

Direito de Morrer

Marcio Asbahr MIGLIOLI*

- **SUMÁRIO:** Introdução. 1 Dignidade da pessoa humana. 2 Direito de viver com dignidade. 3 Direito à morte digna. 4 Morte para o Direito Brasileiro. 5 Biodireito. 6 Eutanásia. 7 Suicídio assistido. 8 Mistanásia. 9 Distanásia. 10 Ortotanásia. 11 Antecipação de gestação de feto anencefálico. Conclusão. Referências.
- **RESUMO:** Este trabalho, inicialmente, esclarece sobre a dignidade da pessoa humana e o direito de viver com dignidade. Coloca a seguinte indagação: até que ponto devemos lutar para que uma pessoa em estado terminal continue viva? Discute sobre quais as condutas médicas a serem tomadas em caso de uma enfermidade sem cura, cuja morte seja iminente, analisando a questão da dignidade da pessoa humana e suas implicações nas condutas médicas diante de doentes terminais. Além disso, discute sobre a conduta a ser adotada diante de uma gestante portadora de feto anencefálico. A análise tem sempre como foco a questão da dignidade da pessoa humana e a vontade do paciente em estado terminal.
- **PALAVRAS-CHAVE:** Direito Constitucional. Dignidade. Viver. Morrer.

Introdução

Desde nosso nascimento, a única certeza que temos é que iremos morrer. Entretanto, há certos casos em que essa morte é mais evidente, embora o processo seja lento. Nos casos de doentes terminais, portadores de doenças sem cura cujo processo mortal se iniciou, discute-se muito sobre a conduta a ser adotada nessas situações.

Existem algumas situações em que pais buscam a qualquer custo manter a vida de um filho, mesmo sabendo que a doença não tem cura e

* Advogado em São Paulo/SP. Mestre em Direito Civil pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Pós-graduado (MBA) em Gestão de Negócios e Comércio Internacional pela Fundação Instituto de Administração (FIA/USP). Pós-graduado em Direito Processual Civil pela Faculdade Autônoma de Direito (FADISP).

que já se tenha iniciado o processo mortal. Outra situação costumeira é a existência de uma pessoa em estado vegetativo, que somente respira e se alimenta por meio de aparelhos, porém, na contramão do primeiro exemplo, a família pretende o desligamento desses aparelhos. Diante dos exemplos apresentados, surge a indagação sobre se não haveria desrespeito à dignidade da pessoa humana mantê-la em uma situação vegetativa.

O presente trabalho discute sobre quais as condutas médicas a serem adotadas em caso de uma enfermidade sem cura, cuja morte seja iminente, analisando a questão da dignidade da pessoa humana e suas implicações nas condutas médicas diante de doentes terminais. Além disso, discute sobre a conduta a ser adotada diante de uma gestante portadora de feto anencefálico.

1 Dignidade da pessoa humana

Para definir a dignidade da pessoa humana, faz-se oportuno transcrever a conceituação feita por Sarlet (2006, p. 236/237):

Assim sendo, tem-se por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando neste sentido, um complexo de direitos e deveres, fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.

Da citação retro é possível concluir que a dignidade da pessoa humana é condição inerente ao próprio ser humano, sendo essa qualidade irrenunciável e inalienável, muito menos suscetível de disposição.

É certo que mesmo diante dessas qualidades especiais não é ausente de violação, podendo a pessoa cometer ou sofrer atos indignos. Entretanto, isso não poderá gerar uma perda da dignidade. A declaração Universal dos Direitos Humanos é incisiva ao dispor, no art. 1º, que “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”.

Ao esclarecer sobre a dignidade da pessoa humana, Villela (2009, p. 563) afirma:

É por ela que se designa a alma do projeto humano. Com dignidade da pessoa humana queremos traduzir a intangibilidade de cada um dos indivíduos que participam do ser homem. Para além de todas as circunstâncias de tempo e de lugar. Da cultura. Dos atributos étnicos. Do sexo. Da idade. Da saúde, do vício e da virtude. É ela que nos reportamos para condenar a tortura, as penas infamantes, o abandono, o ódio, o desprezo, o horror e a guerra. É ela que nos move a assistir os enfermos e os desabrigados. Acolher os oprimidos e alienar os que têm fome.

Diante da igualdade da dignidade entre os homens, tendo estes o poder de se autodeterminar, fazendo-se assim uma confluência da dignidade da pessoa humana e da liberdade, há de existir uma proteção tanto do Estado quanto da própria sociedade, que podemos chamar de dimensão dúplice.

É justamente nesse sentido que assume particular relevância a constatação de que a dignidade da pessoa humana é simultaneamente limite e tarefa dos poderes estatais e, no nosso sentir, da comunidade em geral, de todos e de cada um, condição dúplice esta que também aponta para uma paralela e conexas dimensão defensiva e prestacional da dignidade. Como limite, a dignidade implica não apenas que a pessoa não pode ser reduzida à condição de mero objeto da ação própria e de terceiros, mas também o fato de que a dignidade gera direitos fundamentais (negativos) contra atos que a violem ou a exponham a graves ameaças. Como tarefa de previsão constitucional (explícita ou implícita) da dignidade da pessoa humana, dela decorrem deveres concretos de tutela por parte dos órgãos estatais, no sentido de proteger a dignidade de todos, assegurando-lhe também por meio de medidas positivas (prestações) o devido respeito e promoção. (SARLET, 2006, p. 232)

A explicação oferecida permite-nos concluir pela impossibilidade de o homem ser reduzido a objeto, bem como extraímos dela duas funções primordiais da dignidade da pessoa humana. A primeira, limitadora, veda, na sociedade, a prática de atos atentatórios à dignidade da pessoa humana (negativa), que deve ser observada por todos em qualquer relação intersubjetiva por ser um princípio cogente; e, a segunda, de forma positiva, de natureza prestacional, ou seja, uma obrigação do Estado e da sociedade de dar condições para que o indivíduo se desenvolva e viva uma vida com dignidade.

Essa função positiva do Estado diz respeito a promover condições para que os indivíduos da sociedade se desenvolvam, respeitando os direitos fundamentais como o direito à vida, à saúde, à propriedade, à liberdade, à segurança, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados, à família, ao planejamento familiar, ao meio ambiente ecologicamente equilibrado – essencial à qualidade de vida sadia (SANTORO, 2011, p. 70).

