teixeira; Sá, 2018, p. 242).

A humanização do processo de morte é um dos pressupostos de norteamento quando se pensa em cuidados paliativos. Assim:

Um projeto dedicado a receber pessoas que se encontram em uma situação irreversível de saúde precisa **priorizar o bem-estar de seus pacientes e proporcionar o máximo conforto deles**. Este mesmo não se localizando dentro de um hospital precisa atender às exigências e requisitos de segurança hospitalar solicitados pela Anvisa. Sendo assim o desafio desses projetos é **produzir um ambiente eficiente, prático e humanizado e que atenda as normas e legislações específicas**. A arquitetura deve ser utilizada como artifício que permita que esses pacientes tenham um conforto físico e psicológico e consigam obter os cuidados paliativos em seu estado terminal. **Como consequência tem-se a promoção de um ambiente assertivo e tranquilizador tanto para eles, quanto para seus familiares, cuidadores e colaboradores**, o problema é que muitas pessoas não possuem acesso ou conhecimento a respeito desse assunto (Silva; Brum, 2022, p. 457, grifo nosso).

O que resta claro é que aos pacientes e aos familiares devem ser administradas todas as informações pertinentes para que sejam colocados em prática os pertinentes cuidados, que são, em verdade, norteados pela prevenção e controle de sintomas, pela intervenção psicossocial e espiritual, pela preservação do paciente e da família como unidade de cuidados, pela autonomia e independência, e pela comunicação e trabalho realizados em equipe (Gomes; Othero, 2016). Assim, “O médico tem de relacionar-se não só com o paciente e sua autonomia, mas também com a família e demais profissionais envolvidos nos cuidados e no gerenciamento da rede de assistência disponível” (Gonçalves *et al*, 2019, p. 5).

A medicina, paulatinamente, tem avançado e, em consequência, a vida humana pode se tornar mais longa. Isso certamente é um grande avanço e traz inúmeros benefícios que precisam ser celebrados. Mas, a mesma medicina e as áreas correlatas, precisam dispensar a sua preocupação também em resguardar a qualidade da vida em seus momentos finais, com a promoção de um processo de morte mais tranquilo e pacífico.

A diferença entre os cuidados paliativos e a medicina curativa se dá por aqueles focarem no cuidado integral, por meio da prevenção e do controle de sintomas para os pacientes que vivenciem doenças graves que ameacem a vida. Tanto o paciente quanto quem estiver

próximo a ele podem e devem ser submetidos a todos os cuidados tidos como paliativos (Matsumoto, 2012). Note-se que a medicina paliativa teve desenvolvimento, de acordo com Lima (2015), a partir das dúvidas apresentadas pela Bioética.

Para Matsumoto (2012, p. 26, grifo da autora):

O Cuidado Paliativo não se baseia em *protocolos*, mas sim em *princípios*. Não se fala mais em *terminalidade*, mas em *doença que ameaça a vida*. Indica-se o cuidado *desde o diagnóstico*, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em *impossibilidade de cura*, mas na possibilidade ou não de *tratamento modificador da doença*, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a *espiritualidade* dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto.

Assim, quando se está de frente a doenças que ameaçam a vida, há que se prestar os cuidados nas mais variadas dimensões, inclusive a espiritual, mesmo após a morte do paciente, em relação aos seus familiares. Para Lima (2015, p. 16), inclusive, “[...] o acesso aos cuidados paliativos representa a forma mais abrangente, eficaz e garantidora do respeito à morte digna tanto no âmbito dos Direitos Humanos, da Bioética como da Ética Médica”.

Ademais, há de haver o cuidado na “[...] relação de confiança que deve existir entre médico e paciente, que deve ser caracterizada pela intimidade e pela necessidade de diagnosticar corretamente, disponibilizar o tratamento adequado e oferecer bem-estar” (Reckziegel; Steinmetz, 2016, p. 95).

Sobre os cuidados paliativos no Brasil, relata Matsumoto (2012) que o seu início se deu na década de 1980, conhecendo um maior desenvolvimento a partir da década de 2000, mediante a consolidação de serviços já existentes conjugada à criação de outros tantos. Segundo a autora, ainda há muito o que evoluir, dada a dimensão geográfica do país, aliada às suas claras necessidades.

