

A AUTONOMIA PARA ADOLESCENTES EM RELAÇÃO À RECUSA DE TRATAMENTO MÉDICO

THE AUTONOMY FOR TEENAGERS IN RELATION TO REFUSAL OF MEDICAL TREATMENT

Luciana Vasconcelos Lima¹

Joyceane Bezerra de Menezes²

RESUMO

Os princípios constitucionais da Carta de 1988 influenciaram os ramos do Direito de tal maneira que os institutos tradicionais já não podem ser observados sem uma interpretação conforme à Constituição. No âmbito do Direito Civil, é imprescindível ajustar o instituto da capacidade civil aos comandos dos princípios da dignidade da pessoa humana, da liberdade e da igualdade, de sorte a permitir a livre manifestação da pessoa no plano das situações existenciais. Importa dizer que todas as pessoas que gozam de algum discernimento para decidir sobre aspectos intrínsecos a sua existência devem gozar da autonomia correspondente. Sem essa possibilidade não se lhe garantiria o pleno respeito à personalidade. Assim como os indivíduos maiores e capazes, aqueles que estão sujeitos ao regime das incapacidades também são considerados pessoa. Para além da abstrata classificação de sujeito de direitos, estes indivíduos têm personalidade própria e a eles deve ser assegurado o direito à autodeterminação, interface de sua própria autonomia privada. Na medida em que revelarem alguma capacidade de agir, esta deve ser considerada, notadamente para determinação de situações subjetivas existenciais. O presente estudo visa a analisar essa capacidade de agir do adolescente, ancorada no proporcional discernimento, para recusar tratamento médico em situações terminais, quando seu quadro clínico for irreversível, e a possibilidade de consignar sua vontade em diretivas antecipadas. A análise da matéria coteja a doutrina e o ordenamento pátrios, além de verificar dois casos práticos, um nacional e outro estrangeiro. A pesquisa constitui um estudo descritivo analítico, desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica. Nas conclusões, observou-se que, tendo em vista a pluralidade de situações possíveis, não há como admitir uma solução padrão, devendo-se aferir as especificidades de cada caso para decidir por acolher ou não a vontade do adolescente.

Palavras-chave: Incapacidade civil; Discernimento; Situações subjetivas existenciais; Autonomia; Recusa de tratamento médico; Diretivas antecipadas de vontade.

ABSTRACT

Constitutional principles of the Charter of 1988 influenced the fields of law in such a way that traditional institutes can no longer be observed without interpretation according to the Constitution. Under the civil law, it is essential to adjust the institute of civil capacity to command of the principles of human dignity, freedom and equality, so as to allow the free expression of the person in terms of existential situations. It said that all the people who enjoy some insight to decide on aspects intrinsic to its existence must enjoy the corresponding

¹ Luciana Vasconcelos Lima. Mestranda em Direito Constitucional nas Relações Privadas pela Universidade de Fortaleza. Bacharela em Direito pela Universidade Federal do Ceará.

² Joyceane Bezerra de Menezes. Doutora em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco. Mestre em Direito pela Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado e Doutorado – em Direito da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) da disciplina de Direito de Personalidade. Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará da disciplina de Direito de Família.

autonomy. Without this possibility does not guarantee him full respect for personality. As well as capable and legal age people, those who are submitted to an incapacity system are also considered person. Beyond the abstract classification of the subject of rights, these individuals have their own personality and they should be afforded the right to self-determination, interface their own private autonomy. In that shows evidence of any ability to act, this should be considered, especially for determination of subjective existential situations. The present study aims to analyze this ability to act of teenager, anchored in proportional discernment to refuse medical treatment in terminal situations when their clinical condition is irreversible, and the ability to assign their willingness to advance directives. The analysis compares data from the doctrine of matter and the patriotic order, plus check two case studies, one national and the other abroad. The research is a descriptive analytical study, developed through literature. In conclusion, we observed that, considering the plurality of possible situations, there is no standard as to admit a solution, and one should assess the specifics of each case to decide whether or not to accept the will of teenager.

Keywords: Legal incapacity; Discernment; Existential subjective situations; Autonomy; Refusal of medical treatment; Advance directives will.

