

XXV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - BRASÍLIA/DF

SOCIEDADE, CONFLITO E MOVIMENTOS SOCIAIS

DANIELA MARQUES DE MORAES

DANIELA MENENGOTI RIBEIRO

ENOQUE FEITOSA SOBREIRA FILHO

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

S678

Sociedade, conflito e movimentos sociais [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UnB/UCB/IDP/UDF;

Coordenadores: Daniela Marques De Moraes, Daniela Menengoti Ribeiro, Enoque Feitosa Sobreira Filho – Florianópolis: CONPEDI, 2016.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-200-2

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. Sociedade. 3. Conflito. 4. Movimentos Sociais. I. Encontro Nacional do CONPEDI (25. : 2016 : Brasília, DF).

CDU: 34



Florianópolis – Santa Catarina – SC
www.conpedi.org.br

XXV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - BRASÍLIA/DF

SOCIEDADE, CONFLITO E MOVIMENTOS SOCIAIS

Apresentação

O XXV Encontro Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), realizado na Capital Federal entre os dias 06 a 09 de julho de 2016, em parceria com o Curso de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado, da UnB - Universidade de Brasília, com a Universidade Católica de Brasília – UCB, com o Centro Universitário do Distrito Federal – UDF, e com o Instituto Brasiliense do Direito Público – IDP.

O evento, que teve como tema central o “DIREITO E DESIGUALDADES: Diagnósticos e Perspectivas para um Brasil Justo” realizou-se, manteve a seriedade e qualidade da produtividade característica dos eventos anteriores.

Os professores Dr. Enoque Feitosa Sobreira Filho, da Universidade Federal da Paraíba; Dra. Daniela Marques de Moraes, da Universidade de Brasília; e Dr^a. Daniela Menengoti Ribeiro, da Unicesumar, foram honrados com a coordenação das atividades do Grupo de Trabalho intitulado “Sociedade, Conflito e Movimentos Sociais” e com a coordenação desta obra.

Os trabalhos deste Grupo de Trabalho se deram na tarde do dia 07 de julho de 2016, ocasião em que os autores expuseram suas pesquisas e debateram temas que estão no centro das especulações de um conjunto significativo dos estudiosos do direito.

Com o objetivo de organizar as apresentações, os artigos foram sistematizados em eixos temáticos, assim dispostos:

Movimentos sociais

1. A “SALA DE MÁQUINAS” DAS CONSTITUIÇÕES LATINO-AMERICANAS E A TEORIA DO CONSTITUCIONALISMO DEMOCRÁTICO: UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE MOVIMENTOS SOCIAIS, CONSTITUIÇÃO E O PAPEL DO JUDICIÁRIO NA DEMOCRACIA
2. APONTAMENTOS SOBRE REVOLUÇÃO, DEMOCRACIA E DIREITOS HUMANOS: EM VISTA DA LUTA DE CLASSES NO BRASIL

3. DIREITOS HUMANOS E MOVIMENTOS SOCIAIS COMO MANIFESTAÇÃO PARA A TRANSFORMAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO

4. JUSTIÇA DE TRANSIÇÃO E DIREITO DE RESISTÊNCIA NA GUERRILHA DO ARAGUAIA: REFLEXÕES SOBRE OS CONFLITOS E A DEMOCRACIA NO BRASIL

5. NOTAS SOBRE A VIOLÊNCIA DO ESTADO CONTRA OS MOVIMENTOS DE TRABALHADORES RURAIS

6. NOVOS MOVIMENTOS SOCIAIS URBANOS NUMA CIDADE GLOBAL: A REALIDADE QUE QUESTIONA O SENTIDO DO DIREITO À MORADIA

7. PLURALISMO JURÍDICO – RODEIOS: CULTURA, CONFLITOS SOCIAIS

8. TRABALHO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL: PROPOSTA DE UMA NOVA REGULAMENTAÇÃO PARA O BOLSA FAMÍLIA A PARTIR DO RECONHECIMENTO DO TRABALHO COMO VALOR SOCIAL

Minorias e grupos vulneráveis

9. COLONIALIDADE DO PODER, EXCLUSÃO SOCIAL E CRISE: INTERSECCIONALIDADES E UMA POSSÍVEL ALTERNATIVA A PARTIR DA PERSPECTIVA SOCIOAMBIENTAL

10. DA TEORIA DO RECONHECIMENTO DE AXEL HONNETH SUBSUMIDA AO ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (LEI N. 13.146/2015)

11. O MINISTÉRIO PÚBLICO E O INTERESSE PÚBLICO NA PROTEÇÃO À HONRA E À DIGNIDADE DE GRUPOS RACIAIS, ÉTNICOS OU RELIGIOSOS

Identidade e gênero

12. AS LUTAS DO FEMINISMO NO OCIDENTE E AS SUAS CONQUISTAS JURÍDICAS

13. CONTROLE SOCIAL DAS DISSIDÊNCIAS DE GÊNERO: VIOLÊNCIA E BIOPOLÍTICA

14. DECISÕES DIVERSAS E PERSPECTIVAS IDÊNTICAS: ROE X WADE, ADPF 54 E A ENCRIPTAÇÃO DO MACHISMO NAS DECISÕES JUDICIAIS

15. DIREITO, DESIGUALDADE E SOCIODIVERSIDADE: NOVOS CAMINHOS PARA PESQUISA

16. DIREITOS HUMANOS EM PERSPECTIVA DECOLONIAL: POR UM DIREITO INCLUSIVO DA SEXUALIDADE

17. ENTRE A AUTO-IDENTIDADE E A IDENTIDADE CRIMINAL: O CAMINHO TRAÇADO DOS SENTIMENTOS VIVIDOS ATÉ O CÁRCERE

18. EU, PRISIONEIRA DE MIM: ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA INSERÇÃO DA MULHER NO MUNDO DO CRIME

Violência e direito à vida

19. A AUTONOMIA DA VONTADE NA TERMINALIDADE DA VIDA

20. A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA PERSPECTIVA DO DIREITO ACHADO NA RUA: A COR DAS VÍTIMAS

21. CRISE JURÍDICO-INSTITUCIONAL NOS CENTROS EDUCACIONAIS DE FORTALEZA: UMA AMEAÇA AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

