

**ENTRE AUTONOMIA PRIVADA E DIGNIDADE: TESTAMENTO VITAL E
“COMO SE VIVE A PRÓPRIA MORTE” – OS RUMOS DO ORDENAMENTO
BRASILEIRO**

**BETWEEN PRIVATE AUTONOMY AND DIGNITY: LIVING WILL AND
“HOW TO LIVE YOUR OWN DEATH” – THE DIRECTIONS OF BRAZILIAN
LEGAL SYSTEM**

Ana Cláudia Corrêa Zuin Mattos do Amaral*

Éverton Willian Pona**

RESUMO

Demonstra que a autonomia privada, agora conhecida como auto-determinação, e dignidade humana são o fundamento do testamento vital, um documento contendo as instruções dadas por indivíduos especificando quais ações devem ser tomadas em relação à seu tratamento médico, no caso de eles não serem mais capazes de tomar decisões devido a doença ou incapacidade e que deve ser feito quando a pessoa é plenamente capaz e consciente. Argumenta que o sistema jurídico brasileiro está mudando e o consentimento informado está sendo incorporado por lei. Por essa razão, o ser humano tem sido mais respeitado na sua condição racional, e sua vontade como um indivíduo autônomo está sendo levada em consideração nas discussões a respeito do fim da vida.

Palavras-chave: Autonomia privada; Dignidade humana; Testamento vital; Ordenamento jurídico brasileiro.

ABSTRACT

It demonstrates that private autonomy, now known as self-determination, and the human dignity are the ground of the living will, which is a document with instructions given by individuals specifying which actions should be taken for their medical treatment in the event that they are no longer able to make decisions due to illness or incapacity and must be made when the person is fully capable and conscious. It argues that the Brazilian legal system is changing and the informed consent is being incorporated by law. For this reason, the human being has been more respected in its rational condition, and its will as an autonomous individual is being taken into consideration concerning the decisions about ending life.

Keywords: Private autonomy; Human dignity; Living will; Brazilian legal system.

* Doutora em Direito Civil Comparado pela PUC/SP. Professora do Programa de Mestrado em Direito Negocial da Universidade Estadual de Londrina.

** Mestrando em Direito Negocial pela Universidade Estadual de Londrina.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das ciências da saúde e o avançar da técnica proporcionaram ao ser humano presenciar uma revolução na maneira pensar na vida e – para este momento, em uma visão biológico-reducionista – em seu processo vital (pois há de se ter em mente que vida, longe de definições, é mais do simples acontecer metabólico). O momento final desse processo, portanto, passou a integrar, resgatando debate já antigo, as discussões éticas, filosóficas, morais e jurídicas.

As novas técnicas e medicamentos mostraram-se capazes de prolongar a vida de uma pessoa com doença considerada incurável por tempo indeterminado, funcionando apenas com tratamento paliativo ou simples amenização da dor. Inúmeros aparelhos garantem a nutrição, a hidratação e também a respiração de indivíduos incapazes de sobreviverem por si só.

A manutenção do processo vital apresenta-se possível mesmo contra a vontade do titular do bem jurídico “vida”. Por essa razão debate-se acerca da possibilidade de o indivíduo, pleno em sua consciência, legar aos que têm a responsabilidade de com ele se relacionar em momento de final vida, instruções ou diretrizes antecipadas a respeito dos tratamentos médicos que gostaria ou não de receber, de acordo com suas convicções morais ou religiosas ou, simplesmente, de acordo com sua preferência pessoal decorrente de sua vontade autônoma.

Esse instrumento de vontade, válido em muitos países ao redor do globo, é batizado em sua origem norte-americana como sendo *living will*, testamento vital entre os nacionais. A adoção em terras brasileiras, entretanto, encontra impasses na interpretação que se dá ao direito à vida e aos limites da disposição da própria vontade.

Pretende-se demonstrar, entretanto, que uma interpretação consentânea com os rumos de um paradigma humanista, alicerçado na valorização do indivíduo e na defesa de sua autonomia e dignidade, é capaz de superar obstáculos e permitir que o fim da vida receba a mesma proteção que goza todo o processo vital em seu pleno desenvolvimento.

2 TESTAMENTO VITAL: O NOVO COM QUASE CINQUENTA ANOS DE HISTÓRIA

O contexto de compreensão da discussão que segue foi lançado. Trata-se do

cenário de desenvolvimento das biociências, da medicina e todas as ciências da saúde que proporcionaram uma mudança na forma de encarar a relação entre a vida e a morte, especificamente, a forma como se vive o fim da vida.

Houve de fato, uma mudança na concepção do momento da morte. Da “morte domada” dos fins da Idade Antiga, reporta Philippe Aries (1977, p. 17), chegou-se à “morte interdita”, vivida da metade do século XIX até os dias atuais, quando o acontecimento perdeu o caráter familiar e passou a ser vivido não mais no leito familiar, mas agora enclausurada nos hospitais, junto a médicos que não se conhece, que transformam o indivíduo no campo de batalha, não em favor da vida, mas contra a morte.

Na tentativa de opor-se à obstinação terapêutica surge o testamento vital, “um documento em que a pessoa determina, de forma escrita, que tipo de tratamento ou não-tratamento deseja para a ocasião em que se encontrar doente, em estado incurável ou terminal, e incapaz de manifestar sua vontade” (BORGES, 2005a, p. 239)¹.

A denominação do documento varia, de modo que pode ser chamando também de documento de vontades antecipadas, *living will*, como batizaram os americanos, testamento em vida, testamento biológico e ainda de *testament de vie* (BORGES, 2005, p. 239). Na Espanha, cada comunidade autônoma utilizou-se de diferente conceito para designá-lo, dentre os quais “instrucciones previas, voluntades anticipadas, manifestaciones anticipadas, expresión anticipada de voluntades ou voluntades vitales anticipadas” (URIONABARRENETXEA, 2007, p. 88)².

¹ Na doutrina estrangeira, Cristina Sanchez Lopes (2002), professora da Universidade de Alicante, diz que os testamentos vitais são “[...] documentos con los que toda persona que tenga suficiente capacidad puede señalar, con carácter anticipado, qué medidas y tratamientos terapéuticos quieren que le sean administrados o, por el contrario, no desea que le apliquen cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias no le permitan expresar personalmente su voluntad. Además, en este mismo documento se puede designar un representante que se convertirá en el interlocutor válido entre el paciente y lo equipo médico, pudiendo llegar a sustituir su voluntad en el caso que no pueda expresarla por sí mismo”. K. Martínez Urionabarrenetxea (2007, p. 88) assevera tratar-se de “el documento que muestra cómo deseamos ser tratados en un momento en que, en caso de incapacidad debida a enfermedad, lesión o edad, no podamos expresar nuestros deseos. Teóricamente [...] permite elegir toda la intervención posible, poner ciertos límites a la misma o rechazarla totalmente. Entre autores nacionais, o testamento vital pode ser entendido como “documento executado enquanto se tem consciência, no qual estão previstas condutas para ocasião em que a perda de consciência e da saúde impeça optar pela morte, recusando tratamentos médicos” (SZTAJN, 2002, p. 122). Sá (2005, p. 36) em rápida menção, afirma que “o ‘living will’ ou ‘testamento em vida’ pretende estabelecer os tratamentos médicos indesejados, caso o paciente incorra em estado de inconsciência ou esta em estado terminal”, ao passo que “. Maria Berenice Dias (2005, p. 210) afirma que o testamento vital trata-se “do documento público elaborado por alguém plenamente capaz solicitando que nada seja levado a efeito, em caso de doença incurável, em particular as que desconectam do mundo, ou quando o prolongar a vida seja às custas de intenso sofrimento”.

² Há quem discorde da adoção do termo testamento vital como tradução brasileira para o *living will*. Luciana Dadalto Penalva (2009, p. 526) diz que a expressão é resultado de errôneas e sucessivas

Quando trazido à baila em discussões nacionais, o testamento vital pode ser considerado novo. De seu nascimento para os dias atuais, quase cinquenta anos se passaram, entretanto. A primeira menção ao termo ocorreu em 1967, pela Sociedade Americana para Eutanásia (CLEMENTE; PIMENTA, 2006; MAZUECOS, 2008, p. 213), e, em 1967, um advogado de Chicago – Louis Kutner – sugeriu um modelo de documento que pudesse ser utilizado em processos judiciais diante da necessidade de se ter em conta a diferença entre homicídio privilegiado por relevante valor moral (a compaixão) e o homicídio qualificado por motivo torpe; segunda, a necessidade legal de permitir, ao paciente, o direito de morrer por sua vontade; a terceira, a necessidade de o paciente expressar seu desejo de morrer, ainda que incapaz de dar seu consentimento na ocasião; quarta, para satisfazer às três primeiras finalidades, dever-se-ia dar, ao paciente, garantias necessárias de que sua vontade seria cumprida (KUTNER *apud* CLEMENTE; PIMENTA, 2006).

Somente em 1976, contudo, no Estado da Califórnia, este documento teve reconhecido o seu valor legal, com a Lei nº. 3.600, *Natural Death Act*, preparada pela Faculdade de Direito da Universidade de Yale e assinada pelo então Governador Edmund G. Brown Jr., em 30 de agosto de 1976, e em vigor a partir de 1º de janeiro de 1977 (VARGA, 1998, p. 242) e com a entrada em vigor, em 1º de dezembro de 1991, do PSDA – *Patient Self-Determination Act* – e o testamento vital foi confirmado como documento jurídico válido, pois o documento “reconheceu a autonomia privada do paciente, inclusive para recusar tratamento médico” (SÁ, 2005, p. 36).