1 INTRODUÇÃO

Com o advento da Constituição de 1988, os valores nela contidos passaram a guiar todos os campos do Direito. O Direito Civil passou a sofrer influência direta desse processo, havendo que conformar seus institutos à plataforma principiológica constitucional, logrando a denominação específica *direito civil-constitucional*. Dentre as principais conquistas observadas, tem-se a exaltação da pessoa enquanto valor constitucional, remodelando a sua compreensão civilística que se ancorava na ideia de mero sujeito abstrato de direitos. Com isso, as barreiras impostas a certos indivíduos pelo regime das incapacidades restaram atenuadas, especialmente no plano das questões subjetivas existenciais. Assim, os menores e as pessoas com algum sofrimento psíquico passaram a ser compreendidas como sujeitos capazes de manifestar uma vontade jurígena, na medida do seu discernimento.

Não que a interpretação do regime das incapacidades, proposta pelo direito civil-constitucional o tenha alterado significativamente. Mas, a partir da aplicação dos princípios constitucionais, os incapazes são reconhecidos como sujeito de direitos que lhes conferem igual capacidade de gozo e de exercício. A despeito de serem classificados como incapazes, necessitando de representação ou assistência para a realização dos atos da vida civil, devem ter sua individualidade respeitada e a sua vontade considerada.

Com isso, surge a necessidade de rever o instituto da capacidade civil cuja disciplina está comprometida apenas com a proteção da pessoa na esfera negocial. Torna-se necessário adaptar o instituto às questões existenciais. A representação e a assistência, por serem meios de substituição da vontade do agente, encaixam-se mais às situações patrimoniais, como

forma de proteger o patrimônio do incapaz. Já não respondem satisfatoriamente às situações existenciais que envolvem os direitos de personalidade, caracterizados pela intransmissibilidade. Decisões nessa seara, a exemplo daquelas que implicam a recusa de tratamento médico em situações terminais, são personalíssimas.

É nesse contexto que se perscruta pela autonomia da pessoa relativamente incapaz. Haveria capacidade de exercício aliada à capacidade de gozo, no plano das situações existenciais? A análise se concentra, especificamente, na possibilidade de recusa de tratamento médico pelo adolescente acometido de doença grave, em estágio terminal, com pouca ou nenhuma perspectiva de melhora, segundo as técnicas medicas disponíveis. Insiste-se que a presente discussão não se aplica às pessoas saudáveis, mas àqueles pacientes gravemente adoecidos, com diagnóstico médico de pouca ou nenhuma perspectiva de melhora, em estado terminal da doença, e muitas vezes submetidos a tratamentos paliativos que lhes causam intenso sofrimento, sem perspectiva de cura.

O problema é que, em virtude da idade, o adolescente é considerado uma pessoa absoluta ou relativamente incapaz pelo ordenamento pátrio, conforme tenha menos ou mais de dezesseis anos. Presume-se que a idade determina o discernimento necessário à compreensão dos diversos aspectos que envolvem o tráfego negocial. Não obstante, faz-se necessário avaliar a autonomia do adolescente para avaliar e decidir sobre situações existenciais, a exemplo daquelas que envolvam os tratamentos que ele deseja ou não se submeter, se porventura vier a sofrer uma doença grave, incurável e em estágio avançado.

Essas questões devem ser analisadas à luz dos princípios constitucionais que reconhecem os direitos das crianças e dos adolescentes, dos direitos humanos assentados nos documentos internacionais gerais e específicos, bem como no Estatuto da Criança e do Adolescente. Para esse fim, o presente trabalho aborda o atual modelo de capacidade civil e o tratamento da autonomia privada pela doutrina civil-constitucional, de sorte a apresentar um novo modelo de capacidade apto a reconhecer o discernimento concreto da pessoa para a tomada de decisões de caráter existencial, independentemente de critérios pré-fixados como a idade. Em seguida, passa a analisar a autonomia para a recusa ao tratamento médico, enfrentando o tema sob a perspectiva do dever de cuidado e da gradual emancipação do menor, em face do reconhecimento de sua dignidade. Para tanto, considera-se a importância da informação para que o adolescente possa construir e expressar a sua decisão por meio do instrumento próprio.

Por fim, será examinado o aspecto formal dessa manifestação de vontade, avaliando a possibilidade de utilização do testamento em vida ou das diretivas antecipadas de vontade

que, embora não tenham recebido a atenção do legislador foram objeto de regulamentação pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução 1.995 de 2012. Em toda a análise, cotejar-se-á da experiência estrangeira sobre a matéria, em comparação com a solução brasileira. Para efeito de ilustração serão abordados dois casos práticos: um, ocorrido no Brasil e o outro, na Inglaterra.