22. ENTRE POLICIAIS E POLICIADOS: A INTERVENÇÃO VIOLENTA NAS ABORDAGENS POLICIAIS EM NOME DO ESTADO

23. SOCIEDADE DE RISCO, VIOLÊNCIA E ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

24. UM ESTUDO SOBRE A VIOLÊNCIA: O PERFIL DO ADOLESCENTE INFRATOR REGISTRADO PELA DELEGACIA DE POLÍCIA DE LORENA-SP

25. VIOLÊNCIA E JUVENTUDE NEGRA: UM ESTUDO SOBRE A POLÍTICA DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES AMEAÇADOS DE MORTE

26. VITA ACTIVA E DIREITO DE RESISTÊNCIA: A NECESSIDADE DE SER AÇÃO

Desse modo, os organizadores dessa obra agradecem os autores Abel Gabriel Gonçalves Junior, Amanda Tavares Borges, Andréa Galvão Rocha Detoni, Anna Carolina De Oliveira, Antonio Carlos Fialho Garselaz, Arthur Bastos Rodrigues, Azevedo Rômulo Magalhães Fernandes, Brunna Rabelo Santiago, Carla Vladiane Alves Leite, Carlos Frederico Gurgel Calvet da Silveira, Diego de Oliveira Silva, Douglas Antônio Rocha Pinheiro, Edna Raquel Rodrigues Santos Hogemann, Elaine Auxiliadora Martins Moreira Silva, Eneá de Stutz e Almeida, Farah de Sousa Malcher, Flavia de Paiva Medeiros de Oliveira, Grazielly Alessandra Baggenstoss, Gustavo Dantas Carvalho, Gustavo de Souza Preussler, Helder Magevski de Amorim, Isabella Bruna Lemes Pereira, Janaína Maria Bettles, Jean-François Yves Deluchey, Juliana Wulfing, Leonora Roizen Albek Oliven, Luiz Augusto Castello Branco de Lacerda Marca da Rocha, Marcelo Pereira Dos Santos, Mauricio Gonçalves Saliba, Monaliza Lima, Monique Falcão Lima, Morgana Neves de Jesus, Morgana Paiva Valim, Nathalia Brito De Carvalho, Paula Velho Leonardo, Priscila Mara Garcia, Quezia Dornellas Fialho, Renata Teixeira Villarim, Ricardo Nery Falbo, Rudinei Jose Ortigara, Sonia Alves Da Costa, Vanessa de Lima Marques Santiago, Vanilda Honória dos Santos, Victor Siqueira Serra.

Além de revelar-se uma rica experiência acadêmica, com debates produtivos e bem-sucedidas trocas de conhecimentos, o Grupo de Trabalho “Sociedade, Conflito e Movimentos Sociais” também proporcionou um entoadado passeio pelos sotaques brasileiros, experiência que já se tornou característica dos eventos do CONPEDI, uma vez que se constitui atualmente o mais importante fórum de discussão da pesquisa em Direito no Brasil, e, portanto, ponto de encontro de pesquisados das mais diversas regiões do País.

Por fim, reiteramos nosso imenso prazer em participar da apresentação desta obra e do CONPEDI e desejamos a todos os interessados uma excelente leitura.

João Pessoal, Paraíba

Brasília, Distrito Federal

Maringá, Paraná

Inverno de 2016

Prof. Dr. Enoque Feitosa Sobreira Filho – Universidade Federal da Paraíba

Prof^a. Dr^a. Daniela Marques de Moraes - Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Daniela Menengoti Ribeiro – UNICESUMAR

A AUTONOMIA DA VONTADE NA TERMINALIDADE DA VIDA

THE AUTONOMY OF THE WILL IN TERMINALLY LIFE

Carlos Frederico Gurgel Calvet da Silveira
Luiz Augusto Castello Branco de Lacerda Marca da Rocha

Resumo

Ao se abordar a autonomia da vontade na terminalidade da vida, visa-se a refletir sobre a dignidade da pessoa neste seu momento decisivo. Este estudo analisa sob ótica ético-jurídica as atitudes possíveis diante desta situação de terminalidade. A análise conceitual do que se deva entender por terminalidade visa a uma distinção entre as possíveis condutas médicas diante da situação, com especial destaque para a eutanásia, ortotanásia e distanásia. O confronto dos principais autores que se voltam para este tema permite que se afirme que proteger a vida não significa manter a todo custo uma sobrevivência que não seja digna.

Palavras-chave: Direito à vida, Eutanásia, Distanásia, Ortotanásia, Paciente terminal

Abstract/Resumen/Résumé

Treating the autonomy of the will in terminally life is to reflect on the dignity of the person in this decisive moment. This study analyzes under ethical and legal perspective the possible attitudes to this terminally ill. The conceptual analysis of what is meant by terminal illness seeks to distinguish between the possible medical procedures on the situation, with particular emphasis on euthanasia, orthothanasia and dysthanasia. The confrontation of the main authors who turn to this theme allows to claim that protecting life means not maintain at all costs a life without dignity.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to life, Euthanasia, Dysthanasia, Orthothanasi, . terminal patient

Introdução

O direito à vida é consagrado na Carta Constitucional Brasileira, em seu art. 5º, *caput*, como direito inviolável. Todavia, embora não seja nem ética nem juridicamente um direito disponível, o direito à vida não é considerado um direito absoluto (ASCENSÃO, 2009, p.424).

OLIVEIRA, após ressaltar a existência de uma dimensão negativa (não ser morto por outrem) e positiva (direito a dispor de condições mínimas de sobrevivência digna), ressalta inexistir um *dever de viver* (OLIVEIRA, 2013, p.119). Fala-se então num direito a morrer com dignidade:

A expressão *morte com dignidade* é uma das favoritas do movimento ético que se opõe ao pressuposto de que o âmbito da autoridade dos médicos compreende a decisão de manter os doentes vivos, *independentemente de seus desejos manifestos*, ou dos desejos que manifestariam se tivessem consciência de sua situação (*Op. cit.*, p. 119).