Aliás, sobre os cuidados paliativos em Portugal, relata Freitas (2012, p. IV):

A história dos cuidados paliativos, em Portugal, é relativamente recente. Embora existam textos médicos que datam do século XVI, somente no início dos anos 90 do século passado é que se iniciou o movimento pela implementação de unidades especializadas para este tipo de cuidados no nosso país. No entanto, a história dos cuidados paliativos, na Europa, iniciou-se muito antes com o chamado movimento hospice, tendo como pioneiras mulheres como Cecily Saunders no Reino Unido e Elisabeth Kübler-Ross nos EUA. Cecily Saunders é uma das figuras mais emblemáticas deste movimento. De facto, foi Cecily Saunders quem criou um conceito fundamental dos cuidados paliativos: a “Dor Total”. Esta é uma dor multifatorial, sendo uma combinação de dor física, psicológica, social e espiritual. Neste sentido, é possível dizer que este conceito é uma das bases dos cuidados



paliativos, em que os profissionais de saúde têm como responsabilidade tratar não só da dor na sua dimensão corporal, como também em todas as outras dimensões, promovendo assim, um apoio completo ao doente e à família.

Note-se que em Portugal também a ideia da utilização dos cuidados paliativos é recente, datando da década de 1990. Apesar disso, na Europa, o movimento *hospice* - também no presente artigo retratado – já vinha sendo implementado. Importante esclarecimento é o fato da dor total que deve ser analisada quando se trata dos cuidados paliativos e/ou do movimento *hospice*. Quando se fala em dor total, se fala em dor que perpassa a dor física para a dor psicológica, social, espiritual. Há que serem tratadas todas essas dores, ao paciente e aos familiares e pessoas que estejam ao seu redor.

Sobre os dilemas na concretização dos cuidados paliativos, principalmente em Unidades de Terapia Intensiva, Arantes (2012) relata os específicos em relação à comunicação. Segundo a autora, podem ser citados como dilemas: a comunicação insuficiente sobre as decisões de fim de vida; incapacidade dos pacientes de participar das discussões acerca de seu tratamento; expectativas não realistas dos pacientes e familiares; falta de oportunidades para discussão acerca da forma como os pacientes desejam receber os cuidados no final da vida.

Não há que se, de frente a uma doença avançada ou mesmo terminal, entender, sobretudo por parte dos profissionais da saúde, conforme Floriani (2021), que há pouco o que se fazer, ou ainda que não há nada a que ser feito. Caso seja assim, esses mesmos profissionais não conseguirão se interessar pelos pacientes, uma vez que teriam perdido o interesse pela própria doença e pela resposta ao tratamento indicado. Tal desinteresse poderia se dar porque a medicina concebida tal qual o é nos dias hodiernos foi construída com alicerce em uma racionalidade que se interessou e talvez ainda se interesse pela doença e pelas observações clínicas sobre um conjunto cada vez maior de intervenções efetuadas. O panorama que surge é de desapropriação e de medicalização do processo da morte, assim como de isolamento do paciente, com uma morte ocorrida com sofrimento desproporcional, a maior do que o sofrimento inevitável da condição humana, principalmente em situações de fim de vida. Quando o tratamento para a cura não é mais possível, há o que se fazer, e muito, há que se debruçar nos cuidados paliativos.

De acordo com o autor, ante à realidade retratada, assim, cabe ao médico compreender a importância do cuidado, a relevância da resposta adequada à vulnerabilidade em que vive a pessoa que está em processo de adoecimento. Deve-se tornar sensível e empaticamente perceber



a fragilização do momento vivido pela pessoa que adoeceu. Tal fragilização é imposta pelo próprio adoecimento, bem como pelas recorrentes tentativas de tratamento curativo.