Convém lembrarmos que não somente do Estado pode ser exigida essa conduta positiva, mas também da sociedade. O indivíduo seria limite e fundamento de uma República que tem como base a dignidade da pessoa humana, conforme ensina Canotilho (2003, p. 225):

Perante as experiências históricas da aniquilação do ser humano (inquisição, escravatura, nazismo, stalinismo, polpotismo, genocídios éticos), a dignidade da pessoa humana como base da República significa, sem transcendências metafísicas, o reconhecimento do *homo noumenon*, ou seja, do indivíduo como limite e fundamento do domínio político da República. Neste sentido, a República é uma organização política que serve o homem, não é o homem que serve os aparelhos político-organizacionais [...] A pessoa ao serviço da qual está a República também pode *cooperar* na República, na medida em que a pessoa é alguém que pode assumir a condição de *cidadão*, ou seja, um membro normal e plenamente cooperante ao longo da sua vida.

Entretanto, é importante salientarmos, como leciona Villela (2009, p. 563), devemos tomar cuidado com relação à banalização da dignidade da pessoa humana, por ser um argumento curinga, que pode ser utilizado para qualquer coisa. O autor cita como exemplos alguém que pleiteia o recebimento de melhor salário, o requerimento para substituição de um semáforo que se desregulou em razão de fortes chuvas, o despejo de um inquilino que atrasou o pagamento do aluguel etc. No caso de todos esses exemplos, os pedidos poderiam ser fundamentados na dignidade da pessoa humana. Villela (2009, p. 564) esclarece, ainda, que o STJ, ao julgar o Recurso Especial 471.958/RS¹, decidiu questão referente a autorregramento patrimonial dos

¹ Ver: “Processual civil. Recurso especial. Ação de conhecimento sob o rito ordinário. Casamento. Regime da separação legal de bens. Cônjuge com idade superior a sessenta anos. Doações realizadas por ele ao outro cônjuge na constância do matrimônio. Validade.

cônjuges fundamentando-se em ofensa ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.

Portanto, é certo que dignidade da pessoa humana é algo inerente ao próprio ser humano, não podendo ser renunciado ou disposto. Trata-se do princípio mais importante do ordenamento jurídico brasileiro, que não pode ser banalizado, devendo-se garantir o mínimo necessário para que o indivíduo viva dignamente.

2 Direito de viver com dignidade

Como visto, o direito à vida decorre diretamente da dignidade da pessoa humana, e a soma de ambos permite-nos chegar à conclusão de que seria a vida digna. Tanto esse direito quanto o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana estão intrinsecamente ligados por serem inerentes ao ser humano e o acompanharão até o seu término, com a morte.

É importante ressaltarmos que o direito à vida não se refere somente ao estar vivo, mas também a ter uma vida com condições mínimas de usufruí-la de acordo com as diretrizes da dignidade.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, no art. XXV, assim expressa:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação,

– São válidas as doações promovidas, na constância do casamento, por cônjuges que contraíram matrimônio pelo regime da separação legal de bens, por três motivos: (i) o CC/16 não as veda, fazendo-no apenas com relação às doações antenupciais; (ii) o fundamento que justifica a restrição aos atos praticados por homens maiores de sessenta anos ou mulheres maiores que cinquenta, presente à época em que promulgado o CC/16, não mais se justificam nos dias de hoje, de modo que a manutenção de tais restrições representam ofensa ao princípio da dignidade da pessoa humana; (iii) nenhuma restrição seria imposta pela lei às referidas doações caso o doador não tivesse se casado com a donatária, de modo que o Código Civil, sob o pretexto de proteger o patrimônio dos cônjuges, acaba fomentando a união estável em detrimento do casamento, em ofensa ao art. 226, § 3º, da Constituição Federal. Recurso especial não conhecido.” (STJ – RECURSO ESPECIAL: REsp 471958 RS 2002/0136764-8. Disponível em: <<http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/2441885/recurso-especial-resp-471958-rs-2002-0136764-8>>. Acesso em: 12 out. 2015).

vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

Muito embora haja declaração universal sobre o direito de o homem viver uma vida digna, o que fazer se isso não ocorrer? Poderá a pessoa simplesmente abdicar da sua existência pondo fim a ela, optando pela morte? A resposta não seria simplesmente um sim ou não (DINIZ, 2002, p. 319). Como ensina Santoro (2011, p. 78/79), em casos em que a pessoa não consiga ter uma vida digna, deverá exigir do Estado a sua função prestacional, a fim de promover e dar condições para que essa pessoa possa viver com dignidade, pois sem isso poderá acontecer de a pessoa perder o seu amor próprio, o que, por sua vez, poderá refletir em toda a sociedade, pois se a pessoa não tiver amor por si própria muito menos poderá ter pelos demais.

Dignidade da pessoa humana transcenderia o simples fato de viver, mas deve ser com condições mínimas para tanto, o que exige que se confira ao paciente o máximo de bem-estar físico, mental, social e espiritual.

Tanto a dignidade da pessoa humana quanto o direito à vida não são direitos absolutos. Direito à vida não quer dizer direito a uma vida eterna, até porque o homem é mortal. Na hipótese de o paciente encontrar-se em estado terminal, sendo a morte um fenômeno cuja expectativa de ocorrência é breve e inerente ao seu estado, haverá de se fazer um juízo de ponderação entre a dignidade da pessoa humana e o direito à vida.

Obrigar o paciente a se submeter a tratamentos fúteis, cruéis e desumanos que não trarão resultados práticos para que a pessoa possa viver a vida com dignidade, ou seja, com bem-estar social, físico, mental e espiritual, também poderia mostrar-se como algo desumano. Nesse caso, o direito à vida não poderia ser perseguido a qualquer custo, pois resultaria por violar até mesmo a dignidade da pessoa humana.

Ao médico, é imperioso o dever de intervir para preservar a dignidade da pessoa humana visando assegurar ao paciente o máximo de vida possível.