Léo PESSINI, em artigo dedicado ao tema, critica o posicionamento extremista no que tange à atitude a ser assumida diante de uma situação terminal:

A medicina científica-tecnológica tende a resolver o dilema caindo em um dos dois extremos. Ou escolhe a eutanásia: reconhecendo sua impotência, opta por abreviar o sofrimento abreviando a vida, alegando que, já que não pode mais curar a pessoa, não há sentido em prolongar a agonia. Ou a distanásia: ofendida no seu brio, opta por resistir à morte até as últimas conseqüências, implementando a obstinação terapêutica que vai além de qualquer esperança de beneficiar o doente ou promover seu bem-estar global. A medicina que atua dentro do paradigma da benignidade humanitária e solidária e opera com o conceito de saúde como bem-estar tende a optar por um meio-termo: nem matar, nem prolongar exageradamente o processo de morrer, mas procurar uma morte sem dor, na hora certa, cercada de ternura, enfim, digna (PESSINI, 2005, p.45).

Objetivo deste estudo é analisar sob um ponto ético-jurídico as atitudes possíveis diante de uma situação de terminalidade. Para tanto, parte-se de breve análise conceitual do que se deva entender por situação terminal (ou terminalidade), comparando-a com outras situações similares, especialmente para o leigo. A seguir, com a finalidade de conferir maior precisão terminológica, são definidas algumas condutas médicas possíveis diante de uma situação terminal, com especial destaque para a eutanásia, ortotanásia e distanásia.

Posteriormente, será promovida uma investigação das Resoluções emanadas pelo Conselho Federal de Medicina (especialmente a RES 1.805/2006 e 1.931/2009) que buscaram estabelecer parâmetros éticos para a atuação do profissional médico, bem como menção à Ação Civil Pública que intentou suspender os efeitos da RES. 1.805.

Parte-se, então, para uma análise da ideia de dignidade humana, essencial à apreciação sobre o tema, e da autonomia privada do paciente como determinante para a atitude adequada. Por fim, busca-se estabelecer os limites válidos para o exercício da autonomia do paciente (e, eventualmente, de terceiros) na definição dos rumos do tratamento.

1. A terminalidade da vida: a morte cerebral, o estado de coma e o estado vegetativo

Antes de adentrar a uma análise das condutas médicas possíveis, necessário promover breves esclarecimentos a respeito de situações que, muito embora todas sensíveis e dramáticas, tecnicamente não se confundem.

Inicialmente, o estado de morte cerebral. Caracteriza-se pela continuidade das funções cardíaca e respiratória, gerando uma aparência de vida (vida aparente). Tal estado, em razão dos recursos disponíveis admite um prolongamento artificial por prolongado tempo. Sob o ponto de vista médico-legal, contudo, a pessoa está morta. Neste sentido, as palavras de José de Oliveira ASCENSÃO:

Diz-nos a Medicina porém que a pessoa está morta, quando funções cerebrais cessam. Pode prolongar-se o estado de vida aparente, ligando a pessoa a uma máquina; pode acontecer até que se desligue a máquina e esse estado se prolongue ainda. Mas se é apenas vida aparente, não há pessoa viva (ASCENSÃO, 2009, p. 425).

Situação igualmente relevante para o tema deste trabalho, o estado de coma não altera a existência da vida, tampouco o *status* de pessoa. Disto decorre que, em que pese toda uma série de implicações práticas, éticas e mesmo econômicas, deve-se ter em mente a manutenção da condição humana, em sua dignidade. Novamente, recorremos a ASCENSÃO:

O fato de alguém estar em coma – portanto, por definição vivo, por não estar em morte cerebral – em nada altera a natureza humana. A pessoa mantém-se tal qual. A situação deve ser considerada sempre reversível; e ainda que a

Medicina ditasse a irreversibilidade, o paciente não se transformaria em objeto. A dignidade da pessoa humana mantém-se até o fim (*Op. Cit.*, p. 426).

Não se confunde com o coma o chamado estado vegetativo permanente. Neste, o enfermo alterna um estado desperto, porém não consciente (daí supor-se a ausência de sofrimento), com períodos de sono, não respondendo a estímulos em geral, havendo, contudo, a possibilidade de resposta a alguns estímulos específicos (*Op. Cit.*, pp. 427-428).

Para caracterizar-se o estágio terminal desnecessário que o enfermo se encontre em coma, ou estado vegetativo permanente. Imperativa à designação é a irreversibilidade do quadro e prognóstico reservado, com elevadas chances de óbito num curto espaço de tempo (OLIVEIRA, 2013, p. 125).

2. Comportamentos médicos possíveis diante da situação terminal: Eutanásia, ortotanásia, distanásia

Diante da dramática situação de terminalidade, algumas condutas médicas são tecnicamente possíveis. Neste momento, será realizada uma análise puramente descritiva, para posteriormente se discorrer sobre as implicações jurídicas e morais envolvidas.

A primeira conduta a ser analisada denomina-se eutanásia. O termo deriva do grego, da conjugação entre as expressões *eu* (bem, bom) e *thanatos* (morte). “*Morte doce, suave, calma*”. Conforme nos precisa OLIVEIRA:

Logo no seu sentido originário, eutanásia seria medida para aplacar o sofrimento (acompanhamento psicológico, ministração de analgésicos, etc). Nesse sentido, eutanásia não visa provocar a morte, mas permitir que esta ocorra com o menor sofrimento possível” (*Op. cit.*, p. 120).

Contudo, o autor adverte que o termo, em sua concepção moderna, adquiriu novos contornos, passando a demandar uma postura ativa no sentido de abreviar o óbito, exigindo-se ainda um elemento subjetivo por parte do autor da conduta (qual seja, o sentimento de empatia e compaixão pelo enfermo), sem o qual estaria caracterizado o homicídio simples (*Id.*). A eutanásia seria então uma especificidade do homicídio

piedoso, ou por compaixão, dele se diferenciando por ser praticada pelo profissional da área de saúde (médico, enfermeiro).

CAPEZ ressalta o caráter piedoso da eutanásia, cuja finalidade é abreviar o padecimento do paciente:

Consiste em pôr fim à vida de alguém, cuja recuperação é de difícilíssimo prognóstico, mediante o seu consentimento expresso ou presumido, com a finalidade de abreviar-lhe o sofrimento. Troca-se, a pedido do ofendido, um doloroso prolongamento de sua existência por uma cessação imediata da vida, encurtando sua aflição física (CAPEZ, 2003, p. 34).