Do outro lado do Atlântico, os países membros do Conselho da Europa (*Council of Europe*), em data de 04 de abril de 1997, firmaram a chamada Convenção de Direitos Humanos e Biomedicina que acolheu, em seu artigo nono, o testamento vital como documento jurídico válido. Destaca-se que a referida Convenção trata-se de um

traduções. Isso porque, segundo a autora, o dicionário Oxford apresenta como tradução para *will* as palavras vontade, desejo e testamento; ao passo que *living*, pode ser o substantivo sustento, o adjetivo vivo ou o verbo vivendo. Assim, diz que a tradução correta seria “desejos de vida ou, ainda, disposição de vontade de vida, expressão que também designa testamento”. Prossegue afirmando que o testamento vital se assemelha com o testamento comum, entretanto, sugere como termo adequado a ser correspondente nacional do *living will* americano a expressão “declaração prévia de vontade do paciente terminal” (PENALVA, 2009, p. 527). No direito argentino, Andruet (2002, p. 191) propõe a designação “instrucciones o directivas respecto a tratamientos médicos em caso de enfermedad terminal”. Para ele “Se impone abandonar la conceptualización ‘testamento vital’, porque en rigor de verdad, el testamento es un instrumento que rige la voluntad de la persona para después de su muerte por lo cual, afirmar que hay cumplimiento de testamento con vida [...] aparece como un claro contrasentido” (ANDRUET, 2002, p. 190-191). K. Martinez Urionabarrenetxea (2007, p. 88) também afirma ser o testamento vital uma má tradução para a expressão americana *living will*.

documento internacional que reconheceu a validade do instituto³.

Desde então, o testamento vital tem figurado no centro dos debates acerca do exercício da autonomia em situações de final de vida e tem sido apontado como instrumento de defesa da vontade autônoma e racional, expressão da dignidade do indivíduo, senhor de sua razão, corpo e vida.

No Brasil, contudo, ainda há obstáculos a serem vencidos até que se possa efetivamente utilizar esse documento como garantidor do respeito à vontade livremente manifestada em relação aos rumos da própria vida. Apesar de intempéries tantas, pode-se encontrar valhacouto seguro cujo teto é sustentado pelos pilares da autonomia (privada) e da dignidade da pessoa humana para abrigar o testamento vital como instrumento válido no direito brasileiro.

3 VONTADE, AUTONOMIA E AUTODETERMINAÇÃO: A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA NASCENTE E O CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Um dos sustentáculos passíveis de serem invocados na argumentação em defesa da adoção do testamento vital é, sem dúvida, a noção de autonomia da vontade (inicialmente destacada no auge da codificação civilística, transformada em autonomia privada e hoje já conhecida como autodeterminação)⁴.

³ “Article 9 – Previously expressed wishes

The previously expressed wishes relating to a medical intervention by a patient who is not, at the time of the intervention, in a state to express his or her wishes shall be taken into account”(COUNCIL OF EUROPE, 1997). Tradução livre: A manifestação prévia de vontade relacionada à intervenção médica do paciente que não está, ao tempo da intervenção, em um estado para expressar a sua vontade deverá ser levada em consideração.

⁴ A noção de autonomia evoluiu a partir do pensamento grego, quando estava relacionada com a capacidade de cada cidade Estado autogovernar-se, com base em suas próprias leis e preceitos; a possibilidade que gozavam os cidadãos de decidirem a maneira como achavam melhor fazer. Com a chegada a burguesia ao poder, da intenção disseminada na sociedade de se fazer prevalecer o direito ao livre desenvolvimento econômico resultou, no campo jurídico, o individualismo extremado, manifestado, outrossim, nos termos de um voluntarismo que atribuía à vontade individual a função de causa primeira do Direito. Na concepção da filosofia kantiana, por sua vez, a autonomia da vontade trata-se de prerrogativa que a vontade humana possui de ser a lei para si mesma. Assim as escolhas do indivíduo devem ser tais que as máximas dessas escolhas possam ser compreendidas, simultaneamente, como leis universais, no ato de querer. É livre o indivíduo para determinar-se por sua vontade, contudo, sua vontade só pode ser válida se passível de universalização, tal como imperativo categórico. Uma paulatina mudança social e jurídica retirou o dogma da vontade (autonomia da vontade) do centro da teoria do direito civil em razão de sua insuficiência na explicação dos fundamentos dos negócios jurídicos e também porque o exacerbado poder concedido à vontade humana conduziu, vezes tantas, a iniquidades muitas, o que se não podia admitir. Transmutou-se o conceito, dessa forma, para o de autonomia privada, entendida como o poder concedido pelo ordenamento jurídico para os indivíduos regulamentarem as suas relações na consecução de interesses particulares, em relação aos quais o Estado não exerce diretamente seu poder de império. A participação estatal verifica-se, entretanto, na medida em que o poder concedido aos particulares necessariamente busca sua fonte de validade e encontra seus limites na lei, na ordem

Isso porque, enquanto testamento, resulta da vontade do indivíduo, apenas e tão somente, e aqui manifesta-se a autonomia da vontade. Enquanto capaz de estabelecer normas jurídicas a serem observadas pelos demais indivíduos, reveste-se da autonomia privada, fonte do direito, apta a produzir efeitos jurídicos. E enquanto princípio bioético, representa o respeito ao paciente e à pessoa humana.

Nas situações concernentes ao exercício dessa autonomia no campo da saúde, o conceito encontra-se intrinsecamente ligado à noção de consentimento livre, informado e esclarecido, ao qual a primeira menção foi feita em 1957, por um juiz norte-americano⁵.

Há referência, entretanto, a origens mais remotas, datando de 1947, com o Código de Nuremberg transitando em torno do consentimento voluntário dos sujeitos quando se trata de questões e tratamentos médicos. A referência feita pelo Código de Nuremberg deve-se às atrocidades cometidas por médicos nazistas com experimentos em seres humanos nos campos de concentração durante a II Guerra Mundial (BETANCOR, 1995, p. 98).

Posteriormente, é com o advento do Relatório Belmont, de 1978 e a anunciação de uma bioética calcada em princípios que se passa a pensar no consentimento informado como requisito de respeito à autonomia do paciente.

Entretanto, somente faz sentido pensar em observância do consentimento informado do paciente tendo em vista a lenta e progressiva derrocada do modelo

pública e bons costumes. A convergência das atenções jurídicas ao ser humano, mormente depois das atrocidades da II Guerra Mundial, levaram os braços do direito público a alcançarem o campo do direito privado, impondo uma releitura de suas concepções fundamentais como contrato e propriedade. Devendo respeito dignidade humana, a doutrina destaca a extensão do conceito além de preocupações eminentemente patrimoniais, seja de bens móveis ou imóveis, para adentrar no campo dos chamados direitos extrapatrimoniais, também denominados de direitos da personalidade, como a segurança do corpo físico ou mesmo as liberdades relacionadas com o intelecto. Desse modo, a autodeterminação abrangeria não somente a autonomia privada, mas também as escolhas individuais quanto à ideologia, o partido político, à religião, à opção sexual e ao direito de renunciar a própria vida. Acerca dessa evolução vale conferir: AMARAL, Francisco. *Direito civil: introdução*. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2000; BETTI, Emílio. *Teoria geral do negócio jurídico*. Trad. Fernando Miranda. Coimbra: Editora Coimbra, 1969, t. 1; FERRI, Luigi. *La autonomía privada*. Trad. Luis Sancho Mendizabal. Madrid: Editorial Revista de Derecho Privado, 1969; PRATA, Ana. *A tutela constitucional da autonomia privada*. Lisboa: Livraria Almedina, 1982; RODRIGUES JUNIOR, Otávio Luiz. Autonomia da vontade, autonomia privada e autodeterminação: notas sobre a evolução de um conceito na modernidade e na pós-modernidade. *Revista de Informação Legislativa*. Brasília, ano 41, n. 163 jul./set. 2004, p. 113-130.

⁵ Um médico viola seu dever para com o paciente e é sujeito de responsabilidades se não proporciona qualquer dado que seja necessário para fundamentar um consentimento inteligente ao tratamento proposto [...]. Na discussão dos riscos deve-se empregar uma certa dose de discrição consistente na completa revelação dos fatos que é necessária para um consentimento informado (SÁ, 2005, p. 35).

paternalista⁶ que permeava até pouco tempo a relação médico-paciente, em decorrência do qual se tomava o médico como aquele que, detentor dos conhecimentos técnicos e científicos a respeito da doença, exercia poderes sobre o paciente, tendo total autonomia no momento de decidir qual tratamento seria o correto e recomendável sem que, para a adoção da medida terapêutica escolhida, necessitasse indagar acerca da vontade ou consentimento do paciente⁷.

A mudança sobreveio quando as pessoas perceberam que, como cidadãos, têm direito a serem esclarecidas acerca dos tratamentos e a receberem informações precisas acerca das moléstias em razão das quais são tratadas. O paciente, enquanto ser dotado de vontade, passa a interferir no paternalismo da relação médico-paciente valendo-se de sua autonomia e autodeterminação⁸. A relação é entre particulares e submetida está às regras do direito privado (SZTJAN, 2002, p. 10).