Ao utilizarmos o juízo tanto de ponderação quanto de proporcionalidade, sopesando a dignidade da pessoa humana e o direito à vida (a qualquer custo), chegamos à conclusão que o primeiro deve prevalecer. Até porque, o direito à vida não é absoluto, podendo haver a sua relativização, em consonância com valores fundamentais, que é o caso da dignidade da pessoa humana. Submeter a pessoa a um tratamento cruel e desumano é,

portanto, violar o princípio da dignidade da pessoa humana – procedimento esse que poderá até ser comparado à tortura, vedada pela Constituição Federal (art. 5º, inc. III: “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante”).

Portanto, o médico teria o dever de submeter o paciente a determinados tratamentos e, conseqüentemente, ao prolongamento da vida, na hipótese de esses tratamentos virem a trazer benefício ao paciente, sob pena de violar flagrantemente a dignidade da pessoa, com tratamentos fúteis, cruéis e desumanos.

3 Direito à morte digna

O avanço tecnológico tem, de forma incisiva, dado condições para que as pessoas desfrutem de uma vida melhor. Entretanto, essa mesma tecnologia pode também afrontar a dignidade da pessoa humana ao submeter pacientes a tratamentos desumanos e cruéis, somente visando prolongar a vida a qualquer custo. Afasta-se, assim, do pensamento da vida qualitativa, consubstanciada na dignidade da pessoa, agarrando-se na vida quantitativa. Segundo Borges (2007, p. 229), “cabe indagar se se trata de prolongar a vida ou de prolongar a morte do paciente terminal”.

Com efeito, em algumas situações médicos somente focados no desenvolvimento de tecnologia acabam por colocar a pessoa humana em segundo plano, e os procedimentos adotados para o tratamento do doente terminal se torna um fim em si mesmo. Essa conduta é totalmente reprovável, pois viola a dignidade da pessoa humana.

Convém lembrar que a Constituição protege o direito à vida, e não o *dever* à vida, restando disposto no *caput* do art. 5º, da Constituição Federal que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do *direito à vida*, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...]” (grifamos).

Além disso, o Código de Ética Médica – Resolução nº 1.931/2009, é expresso no sentido de se evitar o sofrimento do paciente, conforme descrito a seguir:

Art. 6º – O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Não poderia deixar de mencionar que esse mesmo Código² repudia a conduta médica na prática de tortura ou tratamentos cruéis, bem como o art. 2º da Resolução 1.805/2006³ determina que o médico deverá tratar de seu paciente em estado terminal de maneira digna.

Pessoa (2011, p. 38), em excelente monografia sobre o tema, acaba distinguindo três condutas médicas a serem adotadas diante de um doente em estado terminal, quais sejam, a distanásia, a eutanásia e a ortotanásia, em que, para a autora, somente as últimas duas preservariam a dignidade da pessoa humana.

Assim, tendo em vista ser assegurado pela Constituição Federal o direito à vida e não o seu dever, não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a determinado tratamento, mesmo na hipótese de ser este benéfico a ele, sob pena de violação das suas garantias constitucionais de liberdade, liberdade de consciência, inviolabilidade de sua intimidade e honra e, ainda mais, da dignidade da pessoa humana (BORGES, 2007, p. 230).

4 Morte para o Direito Brasileiro

Inicialmente, no Brasil, havia o entendimento de se considerar morta uma pessoa em razão da ausência de batimentos cardíacos e respiração. Entretanto, com o avanço tecnológico, esse conceito foi devidamente modificado e, hoje, o entendimento se reporta à morte encefálica⁴. Houve, portanto, um rompimento do vínculo morte e parada cardíaca (SOARES, 2010, p. 129).

A morte deve ser vista não como um momento ou evento, mas sim como um processo (SILVA, 2007, p. 101), porém, com o avanço da tecnologia, esse processo encerra-se, nos dias atuais, após a constatação da

² Código de Ética Médica: “Art. 49 – Participar da prática de tortura ou de outras formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento”.

³ Veja-se: “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.”

⁴ Resolução nº 1.480/1997, do Conselho Federal de Medicina: “A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. Revoga-se a Resolução CFM nº 1.346/91.” (D.O.U.; Poder Executivo, DF, nº 160, 21 ago. 1997. Seção 1, p. 18.227-8).

morte encefálica, conforme disposto na Lei de Doação de Órgãos (Lei nº 9.434/1997), mais especificamente no art. 3º, quando então será permitido o transplante de órgãos⁵. Entretanto, para um leigo isso poderia causar espanto, já que a pessoa ainda teria as funções cardíacas e respiratórias em funcionamento (ASCENSÃO, 2008, p. 157).

O mesmo autor, para evitar a existência de uma suposta indústria da morte, diz que o princípio da prudência, que é um dos princípios fundamentais da Bioética, deve prevalecer. Nesse caso, faz-se necessário assegurar a intervenção de uma entidade independente, não comprometida nem pessoal nem institucionalmente com a pesquisa, que comprove a morte cerebral. Não se deve admitir uma atuação unicamente com base no juízo do interessado na colheita dos órgãos (ASCENSÃO, 2008, p. 158).

No caso de o tratamento causar dano ao paciente, somente evitando-lhe que a morte chegue, porém, sendo esta inevitável, indaga-se sobre o dever do médico em prosseguir com determinado tratamento. Sabemos que a Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM)⁶ permite ao médico que, em caso de doente terminal, somente realize os procedimentos paliativos.

Não encontramos nas leis da Medicina nenhuma determinação para que o médico utilize todo e qualquer procedimento médico, mas sim que acompanhe o paciente terminal até o seu fim, tentando afastar o sofrimento e a agonia. Não há um dever de curar a qualquer custo. Assim, para o Direito Penal, não há o preenchimento dos pressupostos jurídicos da omissão, afastando a imputação de crime de homicídio ao médico que evitar tratamentos fúteis.

⁵ Veja-se: “Art. 3º A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.”

⁶ Preâmbulo da Resolução nº 1.805/2006: “Na fase terminal de doenças graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva duma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou do seu representante legal”.