### **3 O MOVIMENTO *HOSPICE* E A MORTE OCORRIDA POR MEIO DELE: A KALOTANÁSIA**

A kalotanásia é a morte ocorrida da forma tanto mais branda, pacífica e bela quanto seja possível. Isso resta claro da leitura de Floriani (2013). Segundo o autor, a kalotanásia se refere à morte eivada de um conjunto de características que tornam o processo de morrer transformador e ritualizado do ponto de vista social, mas com o desafio de que seja feito em um cenário médico submetido à incorporação tecnológica, é a ortotanásia elevada ao nível de esteticização, naquilo que seja possível, por meio do conhecido movimento *hospice*:

O moderno movimento hospice constitui amplo programa de cuidados a pacientes com doenças avançadas e em fase terminal, albergando duas modalidades assistenciais: cuidados paliativos, comumente organizados em hospitais gerais, quer sob a forma de interconsulta ou com unidades próprias; e cuidado hospice, oferecido em locais geograficamente distantes de hospitais, chamados hospice, organizados para acolher pacientes que estão morrendo, ambos com extensão para assistência no domicílio. Centrado na pessoa, diferentemente do modelo biomédico vigente, que concentra suas intervenções na doença, este movimento surge, formalmente, ao fim da década de 60 do século XX, com a construção, na Inglaterra, do St. Christopher's Hospice, em 1967. Desde então, sua inserção no sistema de saúde tradicional tem sido crescente, respondendo a uma necessidade não somente técnica, relativa ao seu campo de intervenções, no qual prepondera o uso continuado e persistente de alta tecnologia, como moral, diante das situações de abandono dos pacientes que necessitam intervenções compatíveis com o alívio do sofrimento evitável no fim da vida (Floriani, 2013, p. 398).

Na kalotanásia, a pessoa não luta contra a morte, mas luta com a morte. Assim, a kalotanásia representa uma luta em específico, segundo Floriani (2013), uma vez que mesmo sabendo que vai morrer a pessoa batalha em instâncias mais profundas de sua natureza, dando-lhe um sentido e uma disposição de enfrentamento. A ideia não é sucumbir à morte, mas transcender a ideia do morrer como algo ruim, pensando-se nela como algo inerente à própria vida. É como relatam Sá e Naves (2018), ou seja, a morte não está à margem da vida, mas ocupando nela posição central. Se por um lado é difícil pensar acerca da finitude da vida, por outro a ideia de ser “imortal”, ou de enfrentar a morte como um obstáculo, também, segundo os autores, não pode ser vista com naturalidade.





No mesmo sentido, discorrem Teixeira e Sá (2018, p. 243, grifo nosso) que é necessário esclarecer-se que:

**[...] se a morte figurar como possibilidade no processo de construção da personalidade, ela deve ser considerada, não como afronta ao direito à vida, mas como realização de um projeto de vida boa de um destinatário ou coautor do direito que busca a realização de sua individualidade.**

Note-se que a kalotanásia é tida por um conjunto de comportamentos e de tendências que fundamenta o moderno movimento *hospice*. Trata-se de um conjunto de ações amorosas e transformadoras de cuidados a quem está a falecer (Floriani, 2013), de modo que a própria doença terminal não deveria ser encarada como intromissão na vida, mas parte da vida, podendo ser um tempo de crescente maturidade para todos os envolvidos (Twycross, 1975). O movimento *hospice*, conceito muito bem utilizado por Floriani (2013), é o movimento realizado para que a morte ocorra da forma mais digna e bela possível. Nele, os cuidados paliativos são intensificados e se busca o oferecimento de bem-estar físico, psicológico e espiritual ao indivíduo que está em processo de morte (Zilio, 2023).

Logo, o conjunto de prerrogativas que norteiam o saber-fazer do movimento *hospice* configuram a kalotanásia. Essa é o seu eixo central (Floriani, 2013).