Escrevendo a meados da década de 50, Hélio GOMES – muito embora repudie tal modalidade (“Se não damos a vida, por quê a havemos de tirar”? -, aponta como principais argumentos para seu exercício a existência de dores insuportáveis, a vontade do enfermo, a inviabilidade da cura e até mesmo a existência de ônus econômicos aos familiares, ou ao Estado (GOMES, 1953, p. 852). O catedrático da disciplina Medicina Legal da Faculdade Nacional de Direito assim se manifesta: “A eutanásia, que alguns chamam Direito de matar, é o direito que se pretende conferir a uma junta médica de dar a morte suave aos doentes que sofram dores insuportáveis, estejam atacados de doença incurável e o desejem ou solicitem”(GOMES, 1953, p. 851).

Quanto à manifestação de vontade do paciente, divide-se a eutanásia em consentida e não consentida (conforme solicitada por ele, ou feita ao arrepio de sua vontade). Mesmo os ordenamentos que aceitam a prática de eutanásia restringem-se à modalidade consentida. A este respeito, ASCENSÃO, em passagem que será objeto de análise posterior neste *paper*, quando da discussão acerca dos limites da autonomia da vontade para a determinação do término da vida:

A justificação corrente da eutanásia, como exercício da autodeterminação, pressupõe que a autodeterminação é um fim em si mesma, que tudo justifica, o que não é verdade. Por outro lado, apenas abrange uma modalidade, a eutanásia a pedido: a eutanásia por iniciativa alheia, mesmo que por piedade, é sempre um crime contra a vida, e o é, no máximo grau contra a autodeterminação alheia, ainda que se encontrem atenuantes (ASCENSÃO, 2009, p. 430).

Diametralmente oposta à eutanásia, encontramos a distanásia, consistente na prática de atos no sentido de prorrogar ao máximo a sobrevivência do paciente (ainda que inúteis a evitar-lhe o óbito, apenas retardando o desfecho fatal). Inúmeras razões de ordem ética, religiosa, ou mesmo econômicas podem igualmente estar em jogo,

justificando a prática da distanásia. Novamente, o respeito à autonomia do enfermo deve ser o norte da conduta médica. A distanásia, muito embora lícita, não é a conduta ética recomendada pelo Conselho Federal de Medicina, tampouco goza de prestígio em doutrina, dado o caráter, por vezes, extremamente invasivo dos atos tendentes a conservar a vida, chegando a ser chamada de “encarnecimento terapêutico, que poderá retardar, mas não afasta o percurso anunciado da morte” (*Op. cit.*, p. 431). Para PESSINI, a opção distanásica a uma percepção sacramental historicamente atribuída ao exercício da medicina (porém criticável, à luz de uma preocupação com a dignidade humana), que a concebia(e) como verdadeiro ‘combate’ travado contra o ‘inimigo’ morte:

No universo secular, a própria morte e a dor são muitas vezes percebidas como sem sentido e à medida que escapam de seu controle são vistas, pelo médico, como fracasso. A ênfase de tal dicotomia recai na luta para garantir a máxima prolongação da vida, quantidade de vida, mas há pouca preocupação com a qualidade deste prolongamento de vida. Uma de suas consequências é o eclipse da solicitude pela boa morte cultivada e resistência à eutanásia provocada como derrota diante do inimigo morte (PESSINI, 2005, p. 40).

Linhas adiante, segue o referido autor:

Esta tensão entre beneficiar o paciente com tratamentos paliativos, que talvez abreviem sua vida mas promovem seu bem-estar físico e mental, e a absolutização do valor da vida humana no seu sentido biológico gera um dilema que alguns médicos preferem resolver a favor do prolongamento da vida (*Op. cit.*, p. 41).

Esta percepção marcada por um excessivo paternalismo na relação médico-paciente, produzia uma visão distorcida que atribuía uma mais valia ao parecer técnico da ‘verdade médica’(SCHREIBER, 2011,p. 23), em detrimento da autonomia da vontade do paciente, cujo bem estar deveria ser a *ultima ratio* do tratamento.

Na mesma toada, MARTIN critica a opção pela distanásia como abordagem terapêutica outrora recomendada, suscitando interessante questionamento acerca da “despersonalização da dor”:

com a ênfase sobre o biológico, o sofrimento, a dor e a própria morte se tornam problemas técnicos a serem resolvidos mais do que experiências vividas por pessoas. O preço que se paga pelo bom êxito da tecnologia é a despersonalização da dor e da morte nas Unidades de Terapia Intensiva, com todo seu maquinário impressionante. Consegue-se prolongar a vida, mas diante destas intervenções bem-sucedidas começam a surgir novas indagações: quando se pode abandonar o uso de suportes vitais artificiais?

Quando é que se morre mesmo? Pode-se falar de eutanásia ativa e de eutanásia passiva? (MARTIN, 1993, p. 216).

PESSINI, contudo, após breve análise histórica dos Códigos de Ética Médica do Brasil até o ano de 1988¹ ressalta uma mudança de paradigma, verificada a partir do Código de 1988, conforme se depreende do trecho *infra*:

No atual código de ética médica, de 1988, notamos importante mudança de ênfase. O objetivo da medicina não é apenas prolongar ao máximo o tempo de vida da pessoa. O alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano e o critério para avaliar seus procedimentos é se eles vão beneficiá-lo ou não (cf. art. 2º). O compromisso com a saúde, principalmente se entendido como bem-estar global da pessoa e não apenas ausência de doença, abre a possibilidade para outras questões no tratamento do doente terminal, além das questões curativas. Mesmo assim, continua firme a convicção, também encontrada em códigos anteriores, de que “O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana (...)” (art. 6º). (PESSINI, 2005, p.41).

A ortotanásia², por sua vez, é a atitude consistente em adotar procedimentos paliativos e tratamentos secundários os quais, não prorrogando a sobrevivência do enfermo, visam suprimir-lhe (ou, ao menos, minimizar) a dor e o sofrimento. Assim, ASCENSÃO:

A ortotanásia consistiria em suspender os tratamentos extraordinários, mantendo apenas os secundários, a alimentação e os cuidados paliativos – contra a dor, por exemplo. Discute-se, no Brasil, se está compreendida na previsão de homicídio, devido ao art. 13 do Código Penal caracterizar este como causar a morte de alguém, por ação *ou omissão* (ASCENSÃO, 2009, p. 431).

OLIVEIRA, por sua vez, assim afirma que a ortotanásia “(...) procura assegurar a morte no tempo certo, natural, sem a utilização de recursos terapêuticos extraordinários e desproporcionais ao sofrimento submetido ao paciente”(OLIVEIRA, 2013, p. 120).