No que tange à Resolução nº 1.805/2006, sobre a qual foi intentada Ação Civil Pública (ACP)⁷ pelo Ministério Público visando à sua revogação, poderíamos supor que haveria uma dicotomia entre o *caput* ou proêmio com os parágrafos, na qual caberia somente ao médico a decisão de continuar ou não o tratamento. Entretanto, o médico tem o dever de prestar todas as informações necessárias para o paciente ou, em caso de incapacidade, a seu representante legal, que exporá seu consentimento. Nesse caso, Ascensão (2008) continua sendo favorável à interceptação de uma entidade independente para a prestação de informações, em razão de se tratar de uma responsabilidade enorme conferida ao médico, cujas consequências de sua intervenção podem ser gravíssimas.

5 Biodireito

O Biodireito está intrinsecamente ligado à Bioética. Ressaltemos que o termo Bioética é formado por duas palavras – BIO, que significa vida, bem supremo; e ÉTICA, “Em geral, ciência da conduta” (ABBAGNANO, 1988, p. 380).

Uma das funções do Biodireito seria a de impor regras aos cientistas visando que as pesquisas e os avanços tecnológicos não sejam completamente desarrazoados, o que poderia até a causar danos ao ser humano, bem como ferir direitos invioláveis, como o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e o direito à vida.

Muito embora seja a liberdade atividade científica assegurada constitucionalmente no art. 5, inc. IX, essa liberdade não poderia atentar contra a vida ou a integridade física, o que violaria o Princípio da Dignidade Humana.

Hironaka (2001-2002) ensina que à Bioética compete levantar as questões, registrar as inquietações, alinhar as possibilidades de acerto e de erro, de benefícios e malefícios decorrentes desse avanço desenfreado. Para o Biodireito, restaria traçar exigências mínimas, assegurando a compatibilização entre os avanços tecnológicos e a continuidade do reconhecimento da Humanidade enquanto tal.

⁷ Na ACP 2007.34.00.014809-3 em trâmite perante a 14ª Vara Federal da Justiça Federal do Distrito Federal, foi inicialmente concedida a tutela antecipada para suspender os efeitos da Resolução e, posteriormente, a ação foi julgada improcedente, cuja veiculação no DO deu-se em 11 de março de 2011.

Existem quatro princípios básicos relacionados ao Biodireito, sendo dois deles de caráter deontológico (o da não maleficência e o da justiça) e os outros dois de caráter teleológico (o da beneficência e o da autonomia), conforme Diniz (2002, p. 14/17).

É importante ressaltarmos que o Biodireito sempre estará atrasado em relação ao desenvolvimento científico e tecnológico, tendo em vista que primeiro há a descoberta da tecnologia e somente após isso o Direito surge para regulamentar a situação. Ademais, não se pode esquecer que tanto a ética como a moral têm a sua variação de acordo com o lugar e o tempo, sendo o Direito um pacificador de conflitos.

Porém, independentemente dessa ausência de sincronia entre o avanço da tecnologia e a promulgação de novas regras, esse avanço não pode ir contra os direitos fundamentais do ser humano, devendo tanto este quanto a própria sociedade e o meio ambiente estar devidamente protegidos.

Com relação ao Princípio da Autonomia, hodiernamente a atitude paternalista do médico, na qual este assumia a figura de protetor do paciente, o que justificava todo e qualquer tratamento realizado, com ou sem o consentimento deste, acaba dando lugar ao respeito à autonomia do paciente, em razão do estudo e preocupação com a ética dos profissionais ligados ao setor de saúde.

É importante esclarecermos que o paciente tem autonomia consubstanciada na sua liberdade individual de negar determinado tratamento.

A Constituição Federal, no art. 5º, *caput* e incs. IV, VI VIII e X, e no art. 19, inc. I, determina o direito de escolha para tratamento médico.

Nesse sentido, a vontade do paciente, ou de seu representante legal, deverá ser devidamente respeitada. Uma discussão muito acirrada refere-se à questão de transfusão de sangue em pessoas da religião Testemunha de Jeová.

Conforme ensina Roxin (2002, p. 7) sobre a autonomia do paciente:

Se o paciente recusa, portanto, a operação que salvaria sua vida, ou a necessária internação numa unidade de tratamento intensivo, deve o médico abster-se de tais medidas e, se for o caso, deixar o paciente morrer. Esta solução é deduzida, corretamente, da autonomia da personalidade do paciente, que pode decidir a respeito do alcance e da duração de seu tratamento.

O Princípio da Beneficência decorre do comportamento do médico em prover o bem-estar da pessoa adoentada, que tem origem no latim *bonum facere* (fazer o bem).

É certo que tanto o respeito à dignidade da pessoa humana quanto o respeito ao objetivar os benefícios do tratamento estão previstos na Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos⁸:

Artigo 3º – Dignidade humana e direitos humanos

1. A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados.
2. Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.

Artigo 4º – Efeitos benéficos e efeitos nocivos

Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, devem ser maximizados os efeitos benéficos diretos e indiretos para os doentes, os participantes em investigações e os outros indivíduos envolvidos, e deve ser minimizado qualquer efeito nocivo susceptível de afetar esses indivíduos.

No mesmo sentido é a determinação do Código de Ética⁹ (Capítulo I – Princípios fundamentais), segundo o qual o médico deverá fazer o bem ao enfermo, utilizando a sua capacidade profissional para a melhora do paciente.

O Princípio da Beneficência refere-se, portanto, à necessidade de o médico promover o bem-estar do paciente, evitando, sempre que possível, causar-lhe dano e procurando maximizar os benefícios.

O Princípio da Não Maleficência, de cunho teleológico, decorre do Princípio da Beneficência, tendo origem também no latim, *primum no nocere* (primeiro não prejudicar) e tem por objetivo que o médico, ao ministrar qualquer tipo de tratamento, evite causar dano intencional ao paciente.

⁸ Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

⁹ Resolução CFM nº 1.931/2009: “VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.”.

Tanto o Princípio da Beneficência quanto o Princípio da Não Maleficência são essenciais para a conduta do médico, a fim de que este não submeta, de forma intencional, seu paciente a qualquer dano, expondo-o a um risco desnecessário com condutas invasivas, intempestivas ou iatrogênicas sem que isso traga qualquer benefício ao enfermo. Ambos os princípios devem acompanhar toda a conduta do médico, especialmente quando estiver diante de um doente em fase terminal, quando terá que sopesar o princípio da dignidade do enfermo e o direito à vida.