Já o movimento *hospice* pode ser conceituado como um “guarda-chuva” que contém em si quatro programas distintos, embora tenham todos a mesma fundamentação: o primeiro diz respeito aos cuidados paliativos em unidades hospitalares ou em centros anexados a hospitais; o segundo tem relação com os cuidados paliativos ocorridos em domicílio; o terceiro denota os cuidados paliativos como atividade de interconsulta hospitalar; e o quarto tem que ver com o cuidado *hospice*, sendo a interdisciplinaridade um dos aspectos comuns a todos os programas citados (Floriani, 2009). Para o autor, o médico que aplique os conhecimentos retratados, mas que trabalhe sozinho, não estaria rigorosamente aplicando cuidados paliativos, uma vez que a interdisciplinaridade é pressuposto fundamental à configuração deste amplo programa de cuidados de fim de vida

Ciro Augusto Floriani, em outra passagem em que debate acerca dos modelos de assistência no fim da vida, alerta que a construção de modelos adequados para a assistência no final da vida vem se mostrando forçosa, com impacto sobre o paciente, sobre quem se encontra ao seu redor e sobre a organização e alocação das pessoas e dos recursos tecnológicos e econômicos no sistema de saúde. Segundo aduz o autor, pessoas com doenças em estágio



avançado, progressivas e terminais de maneira recorrente são admitidas em hospitais, que por sua vez são estruturados em uma ideologia de resgate, que tende a ser inadequada, desproporcional e maleficiente, embora possa apresentar benefícios pontuais (Floriani, 2021).

De acordo com o mesmo autor, referência no Brasil quando se fala em kalotanásia e movimento *hospice*, para avançar concretamente na organização desses modelos de morte deverá ser incluída a revisão conceitual e o aprofundamento na discussão sobre o entendimento atual da eutanásia e do suicídio assistido (modos de antecipação da morte baseados na autonomia decisória do paciente), bem como em seus possíveis desdobramentos. Do mesmo modo, faz-se premente haver efetiva política nacional que embase a prática dos cuidados paliativos, a ser instituída em “[...] cenários diversificados, como é o caso do Brasil, fundamentada em um modelo de boa morte que se propõe acolher incondicionalmente o paciente e seu entorno, em um cenário de potenciais transformações a todos os envolvidos” (Floriani, 2021, p. 10).

Sobre a boa morte, Floriani (2009) argumenta que seria aquela ocorrida sem dor, com o paciente cercado por quem ama, sendo cuidado com amor, dedicação e competência, com tratamento aos sintomas psicológicos, podendo ser uma morte em domicílio e sem conflitos com os profissionais da saúde, de modo que quem está morrendo seja quem controla esse processo. Deve-se ter dignidade e privacidade resguardadas, ter acesso à informação, ter controle sobre com quem compartilhar os momentos finais.

Há, também, modelos de distinção entre a morte com dignidade e a boa morte. O presente estudo, porém, entende que os conceitos sejam coligados e complementares. Com Floriani (2009), relata-se que a questão da morte digna, do morrer com dignidade, ou da dignidade na morte é muito clamada quando se fala de cuidados no fim da vida e de cuidados paliativos, mesmo que, para o autor, muitas vezes sem que haja definição mais clara do seu significado. Embora possa haver tal indefinição, “[...] é bastante razoável que o tema da dignidade seja evocado quando o assunto é o fim da vida, a morte, o morrer, e quando se fala de ‘boa morte’” (Floriani, 2009, p. 46).

A morte com dignidade por meio do movimento *hospice* e da kalotanásia é, inclusive, a pauta do tópico subsequente, que cumpre o atendimento ao terceiro e derradeiro objetivo específico proposto no estudo.

#### **4 A MORTE COM DIGNIDADE PESSOAL, O MOVIMENTO *HOSPICE* E A KALOTANÁSIA**





A morte com dignidade é um direito plenamente possível de realização quando se fala do ordenamento jurídico brasileiro. Muito se pensa tal direito quando o assunto é a antecipação da morte, como ocorre em países estrangeiros, tais quais se destacam a Bélgica, a Holanda e a Suíça, exemplificativamente. Ocorre que, em que pese os modos de efetivação da morte calcados em sua antecipação, ou seja, a eutanásia e o suicídio assistido, sejam realmente meios para a dignificação do processo de morte, eles não são os únicos, na medida em que a morte ocorrida a seu tempo é um meio de dignificá-la, evitando-se protelações advindas de uma possível e totalmente repreensível obstinação terapêutica.