A relação entre profissional de saúde e paciente, submetida às normas de direito privado, pauta-se eticamente por um modelo igualmente contratual⁹ e a noção de contrato traçada nesse modelo ético não deve ser entendida exclusivamente envolta em conceitos legalmente estabelecidos, mas sim no ato ou situação em que “dos individuos o grupos interactúan de forma tal que hay obligaciones y se esperan beneficios para ambas as partes” (VEATCH, 2000, p. 61).

O médico reconhece, nesse modelo, que o paciente deve manter sua liberdade para controlar a própria vida e destino quando tem que fazer eleições significativas

⁶ O paternalismo se baseia na premissa de que os médicos, tal como os magos, exercem o poder divinatório de curar, pelo que lhes é concedida a faculdade para não apenas diagnosticar a moléstia mas, sobretudo, para determinar a conduta terapêutica a ser observada pelo paciente. As determinações dos médicos são mandamentos a serem observados sem discussão pelos pacientes, ignorando-se que têm e podem exercer direitos, como seres capazes e autônomos, para aceitar ou rejeitar o que lhes fora recomendado, nada obstante o tom ditatorial da recomendação (SZTJAN, 2002, p. 9).

⁷ Sob essa ótica era também o médico quem decidia o que contar ao paciente e à família sobre a doença, prognósticos, efeitos colaterais do tratamento proposto (SZTJAN, 2002, 09-10). “A corrente paternalista ignora, despreza, os desejos do paciente e independente da sua vontade impõe o tratamento. [Para eles] a função do médico é salvar vidas e a perda da qualidade é elemento menos se se mantém a existência” (SZTJAN, 2002, p. 37).

⁸ “La fructífera y tradicional relación médico-paciente basada en el modelo paternalista del primero, va dejando paso en las últimas décadas al predominio de la autonomía del segundo, de modo que actualmente la regulación de la toma de decisiones en el proceso clínico se basa de manera fundamental en el respeto a la dignidad humana, la autonomía de la voluntad y a las resoluciones libremente adoptadas por las personas en el ámbito de su salud (art. 2 de la Ley 41/2002 o Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos e Deberes en materia de información y documentación clínica).” (MAZUECOS, 2008, p. 211).

⁹ “No âmbito jurídico não é verdadeiro afirmar que a relação contratual é diferente das demais relações contratuais porque permeada por valores éticos, extraídos do Código de Ética Médica e expostos como metajurídicos. Não é só o contrato de prestação de serviços médicos que é permeado por valores éticos, todos os contratos são. A relação contratual em foco, como qualquer outra, é informada pelos princípios da boa-fé contratual, da justiça contratual e da autonomia da vontade” (NAVES; SÁ, 2002, p. 113).

quanto aos tratamentos a serem adotados, antes e à medida que são executados (VEATCH, 2000, p. 61-62)¹⁰.

Diante de tais circunstâncias, com o abrandamento do modelo paternalista e o reconhecimento de uma ética contratual permeando a relação médico-paciente, reconheceu-se verdadeira limitação ao atuar, antes total e absoluto, do profissional de saúde, passando-se a exigir o consentimento do paciente para o início de tratamentos.

Diz-se, então, que o consentimento informado se materializa

[...] en la facultad de decidir sobre las intervenciones médicas, bien el momento mismo en que éstas se van producir, o bien con anterioridad en el documento suscrito donde se recogen una serie de instrucciones en previsión de intervenciones futuras (SÁNCHEZ-VENTURA)¹¹.

Desse modo, o médico não deve tratar o paciente sem ter-lhe previamente explicado os procedimentos e os caminhos a serem seguidos no tratamento da doença, bem como não sem antes, após o devido esclarecimento, obter o consentimento daquele a quem pretende tratar e a informação dada ao paciente deve ser contínua no tempo, atualizando-se em função dos resultados obtidos com os tratamentos empregados; deve ser suficiente, para que o consentimento seja válido e deve ser, ainda, adequada para a finalidade que se pretende com a transmissão da informação (SÁNCHEZ-VENTURA)¹².

A doutrina muito se preocupa com a compreensão, pelo paciente, da informação que lhe é passada,¹³ tanto assim que chega a desconsiderar o requisito objetivo da idade para tratar da capacidade para o indivíduo dar seu consentimento informado, afirmando que é seu limitante a “capacidade de compreender o que lhe é explicado, avaliar as conseqüências da declaração e, então, manifestar-se sobre seus

¹⁰ “Con el modelo contractual hay un compartir por el cual el paciente posee motivos legítimos para confiar en que, una vez establecida la estructura de valor para tomar las decisiones médicas sobre la base de sus valores, las innumerables decisiones médicas instantáneas que deben tomarse a diaria para su atención serán ejecutadas por el profesional dentro de ese marco de referencia” (VEATCH, 2000, p. 62).

¹¹ “Una persona competente da su consentimiento informado cuando provista de la información adecuada, y sin coerciones acepta seguir tratamiento propuesto por su médico o someterse a algún tipo de experimentación. Da su rechazo informado cuando, poseyendo la información relevante del caso, la persona se niega a seguir tal tratamiento” (LUNA; SALES, 2000, p. 45).

¹² “[...] para que los ciudadanos en general puedan escoger en libertad dentro de las opciones posibles que la ciencia médica les ofrece al respeto, incluso de la son someterse a ningún tratamiento ni intervención o a algunos concretos, resulta preceptiva la información clínica oportuna, clara y no sesgada, siendo el proceso de información algo más que un mero formalismo” (MAZUECOS, 2008, p. 211).

¹³ “[...] se pode decir que, en principio, toda información acerca de la enfermedad del paciente y de los posibles tratamientos alternativos debe ser expresada en un lenguaje que el paciente entienda” (LUNA; SALES, 2000, p. 46).

interesses” (SZTJAN, 2002, p. 28-29).

Por isso então, vale-se da expressão consentimento livre, informado e esclarecido. É livre na medida em que manifestação do paciente deve ser isenta de quaisquer coerções externas e resultar exclusivamente de sua vontade consciente¹⁴; informado, pois o médico deve fornecer ao paciente todas as informações que este desejar e que sejam imprescindíveis para formação da consciência e reflexão acerca dos tratamentos ou terapêuticas a serem empregados¹⁵; e esclarecido, pois pressupõe (e é em verdade requisito do consentimento) que o paciente tenha efetivamente compreendido as circunstâncias nas quais está tomando determinada decisão e quais são as consequências dessa manifestação autônoma de vontade.

Assim sendo, afirma-se que “o princípio do consentimento esclarecido nada mais representa do que receber, no campo da saúde, os princípios informadores da autonomia privada conforme as regras consolidadas pelo direito” (SZTAJN, 2002, p. 32)¹⁶.

O consentimento informado representa, pois, expressão, no campo biomédico, da autonomia da vontade privada do sujeito, sua capacidade de autodeterminação, e deve ser sempre observado e respeitado, como requisito também para a observância e realização do princípio da dignidade humana.

Finalizando, assim, a rápida (porém necessária) abordagem sobre o consentimento informado, cumpre agora invocar o substrato legal a embasar a

¹⁴ Não basta que a pessoa tenha informação e seja competente. É necessário que não esteja sofrendo qualquer tipo de coerção e, nesse particular aspecto, pode-se considerar que a informação insuficiente é uma forma de coagir o paciente (LUNA; SALES, 2000, p. 47).

¹⁵ Tal circunstância impõe ao médico, então, o dever de veracidade, ou seja, não mentir na comunicação a ser feita ao paciente e vincula-o ao à regra de preferência, mediante a qual o paciente escolhe o que efetivamente deseja e gostaria de saber (SZTAJN, 2002, p. 34). Assim, deve o médico, no mínimo, informar o paciente sobre “1) diagnóstico; 2) natureza e propósito do tratamento proposto; 3) riscos e consequências conhecidos do tratamento proposto, excluídos, por óbvio, aqueles remotos e improváveis, mas incluindo probabilidade de sucesso, ou não, das medidas propostas; 4) benefícios esperados e a possibilidade de serem atingidos; 5) existência de tratamentos alternativos, efeitos e prováveis resultados curativos; 6) prognóstico para falta de tratamento; 7) custos, entre eles, dor, sofrimento, incômodos de qualquer natureza e prazo de duração; 8) impactos na qualidade de vida e custos econômicos-financeiros, inclusive os de pós-tratamento” (GARRET; BAILLIE; GARRET *apud* SZTAJN, 2002, p. 33).

¹⁶ Admite-se, entretanto, baseado no chamado privilégio terapêutico, a supressão de informações quando estas constituírem, por si só, uma ameaça ao bem estar do paciente ou um dano à sua saúde devido ao estado em que já se encontra, o que somente exige mais cuidados e atenção por parte do médico na transmissão de informações a determinados pacientes acometidos de moléstias de extrema gravidade. Além dessas situações, admite-se também intervenção médica sem o prévio consentimento do paciente quando houver situação de iminente perigo de vida e não houver tempo para a obter a autorização (ou o paciente não possa manifestar sua vontade) e esta já não houver sido anteriormente manifestada (por meio de um testamento vital, por exemplo, ocasião em que se poderá recorrer aos familiares ou mesmo eventualmente ao judiciário a fim de suprir a autorização para tratamento) e quando houver renúncia por parte do paciente em receber informações, quando então deverá o profissional questionar um parente próximo indicado pelo enfermo (DINIZ, 2008, p. 640-641).

autonomia do paciente enquanto permissiva da confecção do testamento vital.