Assim, o médico não deve, diante de um paciente cuja morte é inadiável e iminente, realizar procedimentos que trarão mais danos que benefícios a esse paciente, na ânsia de mantê-lo vivo a qualquer custo. Nesses casos, o médico deverá cuidar de seu paciente de modo que não sofra, adotando tratamentos paliativos.

E por fim, mas não menos importante, há o Princípio da Justiça, destinado a evitar qualquer benefício aos mais favorecidos em detrimento daqueles menos favorecidos. As obrigações sociais devem ser distribuídas de forma equitativa. Esse é o entendimento disposto no art. 10 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos ao dispor que “A igualdade fundamental de todos os seres humanos em dignidade e em direitos deve ser respeitada para que eles sejam tratados de forma justa e equitativa.”

Esse princípio reflete a “verdadeira expressão da justiça distributiva” (SANTORO, 2011, p. 105), com o objetivo de que os médicos tratem de forma equitativa seus pacientes, não preterindo os menos favorecidos, isto é, não os diferenciando em razão de sua situação social, financeira ou cultural, mas sim proporcionando um tratamento igualitário a todos.

Feitas as ponderações sobre o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e esclarecido o momento em que se dá a morte para o Direito Brasileiro, bem como após exposto de forma breve a questão da Bioética e do Biodireito, convém conceituar e diferenciar eutanásia, mistanásia, distanásia e ortotanásia.

6 Eutanásia

Eutanásia vem do grego, da junção da preposição eu = boa e *thanatus* = morte. O termo foi utilizado pela primeira vez por Francis Bacon em 1623, na obra *Historia vitae et mortis*. Corresponde a antecipar o tempo natural da morte com o fim encerrar a situação degradante em que o paciente terminal se encontra.

É importante diferenciarmos alguns tipos de eutanásia. Existem os tipos ativo e passivo, correspondendo o primeiro a uma conduta ativa do agente, em que se empregam meios para causar a morte e aliviar o sofrimento do enfermo terminal. Há, portanto, uma conduta ativa de terceiro. Citamos como exemplo um médico que injeta determinada droga no paciente terminal, causando-lhe a morte. O segundo tipo corresponde à ausência de assistência ao paciente terminal.

Alguns autores incluem outra classificação para a eutanásia, separando-a em (a) eugênica; (b) criminal; (c) econômica; (d) experimental; e (e) solidária.

Entretanto, não se pode admitir uma classificação da eutanásia senão como a de pôr fim à vida de um enfermo portador de doença incurável, para evitar que ele sofra, tendo uma morte sem dor ou sofrimento, mediante o consentimento do doente ou de seu representante. Trata-se de um ato de compaixão, sempre buscando o bem para o paciente.

Pode-se distinguir também a eutanásia ativa em direta e indireta. Nesta, muito embora haja a utilização de medicamentos a fim de aliviar a dor e o sofrimento do paciente, ao final os medicamentos ministrados ocasionarão a morte do paciente. Não obstante haja uma conduta de caráter positivo, os efeitos secundários dos analgésicos levarão à abreviação da vida do enfermo. Ao contrário, a conduta na eutanásia ativa direta, na qual a conduta é negativa, visa antecipar a morte do paciente terminal.

Dentre os países em que é legalizada a realização da eutanásia, podemos citar a Holanda, cuja lei foi sancionada em 2002; logo após e no mesmo ano, a Bélgica acompanhou esse entendimento.

7 Suicídio assistido

O suicídio assistido é uma conduta na qual o próprio paciente terminal põe fim à sua vida, com a ajuda de terceiros. Essa ajuda pode ser tanto material quanto moral. É importante ressaltarmos que o terceiro não realizará o ato de matar, mas somente auxiliará, induzirá ou instigará o paciente.

Essa distinção é importante, pois o Código Penal Brasileiro sanciona de maneira diversa homicídio e auxílio ao suicídio. No caso de não haver a participação de terceiro, haverá simplesmente suicídio.

Sempre devemos lembrar que, no caso de suicídio assistido, o terceiro que auxiliar o faz em razão de um espírito misericordioso, sempre com o objetivo de propiciar ao bem do paciente, a fim de pôr fim a seu sofrimento de maneira indolor.

Um caso que teve grande repercussão na Europa foi o suicídio assistido de Ramon Sampedro¹⁰, um tetraplégico desde os 26 anos que pleiteou à Justiça espanhola autorização para a realização da eutanásia. Entretanto, em razão de esse procedimento não ser permitido na Espanha, a ordem lhe foi negada. Não suportando mais viver, com a ajuda de amigos, ingeriu cianureto, vindo a óbito. Notemos que Ramon era tetraplégico, não movimentava nem pernas nem braços, o que seria preciso, necessariamente, ajuda de terceiro para se suicidar.

Uma amiga de Ramon foi incriminada por homicídio. Entretanto, por haver um movimento enorme contra a sua condenação, e milhares de pessoas enviaram cartas confessando o mesmo crime, a Justiça acabou por arquivar o processo por ausência de provas.

Nos Estados Unidos da América, no Estado de Oregon¹¹, foi editada uma lei em 1994 – *The Oregon Death with Dignity Act* –, permitindo a realização do suicídio assistido.

Muito embora essa conduta de terceiro seja movida pelo espírito de amor e respeito ao próximo, a fim de que a este possa cessar o sofrimento, ela é penalmente reprovada no Brasil.

8 Mistanásia

O termo mistanásia é empregado para designar a morte de pessoas carentes, que não têm condições de pagar um plano de saúde ou que não

¹⁰ Informações mais detalhadas podem ser obtidas em artigo de José Roberto Goldim. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/sampedro.htm>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

¹¹ Vejamos: “Em 27 de outubro de 1997, Oregon promulgou a Lei da Morte com Dignidade, que permite a pacientes terminais desse Estado, nos EUA, cessarem suas vidas por meio da autoadministração voluntária de medicamentos letais, expressamente prescritos por um médico para esse efeito. A Morte Oregon com a Lei da Dignidade exige da Autoridade de Saúde de Oregon a coleta de informações sobre os pacientes e médicos que participam do ato, e publicam um relatório estatístico anual. Tradução livre de: “On October 27, 1997 Oregon enacted the Death with Dignity Act which allows terminally-ill Oregonians to end their lives through the voluntary self-administration of lethal medications, expressly prescribed by a physician for that purpose. The Oregon Death with Dignity Act requires the Oregon Health Authority to collect information about the patients and physicians who participate in the Act, and publish an annual statistical report.” (Disponível em: <<http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/index.aspx>>. Acesso em: 30 nov. 2011).

conseguem ter um atendimento médico do Estado, ou, ainda, por esse serviço não existir ou ser precário.