Todos os meios devem ser empregados para buscar salvar a vida dos pacientes, quando a cura ou a manutenção da vida com dignidade é possível. Mas, empreender esforços encarando a morte como um grande inimigo a ser vencido não é, e não pode ser um dos objetivos da medicina nos dias contemporâneos.

Assim, como visto, o movimento *hospice* e a consequente kalotanásia são meios de efetivação da morte com dignidade sem que para isso haja ou precise haver algum tipo de antecipação. No movimento *hospice*, propiciador da kalotanásia, os cuidados paliativos são levados a efeito com a maior efetividade possível, daí porque a morte poder ser considerada uma morte digna. O respeito à autonomia do paciente é o cerne de tal movimento, uma vez que suas vontades e anseios existenciais são levados em consideração, desde aqueles com maior nível de cuidado do ponto de vista de saúde quanto aqueles que digam respeito à sua maneira de viver. Quanto a esses últimos, pode-se citar: ouvir suas músicas favoritas, poder apreciar os alimentos que mais gosta, enfim, poder desfrutar de um fim de vida, para além de digno, bonito, na medida do que isso for possível.

Aqui se faz um relevante e necessário adendo, no sentido de que caso a morte não seja tratada pela própria pessoa como uma construção biográfica, jamais se pode cogitar a imposição do morrer como descrito, uma vez que tal conduta se mostraria juridicamente indevida, assim como a negação da própria autonomia para morrer, narrada acima. Compete logicamente ao titular da vida definir quais são as possibilidades capazes de efetivar a construção de sua personalidade, especialmente quando se fala em morrer, assim como incumbe ao Direito reconhecer e tornar efetivas essas escolhas (Teixeira; Sá, 2018).

Isso, sem sombra de dúvidas, é privilegiar a dignidade do morrer, é fazer valer o direito do paciente de ser acolhido em sua vulnerabilidade máxima nos momentos que se aproximam dos derradeiros. A dignidade humana, efetivada por meio de um princípio constitucional, deve

ser lida a partir da lente da intersubjetividade humana, ou seja, por meio da dignidade pessoal de cada sujeito. Veja-se: a representação da morte e da morte com dignidade pode ser diferente a depender do sujeito envolvido no processo de morrer. O que representa dignificar o processo de morte para uma pessoa, não necessariamente seja da mesma forma para outra. Respeitar os processos, sem, claramente, de deixar a medicina agir quando necessário para evitar a morte e prolongar o viver com dignidade, é o que deve ser feito para que a morte com dignidade seja verdadeiramente alcançada caso a caso.

Não existe, hoje, regulamentação acerca da kalotanásia, no Brasil, porque, como visto precedentemente, tal forma de morrer com dignidade é muito mais um meio de interpretação do que ocorre hoje com a ortotanásia, com a ainda maior preocupação com os cuidados paliativos, do que um novo meio distinto daquele. Sobre a ortotanásia, sabe-se da existência da Resolução 1.805, de 2006, do Conselho Federal de Medicina, que disciplina a prática, além da existência da Resolução 1.995, de 2012, que dispõe acerca das diretivas antecipadas de vontade, ou seja, dispõe acerca de documentos deixados pelos pacientes para que sejam colocados em prática quando eles não mais puderem se manifestar, acerca de tratamentos e cuidados a serem implementados nos momentos de terminalidade de vida.

Sendo, então, a kalotanásia, uma leitura da ortotanásia com ainda maior atenção aos cuidados paliativos e aos desejos dos pacientes terminais (movimento *hospice*), pode-se dizer que as diretrizes utilizadas na ortotanásia devem ser implementadas também quando da realização de possíveis kalotanásias. Assim, também, diz-se acerca dos cuidados paliativos que têm previsão no Código de Ética Médica, documento que regulamenta o exercício da profissão. Tal documento aponta que é vedado ao médico abreviar a vida do paciente, mesmo que isso seja um pedido do próprio paciente ou de um representante legal, mas, em contrapartida, determina que:

Art. 41 [...]