Não há no Brasil, como há nos Estados Unidos, ou mesmo em países da Europa (Espanha, por exemplo), norma a regulamentar a possibilidade de confecção do documento. O que se deve fazer é conjugar a interpretação das diversas normas positivadas, e daí extrair-se a possibilidade ou não da adoção do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro.

A Constituição da República, no art. 5º, IV, VI e VIII assegura o denominado princípio da autodeterminação moral, garantidor da liberdade dos indivíduos para pensar e orientar sua conduta da forma que lhes pareça apropriada, baseada em qualquer que seja a crença ou a convicção. A Declaração Universal dos Direitos do Homem, de igual modo, assegura a liberdade de pensamento, consciência, religião, opinião e expressão (ONU, 1948).

A despeito da ausência de expressa previsão constitucional garantidora do direito de se comportar consoante as convicções pessoais de cada um, seria contraditório que o Estado assegurasse a liberdade de crença e tolhesse, posteriormente, o direito de pautarem-se os indivíduos segundo suas crenças e convicções. Portanto, as convicções de cada indivíduo devem ser levadas em consideração quando da análise da possibilidade do indivíduo escolher entre a vida em condições que não considera plausíveis e a morte, serena a apaziguar sua dor, tendo em vista o que lhe é constitucionalmente garantido.

Além disso, o Código Civil dispõe em seu art. 15 que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”. Tal dispositivo traduz clara expressão da autonomia do paciente frente aos tratamentos a serem ministrados. O profissional da saúde deve respeitar sempre a vontade do paciente, como consequência da efetiva observância do consentimento informado. A não submissão à tratamento contrário à sua vontade apresenta-se como direito básico do paciente, bem como é reconhecido o direito de não aceitar continuidade terapêutica, o que significa poder o paciente exigir a suspensão dos tratamentos que lhe estejam sendo empregados (DINIZ, 2002, p. 31).

O Conselho da Justiça Federal propôs alteração no citado dispositivo legal com vistas a substituir a expressão “com risco de vida”, de modo a evitar o absurdo entendimento de que, sem risco de vida, poderia ser uma pessoa submetida à tratamento médico, o que se mostra, por óbvio, insustentável. Outrossim, recusar tratamento médico por qualquer motivo ou ainda sem motivo é uma das mais elevadas

manifestações da liberdade pessoal e deveria ser resguardado sem qualquer condicionamento¹⁷.

A Constituição Federal em seu artigo 5º também consagra o princípio da liberdade, quando estabelece que ninguém poderá ser obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei (inciso II) e que ninguém poderá ser submetido à tortura ou a tratamento degradante (inciso III). Esses incisos, enquanto garantidores da liberdade do indivíduo, permitem que o paciente faça uso da autonomia para decidir acerca da continuação de seu tratamento, posto que não há lei que imponha, como demonstrado alhures, o dever de continuar vivo.

Outro passo de grande importância no respeito à autonomia do paciente foi a elaboração, em 1988, do Código de Ética Médica, revogado e substituído pela Resolução CFM nº. 1931/2010, publicada no Diário Oficial da União em 24 de setembro de 2009 e em vigor desde abril de 2010.

Se antes, toda e qualquer decisão relativa à tratamentos a serem empregados eram tomadas exclusivamente pelos médicos, hoje as decisões médicas devem ser precedidas de prévia consulta aos pacientes, de modo que a vontade desses esteja no centro das decisões, as quais devem ser tomadas em conjunto, entre a equipe médica e aquele.

O novo Código de Ética Médica prevê, no Capítulo II, inciso VI, o dever do médico em respeitar sempre o ser humano e atuar em benefício deste, sem que se utilize de seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para acobertar tentativa contra sua integridade e dignidade (BRASIL, 2009a)

Além disso, o art. 22 prevê expressamente a necessidade de obtenção do consentimento prévio do paciente após o devido esclarecimento acerca do procedimento a ser realizado, e o art. 24 proíbe o profissional de deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre questões relativas à sua pessoa e bem-estar, assim como exercer autoridade para limitá-lo. Veda ainda, por meio do art. 31, qualquer desrespeito ao direito do paciente, ou de seu representante legal, de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas ou a omissão de informações sobre o diagnóstico, os riscos e objetivos do tratamento (art. 34) (BRASIL,

¹⁷ “Trata-se de esfera jurídica do sujeito, da sua liberdade, do gozo e exercício de direitos subjetivos, que no caso de terapêuticas aparece como exercício de poder. Escolher o que se considera melhor para si é uma das manifestações do reconhecimento da autonomia individual” (SZTAJN, 2002, p. 37).

2009a), o que demonstra, ao menos no campo deontológico (já que o referido código não tem força jurídica, apresentando-se apenas como norma de conduta a ser observada por determinada classe) que o respeito à autonomia do paciente é amplo e lhe garante a possibilidade, inclusive, de recusar tratamentos.

O respeito à capacidade de autodeterminação e consentimento do paciente leva à seguinte conclusão:

Pode-se entender que a autodeterminação venha a impedir que terceiros imponham a alguém a obrigação de viver e que, portanto, exista direito à morte voluntária. Autodeterminação liga-se à capacidade e a consentimento informado com o que se passa ao plano da autonomia individual, um dos pilares da bioética atual. Aceitando que pacientes possam recusar terapêuticas, especialmente as extraordinárias e não curativas, fica mais simples aceitar-se que tenham direito à morrer, escolhendo morrer com dignidade, com menos sofrimento, morrer melhor, ou morrer a boa morte .

[...]

O Respeito à autonomia do paciente é princípio fundamental encontra amparo no Código de Ética Médica (SZTAJN, 1999, p. 151; 153).

O Estado de São Paulo, por meio da Lei nº. 10.241/1999, reconhecendo a autonomia do paciente, concede-lhe a possibilidade, no artigo 2º, incisos XXIII e XXI, de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar inutilmente a vida, permitindo-lhe, ainda, escolher o local de sua morte, ou seja, se prefere continuar sob os cuidados médicos ou recolher-se ao aconchego dos seus familiares para viver sua morte.

Tal legislação, mais do que nunca, vem amparar a possibilidade de o paciente poder dispor antecipadamente acerca dos tratamentos que gostaria ou não que fossem empregados na sua terapêutica.

Recentemente, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução de nº. 1.805/2006, a qual, no seu primeiro artigo, permitia a suspensão de procedimentos e tratamentos responsáveis apenas pelo prolongamento da vida de um doente em fase terminal, sempre em consonância com a vontade do paciente (BRASIL, 2006).

A referida resolução, ao permitir ao médico praticar a ortotanásia, ou seja, a suspensão, mediante consentimento, de meios de prolongamento inútil da vida, marca um avanço de mentalidade e abre caminho para o respeito à autonomia do paciente e sua dignidade na hora da morte. Inicialmente suspensa por força de decisão liminar nos autos de Ação Civil Pública nº. 2007.34.00.014809-3, movida pelo Ministério Público Federal perante a 14ª Vara Federal do Distrito Federal, a resolução voltou a vigorar

quando da prolação da sentença que julgou improcedente o pedido ministerial, em 06/12/2010¹⁸.

A esse respeito, encontra-se em tramitação na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei nº. 6715/2009 proveniente do Senado Federal (onde apresentava o nº. 116/2000), o qual pretende, alterando o Código Penal, excluir a antijuridicidade da prática da ortotanásia, tendo recebido parecer favorável na Comissão de Seguridade Social e Família de autoria do deputado José Linhares, que ofereceu, entretanto, projeto substitutivo, aprovado por unanimidade. Esse projeto de lei encontra-se, atualmente, aguardando a realização de audiência pública na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania para debate acerca das questões tratadas¹⁹. No Senado Federal, por sua vez, tramita o Projeto de Lei nº. 524/2009, o qual refere-se à idêntico assunto e encontra-se aguardando a designação do relator na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania²⁰.

Observa-se, da análise de tais propostas legislativas, que caminha a legislação brasileira para ao menos refutar a obstinação terapêutica, de modo a possibilitar a escolha pelo paciente, valorizando, assim, sua vontade e respeitando sua dignidade. O projeto substitutivo, apresentado pelo relator do Projeto de Lei nº. 6.715/2009 (louvável a inicitavia, diga-se de passagem), todavia, ficou aquém de suas possibilidades.

Isso porque o art. 4º da proposta permitiu a suspensão ou limitação de tratamentos mediante a solicitação do paciente e, no §1º do citado artigo estabeleceu que, caso o enfermo não possa mais expressar sua vontade e tenha se pronunciado anteriormente de forma contrária à limitação ou suspensão de tratamentos, essa vontade deverá ser respeitada. Mas nesse ponto questiona-se: e se a manifestação anterior do paciente (que agora não mais pode expressar sua vontade) foi a de suspenderem-se os tratamentos, essa vontade deverá ser igualmente respeitada? O referido projeto não diz. Assim também ocorre com o art. 6º do Projeto de Lei nº. 524/2009, do Senado Federal. Entretanto, no art. 6º, I, o PL 6.715/2009 estabelece a necessidade de registro, no prontuário médico do paciente, da solicitação escrita para limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos considerados desproporcionais ou extraordinários, sempre

¹⁸ Consoante informação obtida junto o endereço eletrônico do Poder Judiciário Federal do Distrito Federal: <<http://portal.trf1.jus.br/sjdf/>>.