¹ Código de Ética Médica adaptado pela Associação Médica Americana, em 1867; Código de Moral Médica, de 1929; Código de Deontologia Médica, de 1931; Código de Deontologia Médica, de 1945; Código de Ética da Associação Médica Brasileira, de 1953; Código de Ética Médica, de 1965; Código Brasileiro de Deontologia Médica, de 1984; Código de Ética Médica, de 1988.

² Também conhecida como eutanásia passiva, ou paraeutanásia (GAGLIANO, 2014, p. 203; CAPEZ, 2003, p.34), denominações objeto de crítica de ASCENSÃO (*op. cit.*, p. 430), por exigir a eutanásia sempre uma conduta ativa, no sentido de abreviar o óbito, posição com a qual concordamos.

GAGLIANO, ressaltando o Anteprojeto de Código Penal Brasileiro que, expressamente, descriminaliza a ortotanásia, reforça seu caráter humanitário, afastando a possibilidade da conduta configurar omissão de socorro:

Parte-se do pressuposto de que a supressão de mecanismos artificiais que retardam o falecimento do enfermo, além de por fim ao seu martírio, possibilitará a conclusão natural do processo patológico iniciado. Não se caracteriza *omissão de socorro*, tipificada no art. 135, CP, uma vez que, no caso, deixa-se de utilizar aparelho que prolonga a vida do paciente sem a possibilidade de reversão ou cura (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2014, p. 204).

Além da eutanásia, distanásia e ortotanásia, fala-se ainda em doutrina em outras submodalidades, tais como a mistanásia (eutanásia social), prática evidentemente ilegal e hedionda, consistente na abreviação do óbito de doentes em razão de insuficiência de recursos para custear-lhes o tratamento (*Op. cit.*, p. 204) e o suicídio assistido, no qual a conduta do agente consiste em fornecer meios que auxiliarão o enfermo a dar cabo da própria vida.

3. As RES. 1.805/06 e 1.931/2009, CFM e a ACP 2007.34.00.014809-3

Diante do vazio normativo a respeito dos adequados procedimentos médicos a serem adotados quando da situação de terminalidade da vida, o Conselho Federal de Medicina, em 2006, que autorizou aos médicos a prática da ortotanásia, como conduta ética recomendável³. De notar-se que a referida Resolução garantiu ao paciente o direito a uma segunda opinião, bem como impôs ao profissional da área médica a adoção de técnicas no sentido de assegurar alívio e qualidade de vida ao doente. Além disso, fundamentou a opção ética pela ortotanásia no princípio-fundamento da dignidade humana (art. 1º, III, CF/88) e no direito fundamental que impõe a vedação da submissão da pessoa humana à tortura e tratamento desumano e degradante (art. 5º, III, CF/88),

³ A RES. 1.805/2006, art. 1º, *caput* é bastante esclarecedora; “É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”. Art. 2º: “O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar”.

fundamentos que serão adiante analisados. Referida resolução foi objeto de Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3, proposta pelo Ministério Público Federal.

Sinteticamente, o Ministério Público fundamentou sua petição argumentando a ausência de atribuição do CFM para estabelecer como conduta recomendável fato tipificado como crime, a indisponibilidade do direito à vida, insuscetível de restrição por norma deontológica, além do risco de utilização inadequada motivada por fatores econômicos que poderiam levar ao abreviamento da vida.

Embora tenha obtido êxito na concessão de tutela antecipada para fins de suspender a eficácia da RES. 1.805/2006, a sentença proferida pelo juiz Roberto Luis Luchi Demo decidiu pelo indeferimento do pedido. Seus principais argumentos foram no sentido da inexistência de conflito entre a Resolução e o Código Penal, inicialmente por tratar-se de norma destinada a pautar conduta ético-profissional do médico, não sendo seu escopo descriminalizar qualquer conduta. Ademais, a prática da ortotanásia em si não seria considerada crime, na medida em que não produz por si o evento óbito, daí sua atipicidade, conforme se depreende do seguinte extrato da decisão:

Vê-se, pois, que se chega à conclusão da atipicidade material do suposto crime de homicídio, ainda que privilegiado, decorrente da prática de ortotanásia, levando-se em consideração que a falta de adoção de terapêuticas extraordinárias, pelo médico, para prolongar um estado de morte já instalado em paciente terminal (desde que autorizado por quem de direito) não conduz a um resultado desvalioso no campo penal, considerando a necessária interação que os princípios constitucionais - todos derivados da diretriz primordial da preservação da dignidade da pessoa humana - têm de estabelecer com a moderna teoria do fato típico, balizando a interpretação do direito penal vigente. (DEMO, 2010, p. 6).

Mais adiante, o magistrado corrobora seu entendimento da atipicidade da ortotanásia:

Do ponto de vista constitucional, portanto, é plenamente possível e razoável sustentar-se a atipicidade (homicídio privilegiado ou omissão de socorro) da conduta médica de deixar de adotar procedimentos terapêuticos excepcionais para prolongar artificialmente o processo de morte do paciente terminal (DEMO, 2010, p. 8).

Posto não seja a proposta deste trabalho, dados seus estreitos limites, uma análise mais detalhada do julgado, pertinente reproduzir passagem em que o magistrado contraria visão historicamente dominante sobre a abordagem ética adequada, derivada de uma “missão” de salvar vidas a todo custo:

É que, diagnosticada a terminalidade da vida, qualquer terapia extra se afigurará ineficaz. Assim, já não se pode aceitar que o médico deva fazer tudo para salvar a vida do paciente (beneficência), se esta vida não pode ser salva. Desse modo, sendo o quadro irreversível, é melhor - caso assim o paciente e sua família o desejem - não lançar mão de cuidados terapêuticos excessivos (pois ineficazes), que apenas terão o condão de causar agressão ao paciente. Daí é que se pode concluir que, nessa fase, o princípio da não-maleficência assume uma posição privilegiada em relação ao princípio da beneficência - visto que nenhuma medida terapêutica poderá realmente fazer bem ao paciente. Então, o que propugna a medicina paliativa, em cujo contexto está a ortotanásia, é que, na impossibilidade de salvar a vida, deve-se deixar correr o processo natural - e irreversível - da morte, conferindo-se ao paciente o maior conforto que possa ter nos seus últimos dias (o que pode se limitar ao alívio da dor ou chegar até a desospitalização, se esta for a vontade do próprio paciente e de sua família) (DEMO, 2010, p. 11).