2 O MODELO DE INCAPACIDADE CIVIL E A NECESSIDADE DE REPRESENTAÇÃO OU ASSISTÊNCIA

Antes de avançar na análise do tema referente à autonomia do adolescente para a recusa de tratamento médico, é fundamental analisar o regime das incapacidades adotado no Brasil. Trata-se de um modelo de incapacidade civil que responde satisfatoriamente às situações patrimoniais, mas não atende com a mesma eficiência às existenciais, porque se pauta fundamentalmente em mecanismos de substituição de vontades.

No tráfego negocial, o representante ou assistente do menor age substituindo a sua vontade sem que haja sensível prejuízo ao exercício dos direitos. Nas decisões pertinentes aos aspectos existenciais que envolvem, por exemplo, o reconhecimento de filho, a disposição sobre o próprio corpo para fins de transplantes, doação de órgãos, a recusa de tratamento, as escolhas são personalíssimas. Permitir a substituição de vontades nessa seara seria equivalente a negar o direito ao respectivo titular.

Observa-se, pois, que a capacidade civil e a personalidade jurídica são institutos autônomos, ainda que estreitamente relacionados. A personalidade é o atributo da pessoa que exsurge com o nascimento, com vida, fato que ocorre quando o feto é separado do ventre materno. O Direito pátrio considera que não há personalidade antes do nascimento com vida, ainda que ponha a salvo os direitos do nascituro desde a sua concepção (PEREIRA, 2009, p. 184-186).

Em linhas gerais, a personalidade jurídica implica a aptidão genérica para adquirir direitos e contrair deveres na ordem civil. A capacidade civil, por seu turno, representa a capacidade de adquirir esses direitos e de exercê-los, por si mesmo, ou por intermédio de outrem, por representação ou assistência. É possível que algumas pessoas possuam os atributos da personalidade, sem possuírem a faculdade do exercício pessoal e direto dos direitos civis, o que lhes remete ao regime das incapacidades.

Sob o intuito de proteger o patrimônio da pessoa incapaz, o ordenamento jurídico permite a interferência de terceiro na autonomia do sujeito, limitando ou excluindo a sua

capacidade de praticar, por si só, os atos civis válidos (PEREIRA, 2009, vol. 1, p. 231). A capacidade de exercício é graduada a depender da intensidade das limitações fáticas do sujeito incapaz. Nos termos dos artigos 3º e 4º, o Código Civil aponta aqueles que são considerados absoluta ou relativamente incapazes para o exercício de alguns direitos ou à forma de seu exercício.

Pelo critério da idade, o legislador fixou que, a partir dos dezesseis anos, o sujeito deixa de ser absolutamente incapaz e passa à condição de relativamente incapaz. De modo semelhante, a *II Convenção sobre o Consentimento para Casamento, Idade Mínima para Casamento e Registro de Casamento*, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas de 1962, seguida pelo Código Civil Brasileiro, de 2002, estabeleceu que a partir dos dezesseis anos, a pessoa alcançaria a idade para casar.

Registre-se também ordenamentos de outros países que também utilizaram o critério da idade para presumir o discernimento. O Código Civil alemão instituiu o limite para a incapacidade absoluta de agir nos sete anos de idade, ainda que se exija o consentimento do responsável para todos os atos praticados por menores entre sete e vinte e um anos. Já o Código francês, não diferencia incapacidade absoluta ou relativa, deixando a cargo do juiz aferir se o menor alcançou ou não o discernimento necessário à prática do ato (PEREIRA, 2009, v. 1, p. 236).

Embora haja ordenamento que deixe a cessação da incapacidade a critério das influências individuais, a exemplo do francês, a legislação pátria fixou uma idade limite para a incapacidade, independentemente das peculiaridades do desenvolvimento biopsicológico da pessoa. Estabeleceu que a incapacidade absoluta cessa aos dezesseis anos, iniciando-se a incapacidade relativa, que vai até os dezoito anos incompletos.