¹⁹ As informações referentes ao andamento do projeto de lei mencionado foram obtidas no endereço eletrônico da Câmara Federal, disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=465323&ord=1>>. Acesso em 13 mar 2013.

²⁰ As informações referentes ao andamento do projeto de lei mencionado foram obtidas no endereço eletrônico da Senado Federal, disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=94323>. Acesso em: 13 mar 2013.

fundamentada, devendo ser preenchida e assinada pelo paciente, por sua família ou pelo representante legal.

A dicção do art. 6º, I, parece admitir, portanto, a confecção do testamento vital.

Mas, como dito, o projeto está aquém das necessidades, pois, trata-se de oportunidade ímpar para que o Brasil aperfeiçoe sua legislação em relação ao exercício da autonomia do paciente em questões de terminalidade de vida. Poder-se-ia (e espera-se que a discussão em plenário levante a possibilidade) ter regulamentado em minúcias o instituto do testamento vital, a exemplo de tantos outros países, o que, mais uma vez, devido à falta de engajamento do legislador e sua deficiência técnica, ao invés de solucionar a questão de forma completa e satisfatória, costura os déficits legislativos por meio da edição de leis que já nascem, vezes tantas, desatualizadas.

Extraí-se, pois, da análise posta, que a sociedade brasileira direciona-se no sentido de reconhecer a autonomia do indivíduo, dando-lhe liberdade para tomar decisões a respeito da sua própria vida, sem ingerência de terceiros, sejam particulares ou o Estado. Afirma-se, por conseguinte, que o princípio da autonomia impõe a permissão aos sujeitos racionais de viverem “su propia vida de acuerdo con su propia decisión autónoma, libre de coerción o interferencia. Si un sujeto racional tomar la decisión autónoma de morir, entonces el respecto por la autonomía nos llevará a ayudarle a poner en práctica su decisión” (SINGER *apud* RAMOS, 2003, p. 84-85).

Reconhecer ao indivíduo, então, o poder de tomar decisões acerca da sua própria existência, admitindo e valorizando sua autonomia, implica conceder-lhe a faculdade de dispor de bens jurídicos relacionados com essa mesma existência. Do contrário, não se poderá permitir, como aparentemente caminha a legislação, para tolerar a retirada de aparelhos do paciente terminal, quando essa retirada culmine com sua morte.

4 PORQUE INÍCIO, MEIO E FIM HÃO DE SER, SEMPRE, DIGNOS!

No início apregooou-se que, ao lado da autonomia privada, o respeito à dignidade da pessoa humana constituiria fundamento para a adoção do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro. Desse modo, cumpre ressaltar alguns apontamentos acerca do próprio conceito de dignidade humana e demonstrar efetivamente sua relação com situações de terminalidade de vida, como justificador da admissão (em perspectiva mais ampla do que a simples adoção do testamento vital) da existência de um suposto

direito de morrer que encontre respaldo constitucional.

Pequeno não é o esforço doutrinário na construção de um significado objetivo, de conteúdo concreto, acerca do conceito de dignidade humana. Os escritos vão buscar fundamentos históricos de evolução da noção de dignidade, lançando mão dos diversos conceitos já fincados nos campos da teologia e filosofia, dada a abstração.

A evolução histórica trilhou caminhos semelhantes àqueles mesmos seguidos pela noção de autonomia, da evolução da tutela dos direitos da personalidade, mas, sobretudo, guardam íntima relação com a afirmação e reconhecimento, no âmbito internacional e posteriormente interno de cada país, dos direitos humanos²¹.

Diz-se haver uma “polifonia teológica e filosófica em busca de uma harmonia” acerca do conceito da dignidade humana, sendo que, quanto a uma tipologia teológica, a contribuição é uníssona (MAURER, 2005, p. 65).

A noção teológica de dignidade pauta-se na noção de um Deus criador de tudo que existe, anterior e superior ao homem e ao mundo, criador também do homem, à sua imagem e semelhança, para ser “o centro da criação e, como ser amado por Deus, foi salvo da sua natureza originária através da noção de liberdade de escolha, o que o torna capaz de tomar decisões contra o seu desejo natural” (MORAES, 2003, p. 111). É o homem, então, criação divina e de valor maior que os bens do mundo, portador de uma dignidade²².

Partindo da noção teológica para a concepção filosófica, diferentes (e por vezes contraditórias) posições podem ser constatadas. Observa-se, basicamente, três correntes de pensamento: os que pensam ser a dignidade um absoluto inalienável, um *a priori* fundamental e transcendental (fazendo com que o ser humano seja uma pessoa humana, racional, livre, autônoma), na qual se enquadram pensadores como Cícero, Pascal, Kant; os que acreditam na dignidade da pessoa humana como algo que se desenvolve, fortalece e está por vir, resultando de condições externas, como do Estado (no entender, por exemplo de Hegel e Marx), sendo que, nessa concepção se enquadram ainda os que

²¹ Para uma análise histórica do reconhecimento dos direitos humanos recomenda-se a leitura de Comparato (2004), que, de igual modo, retrata a ligação ao reconhecimento da dignidade humana.

²² Com Giovanni Pico Della Mirandola (2008) a noção de dignidade fundada na imagem divina fica evidente, muito embora o autor já demonstre uma tendência de assentar a raiz da dignidade da natureza racional do ser humano. Afirma o autor que quando Deus criou o mundo, e percebeu que tudo tinha sido criado, resolveu então criar o homem, “alguém capaz de compreender a razão de uma obra tão grande, que amasse a beleza e admirasse a sua grandeza”. E, visando concretizar sua pretensão, Deus percebeu a ausência de arquétipo, de forma suficiente para modelar o novo filho, bem como de tesouros dignos e suficientes para sua nova criação e lugar para alocar esse ser destinado a contemplar toda a divina criação, a obra universal de Deus (DELLA MIRANDOLA, 2008, p. 55)

acreditam que dignidade resida na capacidade de amar ou os outros que defendem a idéia de que ao longo do seu desenvolvimento o ser humano passa para o estágio de pessoa dotada de dignidade quando sua vontade é autônoma (assim entende Engelhart) (MAURER, 2005, p. 69).

O referencial filosófico que mais parece ter influenciado na edificação do conceito de dignidade da pessoa humana foi Kant, com sua doutrina moral baseada nos imperativos categóricos. O filósofo considera o homem como portador de uma dignidade intrínseca, pelo que jamais poderia ser tratado como meio para a consecução de qualquer fim, mas apenas e tão-somente fim em si mesmo, sujeitando-se, toda regra emanada da vontade humana, ao limite imposto pelo respeito à dignidade²³.

Saltando da filosofia para o mundo jurídico, na busca da concepção normativa da dignidade humana, observam-se dificuldades muitas, dado o caráter transcendental do conceito. O legislador limitou-se a positivizar o princípio, sem, entretanto, delimitar seu âmbito de aplicação ou a abrangência de seu conteúdo.

Afirma-se existirem, hoje, duas visões do princípio da dignidade da pessoa humana, uma denominada insular, que predomina, e outra chamada de relativa à nova ética (AZEVEDO, 2002, p. 12-13)²⁴. A concepção predominante é fundada no homem como razão e vontade, segundo uns, e como autoconsciência, segundo outros, culminando num entendimento de que a dignidade da pessoa humana seria a autonomia individual, a qualidade de vida (AZEVEDO, 2002, p. 14).

Em razão das dificuldades de fixar-se o conteúdo normativo-positivo do princípio da dignidade da pessoa humana, menciona-se sua apreensão tendo em vista diferentes dimensões.

Pode-se pensar, inicialmente, na dimensão ontológica da dignidade humana, a

²³ “[...] O homem, e, duma maneira geral, todo o ser racional, existe como fim em si mesmo, não só como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade. Pelo contrário, em todas as suas ações, tanto nas que se dirigem a ele mesmo como nas que se dirigem a outros seres racionais, ele tem sempre de ser considerado simultaneamente como fim em si mesmo [...]. Os seres cuja existência depende, não em verdade da nossa vontade, mas da natureza, tem, contudo, se são seres irracionais, apenas um valor relativo como meios e por isso se chamam coisas, ao passo que os seres racionais se chamam pessoas, porque a sua natureza os distingue já como fins em si mesmo, quer dizer, como algo que não pode ser empregado como simples meio e que, por conseguinte limita nessa medida todo o atributo (é um objeto de respeito)” (KANT, 1984, p. 135).

²⁴ Apesar de reconhecer a prevalência da concepção insular do conceito de dignidade humana, o autor filia-se à corrente doutrinária defensora da dignidade relativa à chamada nova ética. Segundo esse entendimento, a vida consubstancia o valor de tudo que existe na natureza e esse valor existe por si só, independente do homem, e, portanto, o pressuposto jurídico da dignidade é a intangibilidade da vida humana. Segundo essa concepção, então, o preceito a intangibilidade da vida humana é absoluto e não admite qualquer exceção, não sendo sequer possível cogitar a adoção da eutanásia, e, devido à identidade dos propósitos último, da adoção do testamento vital, muito embora o autor não faça referência a esse instituto em seu texto (AZEVEDO, 2002, p. 19-20).

qual trata a dignidade – a exemplo de parte do pensamento filosófico anteriormente descrito – como “qualidade intrínseca da pessoa humana”, atribuindo-lhe a característica de “irrenunciável e inalienável, constituindo elemento que qualifica o ser humano como tal e dele não pode ser destacado, de tal sorte que não se pode cogitar na possibilidade de determinada pessoa ser titular de uma pretensão a que lhe seja concedida a dignidade” (SARLET, 2008, p. 19)²⁵.