Por fim, arremata o magistrado que o estágio atual da ciência médica impõe uma mudança de paradigma, voltado para o respeito à dignidade do paciente e a valorização de sua autonomia privada:

A medicina deixa, por conseguinte, uma era paternalista, super-protetora, que canalizava sua atenção apenas para a doença e não para o doente, numa verdadeira obsessão pela cura a qualquer custo, e passa a uma fase de preocupação maior com o bem-estar do ser humano (DEMO, 2010, p.14).

A RES 1.931/2009, por sua vez, instituiu o Código de Ética Médica, que, em seu art. XXII⁴ recomenda aos médicos evitar tratamentos desnecessários em pacientes terminais de estado irreversível, novamente reforçando a opção valorativa pela ortotanásia.

4. A autonomia do paciente como expressão fundamental de sua dignidade

O debate acerca da terminalidade da vida e da decisão a respeito das atitudes a serem tomadas diante de situação irreversível impõe uma incursão sobre a (re)definição sobre a relação médico-paciente e os limites da autonomia privada deste.

⁴ Código de Ética Médica, Cap. 01, XXII: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

Conforme mencionado *supra*, historicamente no Brasil a relação-médico paciente foi pautada por uma visão excessivamente paternalista, na qual o profissional médico, detentor dos conhecimentos técnicos, conduzia o enfermo, cuja vontade era pouco relevante para os deslindes do tratamento. A ótica era a do “enfrentamento” da patologia, vista como o “inimigo” a ser combatido, sendo a conduta profissional encarada sob um prisma quase sacramental; um “sacerdócio” consistente no dever “missionário” de salvar vidas a todo o custo. Esta percepção produzia o efeito colateral de desconsiderar o paciente enquanto ser dotado de autodeterminação, e titular do direito sobre a própria vida e corpo. O “direito de tratar” classicamente vindicado pelos médicos (FERRAZ, 1953, p.854) não pode se sobrepor à dignidade do paciente sobre o qual recai o tratamento. É neste sentido que se fala, na atualidade, em um direito a morrer com dignidade (OLIVEIRA, 2013, p. 119; DINIZ, 2001, p.304).

Imperativo então aos propósitos deste trabalho tecer algumas considerações, ainda que breves, a respeito da autonomia e da dignidade.

A ideia de dignidade humana, erigida à condição de pilar estruturante do ordenamento jurídico brasileiro por expressa opção do Legislador Constituinte é fortemente influenciada pelo pensamento kantiano, que faz dela uma qualidade inerente ao ser humano que faz dele um fim em si mesmo, torna-o insuscetível de precificação, impedindo que se dê a ele uma visão reducionista econômica. A dignidade pode ser concebida como um supradireito, ao qual todos os demais devam amoldar-se, embora seja mais factível afirmar ser ela um fenômeno metajurídico e antecedente ao Direito, inerente ao Ser humano e não o construto de uma arquitetura jurídica. Em sentido aproximando, ANDORNO, para quem a dignidade não pode ser limitada pelas normas de um dado ordenamento, por preexistir-lhes e servir-lhes de fundamento:

No plano jurídico, poder-se-ia dizer que a dignidade constitui o ‘direito inderrogável por excelência’ mesmo quando *stricto sensu* não seja ela mesma um direito, senão a *fonte de todos os direitos*. A dignidade é ao contrário uma realidade pré-jurídica que precede e dá fundamento ao ordenamento jurídico em seu conjunto (ANDORNO, 2009, p.81).

O referido autor, embora ressalte ser possível uma “aproximação conceitual” lhe confere à ideia de um “valor único e incondicional” titularizado por todo ser humano, indissociavelmente ligado à sua condição humana, extensível à toda a humanidade e às gerações futuras, sendo um dos princípios da bioética o respeito a esta dignidade imanente (*Op. cit.*, pp. 80-83).

Maria Celina Bodin de MORAES, em estudo dedicado ao tema, ressalta o aspecto filosófico-político de dignidade, valendo-se das contribuições de dentre outros, HANNAH ARENDT, TOMÁS DE AQUINO e KANT. Para ARENDT, os seres humanos seriam a um só tempo iguais (de modo a poderem se identificar uns com os outros e compreenderem-se entre si) e diferentes (na medida em que possuem a necessidade do discurso e da ação para alcançarem este entendimento mútuo). A pluralidade humana seria, então, marcada por esta dualidade igualdade/diferença. A dignidade seria uma “*substância única, uma qualidade própria, comum unicamente aos humanos: uma ‘dignidade’ inerente à espécie humana*” (MORAES, 2010, pp. 76-77). A autora afirma que se deve ao cristianismo a ideia de uma dignidade pessoal, atribuída a cada indivíduo. No pensamento de AQUINO, percebe-se que a dignidade “*é inerente ao homem como espécie; a dignidade existe, in actu, só no homem enquanto indivíduo, passando desta forma a residir na alma de cada ser humano*”(Op. cit., p.78). Posteriormente, KANT, ao cunhar seu “imperativo categórico” como parte de sua teoria moral, estabelece a existência de duas categorias de valores presentes no mundo social: o preço e a dignidade, sendo aquele um valor exterior (de mercado), e esta um valor interior (moral), superior na medida em que não admite instrumentalização ou troca (Idem., pp.80-81).

Sob o ponto de vista jurídico (indissociável, na visão da autora, dos pontos de vista filosófico, político e histórico), o respeito jurídico à dignidade humana tornou-se comando jurídico no Brasil com o advento da Constituição de 1988, não sendo, contudo, uma criação da constituição, que “apenas” impõe como fundamento do ordenamento o seu respeito (Ibid. pp. 82-83). A festejada professora aponta, então, a existência de quatro postulados nos quais se desdobra o substrato da dignidade:

O substrato material da dignidade deste modo entendida pode ser desdobrado em quatro postulados: i) o sujeito moral (ético) reconhece a existência dos outros como sujeitos iguais a ele; ii) mercedores do mesmo respeito à integridade psicofísica de que ele é titular; iii) é dotado de vontade livre, de autodeterminação; iv) é parte do grupo social em relação ao qual tem a garantia de não vir a ser marginalizado (Ibid. p. 85).