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** (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Perceba-se que quando diagnosticada a doença incurável e terminal, é dever do médico prestar os cuidados paliativos e suspender os tratamentos que buscavam a cura do mal, caso



configurem ações inúteis ou obstinadas, sempre primando pela autonomia do paciente ou, na impossibilidade, de seu representante legal.

Assim, pensa-se que não só a kalotanásia é possível de ser levada a efeito no Brasil, como tem regulamentação, porque crê-se ser ela uma leitura da ortotanásia, regulamentada, e não uma conduta apartada, sendo o movimento *hospice* a leitura dos cuidados paliativos em sua máxima força e “interdisciplinaridade” possível, levando-se em consideração não somente o direito do paciente a não sentir dor, mas também a ter os seus últimos anseios cumpridos, sejam eles da ordem que for, desde que dentro da legalidade, por óbvio. Anseios de cunho religioso, como por exemplo a presença de um padre, de um pastor, de uma mãe de santo, anseios de cunho gastronômico, como provar seu prato favorito, ou outros, como ler ou ouvir um livro, sentir um cheiro específico, ouvir uma música, enfim. Experimentar a morte da maneira mais dignificante e bela possível.

Há que ser pontuada, no entanto, uma importante opinião contrária àquela de ser a kalotanásia um modo de vislumbrar-se a ortotanásia, conforme pretende demonstrar – ainda que brevemente - o trabalho em pauta, ou, pelo menos, uma outra forma de análise do mesmo tema. Sobre o assunto, o bioeticista *Ciro Augusto Floriani* assim explana em um de seus estudos:

**A despeito de em nosso meio utilizar, correntemente, o termo ortotanásia vinculado aos cuidados paliativos, não o identificamos como formativo do modelo de morte dos cuidados paliativos.** Foge dos objetivos deste artigo um aprofundamento sobre aspectos conceituais envolvidos na construção desta categoria, porém não são incomuns nos vários textos disponíveis sobre ortotanásia o uso de expressões um tanto genéricas e vagas para caracterizá-la, como, entre outros, “morte natural”, “processo natural de morte”, “curso natural”, “morte normal”, “morte como algo natural”, “morte sem interferência da ciência”, “a arte de bem morrer”, “morte no seu tempo certo”, evidenciando uma problemática questão conceitual, ainda mais se levarmos em consideração as incertezas de quando seria o tempo certo para morrer, e diante das obstinadas intervenções biotecnológicas, o que torna a “morte natural” uma raridade em nossa época. Ainda que se utilizem princípios de bons cuidados e norteadores dos cuidados paliativos para sua justificativa conceitual, em nosso entendimento, o termo ortotanásia carece dos elementos organizadores e constitutivos do ethos e dos fundamentos antropológicos, históricos e filosóficos do moderno movimento hospice [...]. Por outro lado, temos compreendido que a ortotanásia distingue-se por um conjunto de características que podem ser deflagradas pelo paciente ou que podem ajudar os profissionais de saúde, em especial os médicos, a reverem suas práticas, especialmente diante de condutas obstinadas e persistentes encontrando, nas UTIs, seu locus privilegiado. **A ortotanásia, assim, abriria as portas para outras possibilidades assistenciais, o que incluiria – mas não se restringindo a elas – a kalotanásia e, em tese, a despeito de ser legalmente proibido em nosso meio, o modelo institucionalizado de eutanásia/suicídio assistido** (Floriani, 2021, p. 4-5, grifo nosso).

O autor entende, assim, que a ortotanásia ainda careceria de uma série de aperfeiçoamentos para embasar uma morte genuinamente ocorrida de maneira digna levando-se a efeito os cuidados paliativos, e proporcionalmente adequada, o que não quer dizer que não seja um grande avanço no sentido de que isso aconteça, uma vez que ela seria o viés de entrada para outras práticas assistenciais.