Representa, assim, o mínimo existencial de respeito ao ser humano, de modo a limitar a atuação do Estado e dos demais indivíduos, pois tudo o que atinge o ser humano em sua esfera mais fundamental como a vida, a honra, a integridade física, liberdade, igualdade há de ser taxado de inconstitucional pois afrontará a dignidade do ser humano.

A par dessa dimensão, sem refutá-la ou desconstruí-la, mas complementando-a, encontra-se também a “dimensão comunicativa e relacional da dignidade da pessoa humana”, que considera o homem em sua relação com os demais membros da comunidade, portadores de igual dignidade que impõe limites à dignidade individualmente considerada. Essa dimensão impõe o reconhecimento de um dever geral de respeito à igual dignidade de todas as pessoas, reconhecidas enquanto seres únicos mas intersubjetivamente relacionados (SARLET, 2008, p. 23-27).

Além da perspectiva relacional ou intersubjetiva da dignidade, a continuidade da análise acerca das diversas perspectivas em que o princípio pode ser entendido impõe o reconhecimento de uma chamada dimensão histórico-cultural, que “reclama uma constante concretização e delimitação pela práxis constitucional, tarefa cometida a todos os órgãos estatais” (SARLET, 2008, p. 27). Nesse sentido, a dignidade resulta não somente de uma visão ontológica ou relacional, mas apresenta-se como resultado do trabalho de muitas gerações da humanidade. Afirma-se historicamente ao longo do processo evolutivo dos mais variados povos. E, partindo dessa noção histórica, que compele à consideração da dignidade sempre no caso concreto, vislumbra-se já estreita ligação com uma dimensão prestacional da dignidade humana.

Assim, sustenta-se, ainda, a dimensão dúplice da dignidade, a qual se apresenta

²⁵ “A dignidade da pessoa humana em si seria ‘no contexto das antropologias que surgem a partir de então, um equivalente da diferença específica entre o homem e os outros serem vivos. Dessa característica essencial do homem deduz-se então o dever ético de corresponder a essa características nas ações concretas ou estabelecer estratégias para evitar a depravação na natureza essencial do homem’. Ela é compreendida, assim, num sentido estático – a diferença entre o homem e o restante do universo – e ao mesmo tempo dinâmico – uma vez posta, intangível, ela exige uma ação, um agir. Essas são as duas faces da mesma realidade” (MAURER, 2005, p. 74).

relacionada com a noção de autonomia mas exige também a proteção e o respeito por parte da comunidade e do Estado. A dignidade exige assim, atitudes positivas e negativas para sua completa realização, sendo que essa construção baseia-se na doutrina de Dworkin (2003), que afirma ter a dignidade uma “voz ativa e passiva”. É, portanto, fundamento a limite dos poderes estatais²⁶.

Entretanto, não se poderia deixar de adotar um conceito objetivo, pelo que em sua construção deve-se levar em conta quatro outros princípios jurídicos básicos, quais sejam, a igualdade (no sentido de vedarem-se as discriminações contra a pessoa); a liberdade (cortada pela noção de autonomia ética, autodeterminação); integridade física e moral e solidariedade (MORAES, 2003, p. 105 ss), de modo que, assim, a dignidade da pessoa humana pode ser concebida como

[...] 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, em 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 desenvolver a sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos (SARLET, 2008, p. 37-38).

A despeito do conceito lançado, é extrema a dificuldade de definir efetivamente a abrangência do princípio e, em geral, apesar de não saber-se efetivamente o que representa o substrato material e principal da dignidade da pessoa humana, não se tem dificuldades em apontar para as situações em que essa dignidade é violada ou ameaçada. Diante disso, relega-se sua efetivação ao caso concreto, não desconsiderando toda a exposição e construção jurídico-filosófica em torno do conceito e substrato do princípio, mas naquilo que tange à efetivação e garantia do respeito.

Remeter a análise ao caso concreto implica também perceber que, a cada diferente circunstância, a dignidade manifesta-se de forma diversa, sempre calcada nos ideais de liberdade, igualdade, integridade e solidariedade. A cada momento, prepondera no caso concreto uma das dimensões da dignidade que, observada, permite a

²⁶ “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 a dignidade gerar direitos fundamentais [negativos] contra atos que violem ou a exponham a graves ameaças. Como tarefa, da 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, 2008, p. 33).

realização da dignidade como um todo.

Nas situações de terminalidade da vida, que envolvem recusa de tratamento médico e, por consequência também o prolongamento indefinido ou aceleração da morte, nas quais torna-se relevante a existência do testamento vital anteriormente elaborado pelo indivíduo, a percepção e aferição do respeito à dignidade exsurge, sobretudo, da dimensão ontológica, entrelaçada com a liberdade do sujeito²⁷.

Ganha relevo nessas situações a noção bioética de dignidade, associada normalmente à expressão “morrer com dignidade”, que relaciona a qualidade da vida do indivíduo às suas capacidades e condições de vida.

Dignidade vem designar a capacidade de decidir e agir por si mesmo, que denominamos autonomia e autodeterminação, independência, e a qualidade da imagem que se oferece de si mesmo ao outro. [...] Onde a visão clássica da dignidade humana reforça o valor inalienável da pessoa e uma postura de respeito, a linguagem ‘morte com dignidade’ leva a afirmar uma ‘perda da dignidade’ que só uma morte voluntária antecipada poderia evitar (VESPERIEN *apud* PESSINI, 2004, p. 136)

Nesse campo de atuação bioético então, a dignidade passa a representar a visão que cada indivíduo tem de si mesmo e de suas condições de vida, refletindo a liberdade de cada pessoa de julgar quais circunstâncias as afetam e ninguém pode fazer isso em seu lugar.

[...] aqui a dignidade não é o que inspira o respeito ao outro diante da nobreza moral, mas ela se torna o olhar psicológico que cada um lança sobre si mesmo; um paciente pede um fêto de morte porque ele não se acha mais digno diante de seus próprios olhos de continuar uma existência que ele sente como miserável [...]. Este subjetivismo leva a um julgamento sobre si mesmo, neste caso a um julgamento depreciativo: não me considero mais digno de viver, ou doente demais, ou decaído demais física e psicologicamente. O conceito de dignidade que exige respeito incondicional serve portanto para justificar que nos inclinemos diante do desejo subjetivo individual (VALDIER *apud* PESSINI, 2004, p. 136).

Acerca de tal concepção poder-se-ia contrapor o argumento de que, assim considerando a dignidade, estar-se-ia num conceito de dignidade “para si” que culminaria no “totalitarismo do indivíduo sobre ele próprio e sobre os outros”, configurando-se um “abuso de dignidade” (MAURER, 2005, p. 70).

A resposta à tal crítica perfaz-se nas considerações que atentam para a

²⁷ “A concepção de dignidade da pessoa humana que nós temos liga-se à possibilidade de a pessoa conduzir sua vida e realizar sua personalidade conforme sua própria consciência, desde que não sejam afetados direitos de terceiros. Esse poder de autonomia também alcança os momentos finais da vida da pessoa” (BORGES, 2005b).

liberdade como requisito essencial da personalidade do indivíduo, somente justificando-se a criação de normas jurídicas impondo limitações à liberdade se calcadas no respeito às liberdades dos demais indivíduo.

A suposta idéia de proteger o indivíduo contra si mesmo somente encontra fundamento na religião ou moral, em debates permeados pelo preconceito e autoritarismo (BORGES, 2005a, p. 105), devendo-se de todo, afastar a possibilidade de o Estado impor um conceito hermético de dignidade e, por consequência a homogeneidade (BORGES, 2005a, p. 108).

Isso porque o reconhecimento da liberdade como pressuposto da dignidade, a valorização da autonomia e a construção de uma sociedade pluralista, como é a brasileira, não admite uma concepção objetiva de dignidade, por não se considerar a possibilidade de tomar a sociedade como ente autônomo, dotado de consciência e moral próprias, por não se considerar a sociedade como um corpo único, mas como pluralidade de individualidades diversificadas (BORGES, 2005a, p. 137).

As concepções objetivas não podem ser utilizadas desconsiderando-se a noção do próprio indivíduo acerca daquilo que corresponde à sua dignidade, pois o reconhecimento da dessa impõe justamente o respeito à pluralidade, do “direito à diferença”, da impossibilidade de imposição do “monismo moral” dado o relativismo social, cultural e axiológico da sociedade brasileira (BORGES, 2005a, p. 137-142)²⁸.

Diante do exposto, e fundando-se mesmo em uma doutrina de viés kantiano, que coloca o homem como fim e nunca como um meio, protegendo-o sempre contra as violações que afrontem o seu mínimo invulnerável, sendo vedada a sua instrumentalização para a obtenção de qualquer fim que seja, deve-se considerar a noção pessoal acerca de dignidade e vida digna, reconhecendo o direito de decidir sobre as questões atinentes à sua própria existência, ainda que o reconhecimento da autonomia resulte na possibilidade de antecipação do momento da morte.