Percebe-se a noção de autonomia privada⁵ como a capacidade de que é dotada a pessoa de realizar escolhas e opções, que implicarão em consequências jurídicas e

⁵ Em que pese reconhecer-se a existência de controvérsia acerca da sinonímia ou não das expressões ‘autonomia privada’ e ‘autonomia da vontade’, para efeitos deste estudo ambas serão consideradas idênticas, empregando-se indistintamente, com o mesmo significado, a seguir

extrajurídicas. Mesmo os ordenamentos mais totalitários e mais restritivos reconhecem a capacidade do ser humano de determinar os rumos de seu comportamento. Mesmo as sociedades mais marcadamente caracterizadas pela padronização dos *Standards* de comportamento e consumo não podem suprimir (mas somente buscar influenciar) esta liberdade de autorregulação das próprias condutas.

Novamente a multicitada MORAES nos lembra que, com a necessidade de regular situações privadas extrapatrimoniais, a noção de liberdade e autonomia perde o seu reducionismo patrimonialista e passa a estar ligada à realização de projetos existenciais, devendo, contudo, ser sempre sopesada com o dever de solidariedade social: “Liberdade significa, cada vez mais, poder realizar, sem interferências de qualquer gênero, as próprias escolhas individuais –mais: o próprio projeto de vida, exercendo-o como melhor convier”(Ibid. p. 108). ANDORNO nos lembra que, no campo da bioética,

a liberdade se expressa com o termo ‘autonomia’, que se refere à prerrogativa dos pacientes e sujeitos de investigação de não se verem submetidos a intervenções biomédicas sem seu consentimento e sem terem sido devidamente informados acerca do objetivo, natureza e riscos de tais intervenções (ANDORNO, 2009, pp. 90-91).

A dignidade humana não é redutível à autonomia da pessoa, sendo o respeito a esta uma parte daquilo que a dignidade exige. Ao mesmo tempo, “a liberdade encontra no respeito à *dignidade humana* o critério determinante de sua legitimidade” (Op. cit.p. 91).

A pessoa humana, destarte, não pode ser instrumento para o benefício de outrem. Ao se admitir a pessoa humana como fundamento inviolável de qualquer ordem ética, tem-se como postura filosófica o personalismo que se desenvolveu no século XX, mas reproduz igualmente a ânsia legítima da história do pensamento humano que visou em nossa história dar dignidade à pessoa, a partir do reconhecimento mesmo do que ela é. Eis como isto se aplica às questões fundamentais da bioética, conforme o parecer de Sgreccia:

A partir de este fundamento se pueden derivar los principios orientadores de la bioética personalista radicados en la concepción de la corporeidad entendida como encarnación coesencial de la persona, y que son los siguientes: el respeto de la vida física desde la concepción como valor

desenvolvido. Do mesmo modo, com os termos ‘indivíduo’ e ‘pessoa’, em que pese alguns autores criticarem o sentido mais patrimonialista do primeiro.

fundamental e imprescindible de la persona; la justificación de toda intervención terapéutica como reintegración de la corporeidad y el respeto de la dignidad de la persona; la exigencia irrenunciable en el ámbito de la medicina del principio del consentimiento que implica la libertad y responsabilidad ya sea del paciente ya sea del personal sanitario; y las implicaciones en el plano social y de la justicia social en la asignación de recursos y en la organización de las políticas sanitarias. (SGRECCIA, 2013, p. 122).

5. O papel da autonomia e do consentimento no que tange à terminalidade da vida

Reconhecido pelo ordenamento o papel da autonomia como corolário da dignidade humana, e demonstrada a mudança de paradigma na relação médico-paciente, necessário se faz apreciar os limites válidos da manifestação da autonomia privada naquilo que se refere ao momento terminal da existência do indivíduo.

ASCENSÃO, advertindo para o fato de que a autodeterminação não é um absoluto, alerta que a vontade de morrer em situações terminais deve ser encarada com muita prudência:

Uma vontade de morrer pode exprimir apenas a situação de desespero ou a depressão provocada pela irremediabilidade da doença e pelo abandono a que o paciente esteja (ou se sinta) votado. Há que ter toda a finura para concluir pela genuinidade da vontade expressa (ASCENSÃO, 2009, p. 436).

OLIVEIRA, que afirma estar o direito à morte digna ligado ao direito a autodeterminação nos cuidados da saúde, afirma que o paciente deve ser pessoa capaz⁶ e lúcida, e que sua manifestação de vontade deve ser feita por meio de testamento vital⁷,

⁶ Em sentido contrário, v. ASCENSÃO (2009/pp. 440-441), em posição com a qual concordamos, admite a prática da ortotanásia para o menor incapaz, quando possua discernimento para tanto, ou quando a vontade seja manifestada pelos pais, conforme se verá *infra*.

⁷ A expressão *testameno vital* (testamento biológico, *living Will*, *testament de vie*) refere-se ao negócio jurídico por meio do qual o paciente expressa sua vontade no sentido de estabelecer os rumos que deseja conferir ao tratamento em situação de terminalidade. Diferencia-se do testamento do direito sucessório por referir-se a situação existencial e por produzir sua eficácia em vida, no momento anterior ao óbito (enquanto que o testamento do direito sucessório, em que pese poder conter disposições existenciais – e.g., o reconhecimento de um filho-, é, em essência, ato de disposição patrimonial, e sua eficácia será sempre *post mortem*). Não há certeza quanto aos requisitos formais para a validade de tal ato, dado a lacuna normativa a respeito, porém a doutrina (OLIVEIRA/2013/p. 127) sustenta que o ato deva ser escrito, elaborado por instrumento público ou particular, perante duas testemunhas que não sejam herdeiras, prova de higidez mental, especialmente em se tratando de pessoas idosas (requisito do qual divergimos), revogabilidade e referência a situação de estado terminal, provocado por patologia reconhecida

no sentido de não submeter-se a tratamento ou interromper terapêutica já iniciada (OLIVEIRA, 2013, pp. 125-126).