São considerados relativamente incapazes aqueles indivíduos que estão numa condição intermediária, entre a incapacidade e o livre exercício dos direitos, devido a circunstâncias pessoais ou a uma imperfeita coordenação das faculdades psíquicas.

Para os fins do presente estudo, consideram-se que os menores entre dezesseis e dezoito anos são considerados relativamente incapazes pelo legislador brasileiro. Ainda que não tenham autonomia para todo o trânsito da vida civil, já têm discernimento para manifestar uma vontade jurígena em muitos atos jurídicos, notadamente aqueles de caráter existencial. Conquanto tais atos sejam praticados pela própria pessoa menor de idade, exige-se que sejam assistidas pelos respectivos responsáveis, a fim de completar a sua proteção efetiva.

A pessoa entre dezesseis e dezoito anos pode aceitar mandato (BRASIL, 2002, art. 666), funcionar como testemunha em atos jurídicos (BRASIL, 2002, art. 228), elaborar

testamento (BRASIL, 2002, art. 1.860), ajustar contrato de trabalho, ressalvadas as normas de proteção laboral (BRASIL, 1998, art. 7º, XXXIII), manifestar sua concordância em processo de adoção (BRASIL, 1990, art. 45, §2º), casar, mediante autorização dos responsáveis (BRASIL, 2002, art. 1.517), exercer o direito ao voto (BRASIL, 1988, art. 14, §1º, II, “c”).

Observa-se, porém, que o clássico regime das incapacidades foi delineado em virtude das situações subjetivas patrimoniais³, sob o império do individualismo e do patrimônio do incapaz (SÁ, 2012, p. 169), mostrando-se inadequado para a proteção de interesses subjetivos existenciais.

Baseada nessa estrutura fixa de capacidade é que Sá (2012, p. 170) reflete acerca da presunção de incapacidade do indivíduo menor de dezesseis ou dezoito anos, por ser prejudicial ao desenvolvimento de sua personalidade, na medida em que restringe o seu poder de decisão nos assuntos existenciais.

Por meio da representação, o responsável decide pelo incapaz, substituindo-lhe a vontade. Para os relativamente incapazes, cujo discernimento não é nulo, porém reduzido, o ordenamento se utiliza da assistência. Nesta, o indivíduo tem participação ativa na consolidação dos atos civis, mas é assistido por uma pessoa maior, considerada capaz, para que os atos tenham validade.

O presente estudo se propõe a sustentar a importância do poder decisório para a construção da personalidade do adolescente, especialmente quando esse já alcançou o essencial discernimento para a escolha em questão. Ainda que mantenha-se a assistência do responsável, não há como permitir a utilização dos mecanismos de substituição de vontade, quando a decisão implicar aspectos inerentes à personalidade do sujeito.

2.1 O REGIME DAS INCAPACIDADES E AS SITUAÇÕES EXISTENCIAIS

O regime das incapacidades no direito civil brasileiro foi cunhado em um contexto histórico no qual os institutos civis tinham profunda vinculação com os signos da propriedade privada. Explica-se a sua insuficiência para atender às demandas da dignidade da pessoa, em especial, quanto às decisões sobre questões existenciais do indivíduo, ressaltadas no segundo pós-guerra.

³ Segundo Pietro Pelingieri (2007, p. 106), encontram lugar, no ordenamento dito privatístico, tanto situações patrimoniais, entre elas a propriedade, o crédito, a empresa, a iniciativa econômica privada, quanto as situações extrapatrimoniais (os chamados direitos da personalidade), às quais cabe um papel primário.

O Código Civil de 1916 e, em seguida, o de 2002, mantêm a disciplina das incapacidades em fina sintonia com o paradigma patrimonialista. Enfocam o exercício de direitos patrimoniais dos menores de idade, procurando lhes garantir segurança jurídica e privilegiando, com isso, a propriedade privada em detrimento da cláusula geral de tutela da personalidade (MACHADO, 2011, p. 4).

Não obstante, a Constituição Federal de 1988 permitiu uma releitura dos institutos civilísticos em favor da pessoa humana, na medida em que o princípio da dignidade da pessoa humana foi alçado à condição de fundamento da República brasileira e de núcleo comum aos direitos fundamentais.

No tocante às questões relacionadas à intimidade, à privacidade e à vida privada de maneira geral, as decisões competem somente à pessoa afetada, que poderá agir da maneira que julgar melhor para si, desde que informada sobre os efeitos dos seus atos, especialmente, dos impactos em relação a terceiros (TEIXEIRA; PENALVA, 2010, p. 60).