Por fim, quando se fala em experimentar a morte bela, muitas vezes pode surgir a dúvida quanto à existência da morte que se pode considerar como “bela”, ou esteticamente “melhor”, uma vez que pode ser levantada a tese de que toda a morte é dolorosa porque é o findar de um caminho para todo o sempre e porque, por mais que a medicina e as ciências envolvidas possam proporcionar um fim digno, uma morte nunca será “bonita” ou mesmo “boa”, caso se pense os conceitos separadamente. Particularmente, não é o que se pensa. Acredita-se que a morte pode sim ser considerada uma passagem da existência para a inexistência mais “bonita”, sempre que ocorrer preservando-se a dignidade e principalmente a autonomia/autodeterminação do paciente em questão.

## 5 CONCLUSÃO

Findando-se o estudo, que teve como objetivo geral compreender a morte com dignidade por meio da kalotanásia levada a efeito pelo movimento *hospice*, pode-se concluir que:

a) Os cuidados paliativos são aqueles tomados não quando a cura do mal é a medida que se impõe, mas o abrandamento do sofrimento, a melhora dos sintomas, o respeito e o cuidado ao paciente e à família é o que deve prevalecer. Fala-se em cuidado médico, psicológico, espiritual, e todas as formas de cuidado que possam ocorrer para que a morte seja um processo tão pouco traumático quanto seja possível.

b) A kalotanásia é a morte ocorrida quando são colocados em prática os cuidados presentes no movimento *hospice*, que constitui uma gama de cuidados interdisciplinares prestados àqueles que se encontram em situações de doenças graves e ameaçadoras da vida, bem como em processo de morte.

c) No mesmo norte, a kalotanásia pode ser considerada uma forma de morte com dignidade, na medida em que é a morte que ocorre mediante toda a dignificação do processo, por meio do movimento *hospice* e de todos os cuidados que lhe são inerentes.



Nesta senda, os objetivos específicos da pesquisa, pontuados na fase introdutória, foram concluídos, uma vez que em cada uma das três seções do texto foram abordadas as proposições, em ordem sequencial: estudados os cuidados paliativos; entendidos o movimento *hospice* e a kalotanásia; e, finalmente, analisada a morte com dignidade por meio do movimento *hospice* e da kalotanásia.

A tese proposta na seção introdutória foi a que segue: a morte com dignidade pode ocorrer por meio da kalotanásia levada a efeito por meio do movimento *hospice*. A tese restou evidenciada pelos resultados encontrados, já que a morte com dignidade pessoal aqui proclamada é a morte que ocorre respeitando as decisões do paciente, a sua privacidade e a sua autonomia para decidir. Suas dores físicas, psicológicas e espirituais são sanadas ou ao menos atenuadas, seus familiares e as pessoas próximas são cuidadas na medida do que seja possível. O sofrimento causado pela doença ou mal que acomete o paciente é abrandado e prima-se pela qualidade de vida do enfermo no tempo que lhe resta. São exatamente esses os pressupostos da kalotanásia e do movimento *hospice*.

Tendo isso em mente, e levando-se em consideração o conjunto de cuidados que se tem no movimento *hospice*, propiciador da kalotanásia, pode-se concluir com base nos resultados encontrados que a morte que ocorre nestas circunstâncias deve ser considerada uma morte digna, ou uma morte com dignidade pessoal, tratando-se a dignidade pessoal como a leitura da dignidade, com previsão constitucional<sup>6</sup>, a partir da intersubjetividade humana. Entende-se, inclusive, ser passível de perfectibilização no Brasil, a kalotanásia, uma vez que não há antecipação da morte e, em verdade, a vida é preservada até o momento em que o seu findar ocorra naturalmente.

## REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana. Indicações de cuidados paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012, p. 56-74.

BRASIL. **Constituição**: República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:

---

<sup>6</sup> Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: [...] III - a dignidade da pessoa humana; [...] (Brasil, 1988).



<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 22 fev. 2024.

CAMPOS, Vanessa Ferreira; SILVA, Jhonata Matos da; SILVA, Josimário João da. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 4, 2019, p. 711-718. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/v9HwSfW8gLGZHWqfmtcZKf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 9 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019/Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2023.

DAVISON, Charles. Assisted Suicide. **LawNow**, v. 34, n. 6, p. 19-22, 2010.