Tormentosa indagação envolve a existência de significativo lapso temporal entre a manifestação de vontade no sentido da supressão do tratamento e a atualidade da situação terminal. Não contendo nosso ordenamento dispositivo similar ao da lei francesa (que limita aos três anos anteriores ao estado de inconsciência da pessoa a validade da manifestação antecipada de vontade), a doutrina (ASCENSÃO, 2009, p. 437; OLIVEIRA, 2013, p. 127) sustenta a necessidade de produção de prova a ser realizada em esfera judicial.

Necessário discutir a possibilidade desta manifestação ser entregue a terceiros. As chamadas procurações de saúde (*health-care proxies*) diferenciam-se dos testamentos biológicos, na medida em que nestas o declarante nomeia alguém para tomar decisões referentes à sua saúde, numa eventual impossibilidade de fazê-lo (OLIVEIRA, 2013, p. 126). Parece-nos pertinente a advertência de ASCENSÃO (2009, p. 438) para quem, a rigor, o terceiro é apenas um transmissor (núncio) da vontade do enfermo, não tendo legitimidade para tomar a decisão em lugar deste, mas apenas de portar o seu desejo.

Por fim, na ausência de tais manifestações, há que se indagar o papel da família. Para ASCENSÃO, apenas a manifestação dos pais vinculará o médico, podendo este recusar-se a seguir a orientação familiar, notadamente nas hipóteses de *obstinação terapêutica*, em que se imponham graves sacrifícios e degradações ao doente, no caso da continuidade do tratamento.

Conclusão

A proteção do ser humano em sua dignidade inerente é a razão de ser de todo o ordenamento jurídico brasileiro e, mais ainda, dos próprios direitos humanos enquanto instrumentos de proteção supranacional do homem. Parte basilar desta proteção está ligada a garantir a preservação do direito fundamental à vida, do qual, pode-se dizer, derivam todos os demais.

como de cura improvável. A RES. 1.995/2012 estabeleceu alguns requisitos para o que denominou “diretivas antecipadas de vontade” do paciente, sendo questionável, contudo, sua legitimidade para fazê-lo.

Contudo, proteger a vida não significa manter a todo custo uma sobrevivência que não mais representa uma existência digna. O direito à vida não justifica uma imposição a viver, notadamente quando o padecimento e as dores transformam cada dia num fardo.

A questão da terminalidade da vida é intuitivamente marcada por elevada carga de dramaticidade. Razões éticas, religiosas, filosóficas ou mesmo econômicas podem ser usadas para justificar a manutenção ou não da existência biológica.

O presente artigo se propôs a apresentar as situações que caracterizam um estágio terminal, bem como as medidas técnicas possíveis a serem adotadas pelo profissional da área de saúde. Frequentemente, tais medidas podem colidir com os interesses dos familiares, ou mesmo do enfermo, gerando tensões a serem dirimidas pelo direito. Um suposto caráter missionário do exercício da profissão da medicina, visão outrora predominante na história médica brasileira, marcado por um excessivo paternalismo e desconsideração da autonomia do paciente não mais se justifica num ordenamento que visa garantir a dignidade humana como fundamento ético-jurídico da República.

O estudo da dignidade impõe o reconhecimento da autonomia da pessoa como uma de suas expressões. Os limites ao exercício válido desta autonomia em circunstâncias de tal gravidade pressupõe um elevado grau de cautela e prudência, notadamente diante do vazio normativo.

Neste sentido, imperativo reconhecer que o sujeito mantém-se humano até o fim, ainda após o desaparecimento de sua consciência. E é esta lembrança e o respeito por esta humanidade em seu momento máximo de fragilidade e vulnerabilidade que (acima de quaisquer percepções pessoais), devem nortear todo debate e estudo acerca do tema.

Referências Bibliográficas

ANDORNO, Roberto. *“Liberdade” e “Dignidade” da Pessoa: Dois Paradigmas Opostos ou Complementares na Bioética?! In MARTINS-COSTA, MOLLER, Leticia Ludwig. Bioética e Responsabilidade.* Rio de Janeiro: Forense, 2009.

ASCENSÃO, José de Oliveira. *A Terminalidade da Vida; in MARTINS-COSTA, MOLLER, Leticia Ludwig. Bioética e Responsabilidade.* Rio de Janeiro: Forense, 2009.

BBC. “Jack Kevorkian, o 'Doutor Morte', morre aos 83 nos EUA”, 2011. disponível em <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/06/110603_doutor_morte_fn.shtml>, acesso em 27.01. 2016.

CAPEZ, Fernando. *Curso de Direito Penal – parte especial*, v.2; São Paulo: Saraiva, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Res. 1.805, 2006. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.pdf>, Acesso em 27.01.2016. Acesso em 27.01.2016. RES.

_____. *Código de Ética Médica*, 2009. Disponível em <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf>. Acesso em 27.01.2016.

DEMO, Roberto Luis Lucchi. Sentença, 2010. Disponível em <http://s.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm180596.pdf>>. Acesso em 27.01.2016.

DINIZ, Maria Helena. *O Estado Atual do Biodireito*. São Paulo: Saraiva, 2001.

GAGLIANO, Pablo Stolze, FILHO, Rodolfo Pamplona. *Novo Curso de Direito Civil- v. 1, Parte Geral*. 16ª ed., São Paulo: Saraiva, 2014.

GOMES, Hélio. *Medicina Legal*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1953.

KANT, Immanuel. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes e Outros Escritos*. Tradução de Leopoldo Holzbach. São Paulo: MARTIN CLARET, 2008.

MARTIN, Leonard. *A ética médica diante do paciente terminal: leitura ético-teológica da relação médicopaciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica*. Aparecida: Santuário, 1993.

MORAES, Maria Celina Bodin de. *Na Medida da Pessoa Humana – Estudos de direito civil-constitucional*.. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

OLIVEIRA, José Maria Leoni Lopes de. *Direito a uma Morte Digna*; in NEVES, Thiago Ferreira Cardoso. *Direito & Justiça Social*. São Paulo: Atlas, 2013.

PESSINI, Léo. *Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira*. In Revista Digital Bioética. V. 12., n.1, março 2005. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/120/125>. Acesso em 27.01.2016.

SCHREIBER, Anderson. *Direitos da Personalidade*. São Paulo: ATLAS, 2011. <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.pdf>. Acesso em 27.01.2016.

SGRECCIA, Elio. “Persona Humana y Personalismo”. *Cuadernos de bioética*, Vol. 24, Nº 80, 2013, pp. 115-123