Desponta, portanto, a nova realidade de que a capacidade de agir não se está relacionada ao abstrato e distante sujeito de direito formulado pela civilística clássica, mas à pessoa humana, que é o real e concreto sujeito de necessidades.

A fim de adequar o sistema da incapacidade civil à realidade das situações relacionadas ao *ser*, e não somente daquelas que expressam o *ter*, apresenta-se a teoria realista⁴, que tem em vista a pessoa concreta. Sustenta-se sobre as bases do efetivo discernimento e da situação biopsicológica da pessoa, contrariamente à alternativa abstrata como aplicada pelo Código Civil pátrio (MACHADO, 2011, p. 6-7).

Um modelo mais satisfatório para tratar do problema aqui proposto é o da diversidade de regimes jurídicos, em que se propõe a adoção de dois regimes jurídicos diferenciados: um para as situações subjetivas patrimoniais e outro para as existenciais.

Para resolver questões patrimoniais, seria apropriado o sistema jurídico de capacidade civil do vigente no ordenamento pátrio, que soluciona a falta de discernimento para os atos negociais pela representação ou assistência. Já para as situações existenciais, o regime aplicado seria resultado da atividade interpretativa, fundada nos princípios da dignidade da pessoa humana e seus consectários, adequando a capacidade de exercício à tutela e promoção da pessoa humana (MACHADO, 2011, p. 19).

⁴ A respeito das concepções doutrinárias sobre a capacidade de agir em situações subjetivas, Diego Carvalho Machado cita diversas teorias, havendo tanto os defensores de um regime jurídico único para regular interesses patrimoniais e existenciais, como o caso do ordenamento vigente, quanto os que advogam pela adoção de regimes jurídicos diversos para tutelar os dois tipos de situações (MACHADO, 2011, p. 5-23).

O sistema fechado e regido pela presunção absoluta ou relativa de ausência de discernimento, a depender da faixa etária, seria substituído por um sistema que levasse em consideração as peculiaridades do caso concreto, especialmente para as questões existenciais. Não se trata de abandonar por completo o referencial de presunções, mas de relativizá-lo, possibilitando a análise de peculiaridades, verificáveis casuisticamente.

Em se tratando da recusa de tratamento de saúde, fala-se da possibilidade de considerar a manifestação volitiva do incapaz, conferindo-lhe validade jurídica, quando verificado o discernimento acerca da sua real condição de saúde e das perspectivas ou não de reversibilidade do quadro clínico.

2.2 A AUTONOMIA SOB A PERSPECTIVA CIVIL-CONSTITUCIONAL E O RECONHECIMENTO DA CAPACIDADE DE AGIR DA PESSOA

A dignidade da pessoa humana foi elevada a um dos fundamentos da República pelo artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal e proclamada entre os princípios fundamentais constitucionais. Nesse sentido, determinados grupos considerados vulneráveis passaram a ter precedência e proteção por meio de lei especial (MORAES, p. 84, 2010). É o caso dos indivíduos considerados incapazes.

Nessa medida, institutos de direito privado, regulados em sua grande parte pelo Código Civil de 2002, devem ser analisados “[...] tendo como ponto de origem a Constituição Federal, o que leva ao caminho sem volta do Direito Civil Constitucional” (SILVA, 2006, p.1). Relativamente à autonomia, sua referência constitucional imediata estaria nos princípios da dignidade da pessoa, da igualdade, da liberdade e da solidariedade.

No âmbito das relações privadas, a autonomia se consolidou como expressão da liberdade contratual. Típica das codificações do Século XIX, refletia a ampla possibilidade atribuída ao sujeito para estabelecer relações jurídicas patrimoniais sem interferência do Estado. Coerente com a doutrina liberal-burguesa vigente, a autonomia tinha um acentuado caráter individualista e patrimonialista que, ao longo do tempo, foi sendo combatido.

Após a experiência das guerras mundiais, a tutela jurídica da pessoa assumiu papel central, fazendo-se emergir os direitos de personalidade. Observou-se a necessidade de tratamento especial às situações jurídicas existenciais, em relação às quais a lógica proprietária não se aplicaria, dada a dificuldade de estabelecer um vínculo coerente entre a patrimonialidade e a subjetividade. Ademais, o contrato, que é a expressão da liberdade

patrimonial, não seria suficiente para exaurir todas as expressões da liberdade humana (TEIXEIRA, 2010b, p. 136).