A mistanásia também pode ser conhecida como eutanásia social; Diniz (2002, p. 335) a define como sendo “a morte do miserável, fora e antes de seu tempo, que nada tem de boa ou indolor”.

Existem vários fatores que podem levar à mistanásia, como a fome, a ausência de saneamento básico e o desemprego. Como podemos notar, refere-se à ausência da prestação do Estado no cumprimento do dever de promover a dignidade da pessoa humana, pois, como visto, a dignidade da pessoa humana é dever o Estado e direito da pessoa em ter uma vida digna e com qualidade, independentemente de nível cultural ou financeiro.

Pode-se, também, falar em mistanásia em casos de erro médico, independentemente de ocorrer no Sistema Único de Saúde (SUS), em clínicas médicas ou em hospitais renomados. Trata-se de uma conduta errada do médico, a qual resulta na morte do paciente.

Conforme esclarecer Diniz (2002, p. 335) sobre o assunto: “diagnóstico errôneo, falta de conhecimento dos avanços na área de analgesia e cuidado da dor, prescrição de tratamento sem realização de exame, uso de terapia paliativa inadequada, procedimento médico sem esclarecimento e consenso prévio, abandono etc.”.

É importante ressaltarmos que o erro médico leva tanto o profissional quanto o hospital a responderem civilmente pelos danos materiais e morais causados. Nesse caso, a responsabilidade do médico seria subjetiva, portanto, haveria a necessidade de se comprovar a negligência, imperícia ou imprudência do profissional. Haveria também uma responsabilidade penal e administrativa desse profissional. No que diz respeito à responsabilidade do hospital, a responsabilidade seria objetiva, não havendo a necessidade de se provar a culpa.

Há, ainda, a mistanásia em que o médico submete, intencionalmente, o paciente a uma morte precoce e/ou dolorosa, afastando por completo a dignidade da pessoa humana (SANTORO, 2011, p. 279). Podemos citar como exemplo a ausência de cuidados com idosos ou pacientes terminais, antecipando-lhes a morte; a retirada de órgãos a fim de realizar transplante, sem a ocorrência da morte encefálica, contrariando a Lei de Doação de Órgãos (Lei nº 9.437/1997); a concessão de alta médica ao paciente apenas com o objetivo de liberar vaga no hospital.

9 Distanásia

A distanásia consiste no procedimento em que o médico excede os limites do razoável, com a realização de procedimentos médicos que somente irão causar mais danos ao paciente terminal, pois apenas retardam a morte natural. Há, portanto, uma obstinação terapêutica.

É importante ressaltarmos que o avanço tecnológico visa conceder ao ser humano uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, retardar o desgaste natural tanto do corpo quanto da mente, aumentando a expectativa de vida. Entretanto, alguns médicos podem utilizar-se desse procedimento a fim de retardar a morte do paciente, que, todavia, por ter um quadro clínico de doença incurável, cuja morte é iminente, esse procedimento somente iria causar-lhe danos em vez de benefícios, havendo uma manutenção quantitativa da vida e não uma vida com qualidade, o que seria um desrespeito à dignidade da pessoa.

Sobre o tema, transcrevemos as lições esclarecedoras de Diniz (2002, p. 338):

[...] tratamento médico fútil seria aquele que: a) não consegue seu objetivo imediato ou o do paciente;
b) é ineficaz;
c) não é capaz de oferecer uma qualidade de vida mínima ou, pelo menos, algum benefício médico;
d) não oferece uma razoável probabilidade de sobrevivida. A futilidade quantitativa invoca a probabilidade de que determinado objetivo seja alcançado, e isso só o médico pode julgar. A futilidade qualitativa analisa a natureza do objetivo médico a ser alcançado, mas o julgamento de que os caracteres desse escopo fiquem abaixo de um certo nível mínimo envolve conceitos como o do benefício para o paciente e o da qualidade de vida.

O médico não pode impor ao paciente a realização de determinado tratamento, sem que informe corretamente os motivos e conseqüências dele. Cabe ao paciente, ou ao seu representante, decidir sobre a realização ou não do procedimento; e, em caso negativo, o médico não pode desrespeitar a autonomia do paciente consubstanciada na sua liberdade individual de negar que determinado tratamento lhe seja imposto.

Obrigar o paciente a realizar tratamento extraordinário, somente em razão da obstinação terapêutica do médico, consiste em ato equiparável à

tortura, o que é vedado constitucionalmente pelo art. 5º, inc. III, da Constituição Federal¹².

Com efeito, tanto a eutanásia quanto a mistanásia antecipam a morte do paciente terminal, enquanto a distanásia, ao contrário, prolonga a vida deste, porém de maneira somente quantitativa, afastando a dignidade da pessoa. O recomendável é que se busque o meio-termo, respeitando-se o momento da morte natural da pessoa, a fim de se preservar tanto a vida digna quanto a morte digna.

10 Ortotanásia

O termo ortotanásia vem do grego *ortos*, que significa “correto” e *thanatus*, que significa “morte”, correspondendo, portanto, a uma morte correta e justa, ocorrida em seu tempo oportuno. Difere da antecipação ocorrida na eutanásia e no suicídio assistido ou de seu retardamento, ocorrido na distanásia.

Para Diniz (2002, p. 330), ortotanásia seria a

[...] eutanásia por omissão, consistente no ato de suspender medicamentos ou medidas que aliviem a dor, ou de deixar de usar os meios artificiais para prolongar a vida de um paciente em coma irreversível, por ser intolerável o prolongamento de uma vida vegetativa sob o prisma físico, emocional e econômico, acatando a solicitação do próprio enfermo ou de seus familiares.

Assim, diante de um quadro de doença irreversível, cuja morte é iminente, o médico suspende o tratamento, com o consentimento do paciente ou de seu representante, realizando somente o tratamento analgésico, com o objetivo de propiciar ao paciente uma morte correta, em seu tempo e, principalmente, sem agonizar e sofrer, obtendo, com isso, uma morte digna.