FLORIANI, Ciro Augusto. Considerações bioéticas sobre os modelos de assistência no fim da vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, 2021, p. 1-13. Disponível em: <<https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7546>>. Acesso em: 4 fev. 2024.

FLORIANI, Ciro Augusto. **Moderno movimento hospice**: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte. 2009. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2571/1/ENSP\\_Tese\\_Floriani\\_Ciro\\_Augusto.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2571/1/ENSP_Tese_Floriani_Ciro_Augusto.pdf)>. Acesso em 7 fev. 2024.

FLORIANI, Ciro Augusto. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, 2013, p. 397-404. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a03v21n3.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2024.

FREITAS, Alexandra Dinis de. **Medicina e cuidados paliativos**: o conceito de “boa morte” na contemporaneidade. 2012. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde, Covilhã, 2012. Disponível em: <<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1161/1/Tese%20Nina%20Freitas.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2023.

FREITAS, Riva Sobrado de; ZILIO, Daniela. Da distanásia à eutanásia: refletindo a dignidade de viver e de morrer. In: MARCO, Cristhian Magnus de; KRAVETZ, Rafaella Zanatta Caon. **Diálogos sobre direito e justiça**: coletânea de artigos 2015. Joaçaba: Editora Unoesc, 2015. p. 495-508.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados Paliativos. **Revista Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, 2016, p. 155-166. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000300155&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000300155&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 1 fev. 2024.



GONÇALVES, Maurício Bullejos *et al.* Dilemas de ordem moral nas decisões médicas em cuidados paliativos. **Revista Iberoamericana de Bioética**, Madrid, n. 11, 2019, p. 1-19. Disponível em: <<https://revistas.comillas.edu/index.php/bioeticarevista-iberoamericana/article/view/10748/11040>>. Acesso em: 8 fev. 2024.

LIMA, Carolina Alves de Souza. Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 13, n. 1, p. 14-17, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4762.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2024.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012, p. 23-30.

PESSINI, Leo. **Distanásia: Até quando prolongar a vida?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2001.

RECKZIEGEL, Janaína; STEINMETZ, Wilson. Cuidados paliativos e o direito à morte digna. **Revista Direito Público**, Brasília, v. 13, n. 72, p. 91-114, 2016. Disponível em: <<https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/2574>>. Acesso em: 8 fev. 2024.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e biodireito**. 4. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2018.

SANTOS, S. C. *et al.* Cuidados paliativos e uso medicinal da *Cannabis sativa*, fronteiras jurídicas, médicas e bioéticas. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 14, p. 180, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/26350/23104>>. Acesso em: 9 fev. 2024.

SILVA, Fernanda Corrêa da; BRUM, Cristhian Moreira. Arquitetura para cuidar: uma abordagem sobre espaço, cuidado terapêutico e cidadania. **Fixo Revista de Arquitetura, Cidade e Contemporaneidade**, Pelotas, v. 6, n. 22, 2022, p. 457-471. Disponível em: <<https://revistas.ufpel.edu.br/index.php/pixo/article/view/2588/2036>>. Acesso em 2 fev. 2024.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Cuidados Paliativos: entre autonomia e solidariedade. **Revista Novos Estudos Jurídicos**, Itajaí, v. 23, n.1, 2018, p. 240-258. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/13037/7453>>. Acesso em: 6 fev. 2024.

TWYXCROSS, RG. **The dying patient**. London: CMF Publications, 1975.

ZILIO, Daniela. O direito aos cuidados paliativos como meio de efetivação da autonomia do paciente no processo de morte: a proteção jurídica à ortotanásia. In: III Encontro Virtual do Conpedi – Biodireito e Direito dos Animais II, 1., 2021, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis, 2021. Disponível em: <<http://site.conpedi.org.br/publicacoes/276gsltp/32zj5xf2/eNgGNu95D3M2DrBX.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2024.





ZILIO, Daniela. **Privacidade em decisões de fim de vida**: a construção e efetivação da autonomia decisória na perspectiva dos pacientes oncológicos em tratamento no Hospital Universitário Santa Terezinha de Joaçaba-SC. 2023. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Chapecó, 2023.