Dessa maneira, a autonomia privada não está relacionada unicamente aos negócios de matiz patrimonial. Corresponde à “manifestação da vontade do sujeito de direitos em relação a todos os atos da vida civil, sejam patrimoniais ou não-patrimoniais” (MORAES, 2010, p.191).

Sendo assim, a autonomia é a capacidade do ser humano de se autodeterminar, regulando situações subjetivas patrimoniais e extrapatrimoniais a ele referentes, de acordo com seus interesses. Contudo, esse poder de auto-regulamentação somente possui juridicidade enquanto for reconhecido pelo ordenamento (MEIRELES, 2009, p. 74). Na explicação de Pietro Perlingieri (2007, p. 17), a autonomia privada deve ser entendida de acordo com o valor que o ordenamento confere à liberdade, não podendo ser considerada de forma absoluta, em abstrato.

Para tanto, é mister a presença do discernimento, sendo este a capacidade de compreensão e análise, provinda de uma característica da condição humana: a racionalidade. Uma vez presente o discernimento, o sujeito será capaz de fazer suas próprias escolhas, demonstrando autodeterminação.

2.3 O GRADUAL RECONHECIMENTO DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O reconhecimento do menor como sujeito dotado de uma capacidade progressiva de autodeterminação tem como fundamentação geral a Declaração dos Direitos das Crianças, de 1959, e a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989. Este último documento é o esteio mais imediato do Estatuto da Criança e do Adolescente, publicado no Brasil, em 1990.

Referidos documentos advieram da necessidade de conferir mais atenção à pessoa do menor, que passou a ser reconhecido como pessoa em desenvolvimento, para o qual a família, a sociedade e o Estado devem buscar assegurar o melhor interesse.

Seguindo o critério etário, o Estatuto considera criança a pessoa até os doze anos incompletos, e adolescente aquela que tem entre doze e dezoito anos de idade. Para ambas as categorias, o ECA destina proteção, destacando o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, na qualidade de pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos garantidos na Constituição e nas leis. Incluiu, entre as facetas do direito à liberdade, o direito à opinião e expressão. Em geral, às crianças se defere o direito de serem

ouvidas, manifestando as suas opiniões que serão observadas no processo educativo. Ao adolescente já se garante eficácia à sua manifestação volitiva, por presumir que nessa fase, o sujeito já alcançou maior discernimento.

Não se trata de conferir uma liberdade desmedida, mesmo porque o intuito da lei, e o dever da família, da sociedade e do Estado (BRASIL, 1988, art. 227) é de proteger as pessoas nessa fase da vida. Por isso, sua autonomia deve ser exercida nos limites da proteção, de maneira responsável e orientada pelo dever de cuidado e informação dos pais.

Os pais devem exercer a sua autoridade parental, promovendo a livre manifestação do adolescente de modo a favorecer o processo de autodeterminação. Ao contrário do pátrio poder, que legitimava a autoridade suprema do pai, o poder familiar se estrutura sob o aspecto funcional de promover o desenvolvimento da personalidade dos filhos. Cabe aos pais, o exercício do poder familiar – ambos assumem o poder-dever de atuar no interesse do filho, criando-os, educando-os e zelando por seus interesses materiais e morais, até que atinjam a capacidade com a maioridade civil.

Embora sujeito a uma vulnerabilidade que demanda especial atenção e cuidado, o menor tem uma premente necessidade de emancipação. Gradualmente, no compasso do seu desenvolvimento biopsíquicosocial, os pais devem reconhecer a capacidade de agir dos seus filhos e respeitar as suas escolhas, a fim de lhes permitir a construção de sua identidade e a consolidação de sua autonomia.

3 O DEVER DE CUIDADO E A AUTONOMIA DO ADOLESCENTE, PACIENTE TERMINAL

Observada a atenção especial que o ordenamento jurídico dedica às crianças e aos adolescentes, conclui-se que há uma prioridade absoluta na exequibilidade dos seus direitos, notadamente àqueles relacionados à consolidação da autonomia, pressuposto do livre desenvolvimento de sua personalidade. Atribuir validade jurídica à vontade manifesta pelo adolescente em relação à recusa de tratamento médico em situações terminais é uma alternativa coerente com esse entendimento, e adequada ao enfrentamento da obstinação terapêutica que mais prejudica do que favorece à dignidade da pessoa.