O médico apenas ministra um tratamento paliativo, sem interferir na morte do paciente, que virá a falecer com tranquilidade, em seu tempo

¹² Vejamos: “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] III – ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante; [...]”.

natural. Não haverá nem uma antecipação de sua morte, nem a obstinação terapêutica, com o prolongamento da vida a qualquer custo.

O Código Ético da Medicina, no art. 41, parágrafo único, é expresso ao dispor que,

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.

É importante ressaltarmos que, se houver alguma chance de o médico salvar a vida do paciente, este deverá fazê-lo, dando continuidade ao tratamento.

Pessini (apud PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005, p. 362/363) afirma que

Os CP [cuidados paliativos] não apressam e nem adiam a morte. Intervenções de CP [cuidados paliativos] não devem ser para abreviar a vida prematuramente. Da mesma maneira que as tecnologias disponíveis na moderna prática médica não são aplicadas para prolongar a vida de forma não natural. Os médicos não são obrigados a continuar tratamento que são considerados fúteis e excessivamente onerosos para os pacientes. Da mesma forma, os pacientes não podem recusar tratamentos médicos. Em CP [cuidados paliativos], o objetivo é assegurar a melhor qualidade de vida possível. Quando o processo da doença conduz a vida para um fim natural, os doentes devem receber conforto físico, emocional e espiritual. Especificamente, presta-se atenção ao fato de que a eutanásia e o suicídio assistido não estão incluídos em nenhuma definição de CP [cuidados paliativos].

Há autores¹³ que diferenciam a ortotanásia da eutanásia omissiva. Essa diferença refere-se ao início do processo mortal. Enquanto na ortotanásia esse processo já se iniciou, na eutanásia passiva o paciente entrará no processo mortal em decorrência da omissão do médico.

¹³ Apenas exemplificando: Luciano de Freitas Santoro e Maria Elisa Villas-Bôas.

Com relação à distanásia, a diferença refere-se ao tempo da morte. Enquanto na distanásia, há um prolongamento exacerbado, diante da obstinação terapêutica, na ortotanásia a morte se dá em seu tempo natural, de maneira digna e não degradante e os cuidados paliativos evitam o sofrimento e a agonia do enfermo.

11 Antecipação de gestação de feto anencefálico

Muito se discutia sobre a antecipação de gestação de feto anencefálico, a fim de se evitar que uma gestante carregasse em seu ventre um embrião com plenitude certeza que não teria chance de ter vida extrauterina e fosse obrigada a dar à luz a esse feto sem calota craniana.

É sabido que toda gestação pode causar tanto danos físicos como psicológicos à gestante, e, na hipótese de ser uma gestação de feto anencefálico, essa probabilidade aumenta, por se tratar de gravidez de alto risco.

Dar à luz ao seu filho é um dos maiores, se não o maior, presente que uma mulher pode receber. Assim, vale correr o risco de sofrer danos psíquicos e/ou físicos. O contrário, no entanto, ocorria no caso de gestação de feto anencefálico, na qual a gestante chegaria ao nono mês com grande chance de sofrer um dano tanto psicológico como físico nesse ínterim, em razão da gravidez de alto risco, sem que pudesse receber esse presente, pois ao final dessa gestação teria um natimorto. E mais, precisaria dar um nome, providenciar o registro civil e a certidão de óbito e, pior, deveria realizar o enterro.

Manter a obrigação da gestante de carregar por nove meses um feto sem condições de ter vida extrauterina, além de ser degradante a ela e violar o Princípio da Dignidade Humana, equipara-se ao ato de tortura, vedado em nosso ordenamento jurídico, consoante previsto no art. 5º, inc. III, da Constituição Federal.

Um dos argumentos levantados pelos defensores da antecipação de gestação de feto anencefálico se baseava no conceito de morte para o ordenamento jurídico brasileiro que é a morte encefálica. Notemos que, no caso de gestação de feto anencefálico, estaríamos diante de um feto sem cérebro, portanto, no caso em apreço, não há vida.

Em nosso entendimento, na discussão que se travava sobre o tema, não havia conflito de princípios, mas tão somente uma limitação à liberdade da mãe consubstanciada na sua autonomia da vontade, que carregaria em seu ventre um feto sem qualquer condição de vida extrauterina. Não seria

justo que essa mãe fosse obrigada “a carregar essa cruz” pelo longo período de nove meses.

Toda gestante tem direito à saúde, arrolado pela Constituição Federal, no art. 6º, como um dos direitos sociais e, mais adiante, no art. 196, o qual dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) já declarou que saúde não é sinônimo de evitar doenças, mas um completo bem-estar físico, mental e social.

A negativa de antecipação de gestação de feto anencefálico não estaria alcançando o objetivo consubstanciado na Constituição Federal referente ao direito à saúde da gestante, uma vez que, como exposto, não existe a possibilidade de vida extrauterina desse feto. Não há condição alguma de que esse feto viva sem a utilização de aparelhos, sendo, no caso, o aparelho a própria mãe.

Bobbio (2007, p. 53), com propriedade, observa:

A função do direito na sociedade não é mais servir a um determinado fim (aonde a abordagem funcionalista do direito resume-se, em geral, a individualizar qual é o fim específico do direito), mas a de ser um instrumento útil para atingir os mais variados fins. Kelsen não se cansa de repetir que o direito não é um fim, mas um meio. Precisamente como meio ele tem a sua função: permitir a consecução daqueles fins que não podem ser alcançados por meio de outras formas de controle social.

Foi por toda essa discussão, pensando exatamente no completo desrespeito às mulheres gestantes de fetos anencefálicos que, em 2004, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) ajuizou a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF 54 –, perante o Supremo Tribunal Federal, pleiteando justamente a declaração de inconstitucionalidade da interpretação dos arts. 124, 126, 128, incs. I e II, do Código Penal, como impeditivos de antecipação da gestação de feto anencefálico. Oito anos depois, em 13 de abril de 2012, sob a relatoria do Ministro Marco Aurélio de Mello, a Suprema Corte julgou procedente a referida ação. Ao declarar a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção desse tipo de gravidez é conduta tipificada nos referidos dispositivos do Código Penal, o STF firmou entendimento de que o feto anencefálico,

mesmo que biologicamente vivo, é juridicamente morto, portanto, não goza de proteção jurídica e, em especial, de proteção jurídico-penal¹⁴.