No contexto do direito de morrer, depara-se frequentemente com situações nas quais o indivíduo é posto em segundo plano, e os tratamentos nele empregados são tidos como fins em si mesmos, e a intenção não é de evitar a morte, mas apenas e tão somente, de prolongar a vida.

Situações como essa, definidas como obstinação terapêutica, ou distanásia, ou

²⁸ “A pretensão do estabelecimento de um monismo moral por meio do direito significa a juridicização da concepção moral de uma maioria o que não corresponde à verdadeira noção de democracia, pois o monismo não respeita as concepções morais das minorias que não alcançaram o poder, negando-as, buscando aniquilá-las” (BORGES, 2005a, p. 142).

seja, quando “se dedica a prolongar o máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte o último e grande inimigo” (PESSINI, 2004, p. 218) quando já não mais se mostra possível a recuperação, grande parte das vezes impingindo sofrimentos inúmeros ao paciente com medidas desproporcionais, afrontam diretamente a dignidade do ser humano enquanto paciente, retirando a chance de viver a sua morte como melhor lhe aprouver.

É possível entender que o ‘acharnement’ subverte o direito à vida e, com certeza, fere o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, assim como o próprio direito à vida. Se a condenação do paciente é certa, se a morte é inevitável, está sendo protegida a vida? Não, o que há é postergação da morte com sofrimento e indignidade [...] Se vida e morte são indissociáveis, e sendo esta última um dos mais elevados momentos da vida, não caberá ao ser humano dispor sobre ela, assim como dispõe sobre a sua vida? (MEIRELLES; TEIXEIRA, 2002, p. 371).

A escolha pela quantidade de vida em detrimento de sua qualidade fere o âmago do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e a submissão a tratamentos contrários à vontade do paciente reflete desrespeito à sua liberdade de escolha, à sua autonomia.

Deve-se primar pela qualidade de vida, que é a noção que inclui respeito à dignidade, condição física adequada, autonomia, bem estar de modo amplo que, repercutindo na relação médico-paciente, afasta o caráter paternalista consoante o atual modelo de autonomia das pessoas, cuja decisão deve ser respeitada pelo médico (RAMOS, 2003, p. 79-80).

Do conflito entre o direito à vida tido como absoluto e inviolável e a autonomia do paciente e o direito de tomar as próprias decisões relativas à sua vida ou morte, enquanto princípios fundamentais que são, deve-se ponderar, e a dignidade humana há de figurar como balança, pois reúne em si todos os direitos fundamentais do homem, tendo-se por constitucional a permissão para que uma pessoa disponha antecipadamente, enquanto plenas suas capacidades mentais, não desejar ser mantida viva em condições as quais considere indignas, sustentada por um sem número de aparelhos.

Não permitir aceitação do testamento vital no ordenamento brasileiro, sob o argumento de que eventual antecipação da morte não pode ser admitida, condenando antecipadamente os indivíduos a serem mantidos vivos a qualquer custo atenta contra

sua dignidade²⁹.

Afirma-se ser, incontestavelmente, o testamento vital um nobre e louvável esforço de humanização e uma tentativa de reapropriação da morte, porque possui como objetivo último a preservação da dignidade humana no fim da vida (BAUDOIN; BLONDEAU, 1993, p. 97-98).

As dificuldades na busca do conceito de dignidade humana não podem, pois, subverter o próprio conceito, permitindo seja utilizado para impedir aos indivíduos, valendo-se da autonomia (verdadeiro pressuposto, enquanto desdobramento da liberdade, para pensar-se em dignidade), possam decidir sobre questões atinentes única e exclusivamente acerca de sua vida privada e seus próprios interesses, não ultrapassando sua esfera jurídica para atingir liberdades, direitos ou interesses de terceiros.

A despeito das diversas dimensões com que a dignidade pode apresentar-se, nesse aspecto, quando se trata da terminalidade da vida, ganha relevo como intrinsecamente ligada à liberdade e autonomia, reconhecendo-se ao paciente a possibilidade de firmar suas convicções no tocante à dignidade de sua própria vida, estabelecendo-se a possibilidade a este, inclusive, de renunciar à uma vida em condições consideradas indignas.

Não se trata de impor um conceito de dignidade ou de exigir que as pessoas tenham a mesma opinião sobre em quais condições a qualidade prevalece sobre a quantidade de vida, mas de conceder liberdade de escolha, livre arbítrio ao ser humano, já que a razão marca sua existência, e a dignidade, afirmada historicamente e construída jurídica e filosoficamente, exige de todos o respeito, e o protege, em suas experiências vivenciais e/ou existenciais mais íntimas, do autoritarismo moral, da ingerência desmesurada do Estado, das imposições religiosas, enfim, permite ao ser afirmar-se livre, pensante, existente, e sobretudo, humano.

Se a vida é processo, a morte não está em outro lugar senão no fim desse desenvolver. Integra a vida e é, talvez, seu momento mais marcante. Não é dado ao homem a eternidade terrena (mas somente a celestial para aqueles que acreditam na vida após a morte). O ser é finito e a finitude como sua marca encerra a necessidade de que

²⁹ “Não é um procedimento racional empregar terapias inúteis. Um doente moribundo e consciente pode recusá-las. Mas cedo ou mais tarde todos devem morrer, isto é um fato da existência humana que deve ser integrado a nosso modo de pensar e em nossa vida. Está plenamente de acordo com a natureza humana o critério de moralidade, não tentar impedir, em vão, o que é inevitável, mas, antes, aceitá-lo” (VARGA, 1998, p. 241).

se preserve a dignidade em todo e cada particular momento da caminhada vivencial. Alguns ousam dizer que não se vive a cada dia, mas se morre aos poucos, já que cada dia vivido é, na verdade, dia mais próximo do fim. Desse modo, a dignidade, afirmada como condição do próprio ser humano, deve ser respeitada também no momento lindeiro.

Permitir ao indivíduo a escolha da própria morte não deveria ser objeto de discussões em cortes judiciais ou parlamento. Deveria ser pressuposto em qualquer sociedade, já que antes da sociedade estão os indivíduos que, se abrem mão de liberdades em prol do bem-estar da comunidade, não podem, em verdade, abrir mão daquilo que todos invariavelmente têm como certeza única, o seu momento de morte. Deve-se permitir a vivência digna do momento de morte, já que para muitos, é somente passagem. Aos que fé na vida eterna não possuem, a morte simplesmente é fim, e o fim, assim como o começo, e não menos tudo o que há entre os extremos, deve ser solidário, humanitário, sem dores ou sofrimento, em suma, digno. O testamento vital objetiva garantir exatamente isso.

CONCLUSÃO

Exsurge agora, ao final e ao cabo das reflexões apresentadas ao longo do presente trabalho, a síntese necessária das ideias expostas (e defendidas) nas linhas anteriores, com a retomada de alguns conceitos de maior importância.

Afirma-se ser o testamento vital um documento com diretrizes antecipadas, que uma pessoa realiza em situação de lucidez mental para que seja levado em conta quando, por causa de uma doença ou incapacidade, já não seja possível expressar sua vontade. Por meio desse documento, a pessoa determina, de forma escrita, que tipo de tratamento ou não tratamento deseja para a ocasião em que se encontrar doente, em estado incurável ou terminal, e incapaz de manifestar sua vontade.

O testamento vital é legitimamente norte americano. Foi proposto em 1967 pela Sociedade Americana para Eutanásia e o primeiro modelo surgiu do trabalho de um advogado de Chicago chamado Luís Kutner, no ano de 1969. Entretanto, foi somente em 1976, no Estado da Califórnia, que este documento teve reconhecido o seu valor legal, com o *Natural Death Act* em vigor a partir 1977 e desde 1991, com o PSDA – *Patient Self-Determination Act* o testamento vital está confirmado como documento jurídico válido, cuja regulamentação agora alcança nível nacional naquele país.

A experiência européia, ao contrário dos Estados Unidos, nasceu de um documento internacional, a Convenção ou Convênio de Oviedo, assinado em 1997, ratificado por diversos países.

Como fundamento do testamento vital apresenta-se a autonomia da vontade privada do indivíduo e o respeito à dignidade da pessoa humana.

Na seara da autonomia privada, passa a ser de maior relevância a extensão do conceito além de preocupações eminentemente patrimoniais, quando se considerada, em verdade, autodeterminação.

Autodeterminação representa a capacidade de regulamentar o indivíduo um campo particular e tão íntimo que não se pode cogitar da interferência estatal a impor limitações, mormente por referir-se somente ao indivíduo e não a terceiros, posto que reconhecido hoje o pluralismo dos estilos de vida. Ainda que o Estado não adote como regra a total liberdade de conduta do indivíduo, reconhecer sua capacidade de autodeterminação impõe, necessariamente, a observância de suas escolhas.

Seja sob a alcunha da autonomia privada, autodeterminação ou autonomia bioética, faz-se imperiosa a observância da vontade do paciente, do indivíduo, da pessoa, quando as questões referirem-se direta e exclusivamente à sua vida.

O substrato para a adoção do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro resulta da autonomia da vontade privada do indivíduo (seu direito à autodeterminação), ou seja: o paciente determina-se pela sua vontade, única e exclusivamente, sem sofrer qualquer coerção externa, de modo que essa sua vontade manifestada passa a ter valor jurídico, vez que a autonomia privada é fonte produtora de normas jurídicas.