Conclusão

A situação em que haja uma pessoa portadora de doença incurável, sendo a morte iminente, é sempre delicada, tanto para o paciente quanto para a família, bem como para o próprio médico.

É certo que toda pessoa tem direito a uma vida digna, direito esse resguardado expressamente pela Constituição Federal, portanto, diante de um paciente terminal, o médico tem o dever de dar todo o suporte a a esse paciente.

A morte é um processo que faz parte da vida do ser humano; a única certeza que temos é que todos morreremos. Porém, com o avanço da tecnologia, a qualidade de vida vem melhorando e a expectativa de vida se prolongando. O que se deve ter cuidado é com o avanço desenfreado dessa tecnologia sem a devida verificação de seus efeitos. Para tanto, vem sendo cada vez mais estudada a Bioética e, conseqüentemente, surgindo novas normas ligadas ao Biodireito. Entretanto, salienta-se que o problema reside no fato de essas normas do Biodireito serem sempre, obviamente, posteriores ao surgimento da tecnologia que possibilita determinado tratamento.

Os pacientes terminais também são beneficiados com o avanço da tecnologia; porém, em alguns casos, os médicos tentam a qualquer custo manter a vida biológica do enfermo, aplicando novas técnicas e tratamentos que causam muito mais sofrimento à pessoa que benefícios. A obstinação terapêutica agride frontalmente o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, assegurado pela Constituição Federal.

Diametralmente oposto à distanásia encontra-se a eutanásia, na qual o médico antecipa o processo da morte natural do paciente. Muito embora as pessoas que conduzam a eutanásia visem ao bem-estar do enfermo, encerrando com o sofrimento, consistindo em um procedimento de natureza altruísta e solidária, essa conduta é penalmente reprovada. Assim, tanto a distanásia, com o prolongamento da vida a qualquer custo, como a eutanásia, com antecipação da morte, modificam o modo e o tempo da morte natural

¹⁴ Disponível em: <<http://www.migalhas.com.br/Quentes/17,MI221398,51045-Marco+Au+relio+Mello+Decisao+historica+do+STF+permite+aborto+de+feto>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

e, por isso, afrontam a dignidade da pessoa humana. São, pois, condutas repudiadas pela prática médica.

Por fim, salientamos que todos nós temos o direito não somente a uma vida digna, mas também a uma morte digna, e, na hipótese de um enfermo cuja morte é iminente, há necessidade de o médico aplicar os cuidados paliativos visando a uma morte tranquila e sem sofrimento, a fim de que, nesse caso, haja uma morte digna, e não degradante.

MIGLIOLI, M. A. Right to die. *Justitia*, São Paulo, v. 204/205/206, p. 193-216, Jan./Dec. 2013-2014-2015.

- **ABSTRACT:** The present study initially explains about human dignity and the right to live with dignity. How far should we fight for a terminally ill person to continue living? It discusses about which medical procedures to be taken in case of a disease with no cure, whose death is imminent, arguing about the dignity of the human person, and their implications in medical procedures before the terminally ill. Moreover, we discuss about the action to be taken before a pregnant woman carrying anencephalic fetus. There is always a debate about human dignity and the will of the terminally ill person.
- **KEY WORDS:** Constitutional Right. Dignity. Live. Die.

Referências

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de Filosofia*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

ASCENSÃO, José de Oliveira. A terminalidade da vida. In: TEPEDINO, Gustavo; FACHIN, Luiz Edson (Coord.). *O direito e o tempo: embates jurídicos e utopias contemporâneas – estudos em homenagem ao professor Ricardo Pereira Lira*. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

BOBBIO, Norberto. *Da estrutura à função: novos estudos de teoria do direito*. Barueri/SP: Manole, 2007.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. *Direitos da personalidade e autonomia privada*. 2. ed. São Paulo: 2007.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito constitucional e teoria da Constituição*. 7. ed. 3. Reimp. Coimbra: Almedina, 2003.

DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. 2. ed. São Paulo. Saraiva: 2002.

GOLDIM, José Roberto. *Caso Ramón Sampedro: suicídio assistido*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/sampedro.htm>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

HIRONAKA, Giselda Maria Fernandes Novaes. Bioética e biodireito: revolução biotecnológica, perplexidade humana e perspectiva jurídica inquietante. *Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos – Divisão Jurídica – Instituto Toledo de Ensino, Bauru*, n. 33, dez. 2001-mar. 2002.

MIGALHAS. *Marco Aurélio Mello: decisão histórica do STF permite aborto de feto anencéfalo*. Publicado em 15 de junho de 2015. Disponível em: <<http://www.migalhas.com.br/Quentes/17,MI221398,51045-Marco+Aurelio+Mello+Decisao+historica+do+STF+permite+aborto+de+feto>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. *Problemas de bioética*. 7. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

PESSOA, Laura Scaldaferrri. *Pensar o final e honrar a vida: direito à morte digna*. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

ROXIN, Claus. A proteção da vida humana através do direito penal [Conferência]. In: CONGRESSO DE DIREITO PENAL EM HOMENAGEM A CLAUD ROXIN. 7 de março de 2002. *Anais...* Rio de Janeiro, 2002.

SANTORO, Luciano de Freitas. *Morte digna – o direito do paciente terminal*. Curitiba: Juruá, 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang. *As dimensões da dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SILVA, Roberto Baptista Dias da. *Uma visão constitucional da eutanásia*. 2007. Tese (Doutorado em Direito Constitucional) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), São Paulo, 2007.

SOARES, Vladia Maria Moura. *O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana a autonomia do paciente e o direito à morte digna*. 2010. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), São Paulo, 2010.

VILELA, João Baptista. Variações impopulares sobre a dignidade da pessoa humana. *Revista do Superior Tribunal de Justiça: doutrina; edição comemorativa, 20 anos*. Brasília: Superior Tribunal de Justiça, Via Lettera, p. 561-581, 2009.

Links de sites consultados

<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>

<http://www.ufrgs.br/bioetica/sampedro.htm>