De igual modo, tal sustentáculo repousa também na dignidade da pessoa humana, a despeito das diversas dimensões com que a dignidade pode apresentar-se, nesse aspecto, quando se trata da terminalidade da vida, ganha relevo como intrinsecamente ligada à liberdade e autonomia, reconhecendo-se ao paciente a possibilidade de firmar suas convicções no tocante à dignidade de sua própria vida, estabelecendo-se a possibilidade a este, inclusive, de renunciar à uma vida em condições consideradas indignas.

O debate não busca finalizar-se por meio da imposição de um conceito de dignidade ou de exigir que as pessoas tenham a mesma opinião sobre em quais condições a qualidade prevalece sobre a quantidade de vida, mas de defender a liberdade de escolha, o livre arbítrio do ser humano, já que a razão marca sua existência,

e a dignidade, afirmada historicamente e construída jurídica e filosoficamente, exige de todos o respeito, e o protege, em suas experiências vivenciais e/ou existenciais mais íntimas, do autoritarismo moral, da ingerência desmesurada do Estado, das imposições religiosas, enfim, permite ao ser afirmar-se livre, pensante, existente, e sobretudo, humano.

Diante da existência do aludido documento em legislações como a estadunidense e espanhola, defende-se a inclusão do instituto no ordenamento jurídico brasileiro tendo em vista principalmente que a Constituição traz em seu corpo a garantia da autonomia da vontade, da autodeterminação moral, e da dignidade da pessoa humana, princípio basilar do ordenamento, que somente pode ser respeitado em situações de vida e morte se preservado a liberdade individual de escolha de cada indivíduo, pois a vida só é intrinsecamente valiosa enquanto é possível ao indivíduo vivê-la do modo que lhe parece mais e digno e condizente com seus valores.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Francisco. *Direito civil: introdução*. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

ANDRUET, Armando S. Breve exegésis del llamado “testamento vital”. *Derecho y Salud*, Santiago de Compostela, v. 10, n. 2, p. 186-196, jul/dec 2002.

ARIES, Phillippe. *A história da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Trad. Priscila Vianna de Siqueira. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

AZEVEDO, Antonio Junqueira de. Caracterização jurídica da dignidade da pessoa humana. *Revista dos Tribunais*. São Paulo, ano 91, v. 797, p. 11-25, mar/2002.

BAUDOUIN, Jean-Louis; BLONDEAU, Danielle. *Éthique de la mort et droit à la mort*. Paris: Universitaires de France, 1993.

BETANCOR, Juana Tereza. Testamento vital. *Eguzkilore: Cuadernos del Instituto Vasco de Criminologia*, San Sebastian, n. 9, p. 97-112, dec/1995.

BETTI, Emílio. *Teoria geral do negócio jurídico*. Trad. Fernando Miranda. Coimbra: Editora Coimbra, 1969, t. 1.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. *Disponibilidade relativa dos direitos da personalidade e autonomia privada*. São Paulo: Saraiva, 2005a.

_____. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 871, 21 nov. 2005b. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7571>>. Acesso em: 02 ago. 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº. 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades 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 de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Brasília, 9 de novembro de 2006. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm> . Acesso em: 03 ago 2012.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº. 1.931, de 24 de setembro de 2009. Código de Ética Médica. Brasília, 24 de setembro de 2009a. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm>. Acesso em 03 jun 2012.

_____. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei nº. 6.715/2009*. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia. Brasília, 22 de dezembro de 2009b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/728243.pdf>>. Acesso em: 04 jun 2012.

_____. Câmara dos Deputados. Constituição de Seguridade Social e Família. *Parecer do Relator Deputado José Linhares sobre o Projeto de Lei nº. 6015/2009*. Brasília, 07 de maio de 2010. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/765468.pdf>>. Acesso em: 04 jun 2012.

CLEMENTE, Ana Paula Pacheco; PIMENTA, Waldemar J. D.. Uma reflexão bioética do testamento vital: o que você faria se tivesse 7 dias? *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, n. 32, 31 de agosto de 2006 . Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1231>. Acesso em 02 ago 2012.

COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 3.ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

COUNCIL OF EUROPE. *Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: convention on human rights and biomedicine*. Oviedo, 4 de maio de 1997. Disponível em: <<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>>. Acesso em: 25 maio 2012.

DELLA MIRANDOLA, Giovanni Pico. *Discurso sobre a dignidade do homem*. Edição bilíngue. Trad. Maria de Lurdes Sirgado Ganho. Lisboa: Edições 70, 2008.

DIAS, Maria Berenice. Vida e morte: aborto e eutanásia. In: GUERRA, Arthur Magno e Silva (Coord.). *Biodireito e bioética: uma introdução crítica*. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2005, p. 207-211.

DINIZ, Maria Helena. *Código Civil anotado*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

_____. *O estado atual do biodireito*. 5.ed. rev e atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

DWORKIN, Ronald. *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

FERRI, Luigi. *La autonomía privada*. Trad. Luis Sancho Mendizabal. Madrid: Editorial Revista de Derecho Privado, 1969.

KANT, Immanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Os Pensadores. 2. ed. São Paulo: Abril S.A. Cultural, 1984.

LOPES, Cristina Sánchez. *Sobre la reciente aprobación del testamento vital*. Dossier de Prensa. Universidad de Alicante. Alicante, 11 de dezembro de 2002. Disponível em: <<http://www.ua.es/dossierprensa/2002/12/11/19.html>>. Acesso em: 01 ago 2012.

LUNA, Florencia; SALES, Arleen. *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*. 2.ed. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2000.

MAURER, Béatrice. Notas sobre o respeito da dignidade da pessoa humana... ou uma pequena fuga incompleta em torno de um tema central. Trad. Rita Dostal Zanini. In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). *Dimensões da dignidade – ensaios de filosofia do direito e direito constitucional*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003, p. 61-87.

MAZUECOS, Francisco Angora. Voluntades anticipadas vs. Instrucciones previas o testamento vital en atención primaria de salud. *Revista Clínica Médica Familiar*, Albacete, v. 2, n. 5, p. 210-215, oct. 2008.

MEIRELLES, Jussara Maria Leal; TEIXEIRA, Eduardo Didonet. Consentimento livre, dignidade e saúde pública: o paciente hipossuficiente. In: RAMOS, Carmem Lúcia Nogueira et al (Orgs.). *Diálogos sobre direito civil: construindo uma racionalidade contemporânea*. Rio de Janeiro; Renovar, 2002.

MORAES, Maria Celina Bodin. O conceito de dignidade humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). *Constituição, direitos fundamentais e direito privado*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003, p. 105-147.

NAVES, Bruno Torquato; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Da relação jurídica médico-paciente: dignidade da pessoa humana e autonomia privada. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de. (Coord.). *Biodireito*. Belo Horizonte: Del Rey, 2002, p. 101-127.

PENALVA, Luciana Dadalto. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. *Revista Bioética*, v. 17, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.jovensmedicos.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/515/516>. Acesso em: 16 maio 2012.

PESSINI, Leo. *Eutanásia: porque abreviar a vida?* São Paulo: Edições Loyola, 2004.

PRATA, Ana. *A tutela constitucional da autonomia privada*. Lisboa: Livraria Almedina, 1982.

RAMOS, Augusto César. *Eutanásia: aspectos éticos e jurídicos da morte*. Florianópolis: OAB/SC, 2003.

RODRIGUES JUNIOR, Otávio Luiz. Autonomia da vontade, autonomia privada e autodeterminação: notas sobre a evolução de um conceito na modernidade e na pós-modernidade. *Revista de Informação Legislativa*. Brasília, ano 41, n. 163, p. 113-130. jul./set. 2004.

SÁNCHEZ-VENTURA, José Maria Suárez. El consentimiento informado em el llamado “testamento vital”. Sus limites. Alcance del principio “*Lex artis ad hoc*”. VI Congreso iberoamericano de academias de derecho – problemas jurídicos actuales sobre la vida y la muerte. Disponível em: <http://www.acj.org.co/activ_acad.php?mod=vi%20congreso%20suarez%20sanchez>. Acesso em: 17 maio 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. As dimensões da dignidade da pessoa humana: uma compreensão jurídico-constitucional aberta e compatível com os desafios da biotecnologia. In: SARLET, Ingo Wolfgang; LEITE, George Salomão (Orgs.). *Direitos fundamentais e biotecnologia*. São Paulo: Método: 2008, p. 13-44.

SZTAJN, Rachel. *Autonomia privada e direito de morrer: eutanásia e suicídio assistido*. São Paulo: Cultural Paulista, 2002.

_____. Parecer CoBi 1999. Eutanásia e meios extraordinários de prolongamento da vida. In: COHEN, Cláudio; GARCIA, Maria (orgs). *Questões de bioética clínica: pareceres da comissão de bioética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007, p. 147-154.

URIONABARRENETXEA, K. Martinez, Los documentos de voluntades anticipadas. *Anales dos Sistema Sanitari de Navarra*, Pamplona, n. 30, p. 81-102, supl. 3, 2007.

VARGA, Andrew C. *Problemas de bioética*. Trad. Pe. Guido Edgar Wenzel. São Leopoldo: Editora Unisinos, 1998.

VEATCH, Robert. Modelos para una medicina ética en una época revolucionaria. In: LUNA, Florencia; SALES, Arleen. *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*. 2.ed. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2000, p. 56-62.