Identificada por alguns autores como tratamento fútil ou distanásia, a obstinação terapêutica compreende um conjunto de medida tendentes a prolongar ao máximo a vida do

paciente, sem lhe assegurar qualquer perspectiva de cura⁵. Essa definição, contudo, não pode ser considerada de forma absoluta⁶, pois o mesmo conjunto de medidas terapêuticas que se faz necessário e desejável para uma determinada pessoa pode se configurar como excessivo e agressivo para outra (DINIZ, 2007, p. 295).

Uma alternativa hábil a refrear essa prática inócua seria materializada pela recusa de tratamento médico que consiste na negativa de iniciar ou manter um ou alguns tratamentos médicos, em situações extremas e específicas. Essa recusa deve refletir uma escolha racional, pautada no amplo acesso à informação e culmina com a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (BARROSO; MARTEL, 2010, p. 7).

Conquanto não haja lei especial sobre o direito de recusa ao tratamento médico, o Código Civil de 2002 dispõe, no artigo 15, que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de morte, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Letícia Ludwig Möller (2007, p. 62), ponderando acerca do dever de cuidado do médico, afirma que o profissional deve tentar curar quando há real possibilidade de cura e mediante aceitação do paciente. Quando a cura não é mais possível, o dever médico que persiste é o de cuidado e a busca de medidas que amenizem o sofrimento e tragam alívio. O Código de Ética Médica repudia a prática da obstinação terapêutica no item XXII do capítulo destinado aos princípios fundamentais⁷.

O paciente tem voz ativa na condução do tratamento a que será submetido. Já não cabe apenas ao médico dirigir-lhe a sua vontade nesse aspecto. Na relação entre médico e paciente, a busca pelo tratamento adequado deve ser uma construção dialógica, fundada no dever de cuidado atribuído ao primeiro e na autonomia reconhecida ao segundo.

O paternalismo médico, caracterizado por um autoritarismo beneficente, que predominou por muitos séculos, fazendo reinar a quase absoluta autonomia do profissional para decidir sobre a terapia a ser utilizada, se esgarçou. Isso se deve, em parte, à preocupação

⁵ Pessini (2001, *apud* BARROSO; MARTEL, 2010, p. 6) considera que obstinação terapêutica é o “comportamento médico de combater a morte de todas as formas, como se fosse possível curá-la, [...], sem que se tenha em conta os padecimentos e os custos humanos gerados” ao passo que tratamento fútil trata-se do “emprego de técnicas e métodos extraordinários e desproporcionais de tratamento, incapazes de ensejar a melhora ou a cura, mas hábeis a prolongar a vida, ainda que agravando sofrimentos, de forma tal que os benefícios previsíveis são muito inferiores aos danos causados”. Independentemente das possíveis particularidades de cada termo, os dois estão associados

⁶ A respeito da relatividade dos limites da obstinação, em caso relatado por Debora Diniz (2007, p. 300-307), sobre um bebê de oito meses que sofria de doença degenerativa rara e incurável, os pais do bebê, consideraram, entre todas as práticas dolorosas e invasivas, que a ventilação mecânica seria ato de obstinação, motivo pelo qual pediram judicialmente e conseguiram que o filho não fosse submetido à respiração artificial.

⁷ A respeito da obstinação terapêutica, o Código de Ética assim dispõe: “XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.

ética dos próprios profissionais de saúde, acompanhados por estudiosos das diversas áreas do conhecimento, como a filosofia, o direito, a religião, que passaram a conferir maior valor à autonomia do indivíduo (MÖLLER, 2007, p. 45-46).

Embora o Código de Ética Médica brasileiro enfatize a beneficência, traz a disposição acerca da autonomia do enfermo, ao dizer que é vedado ao médico “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009, art. 26). Disso resulta a importância do diálogo entre os atores envolvidos nesse tratamento, especialmente para considerar a pessoa do paciente, ainda que seja menor de idade.

Com o reconhecimento dos direitos da criança e do adolescente, este tem direito a ser ouvido no tocante ao seu tratamento. Uma vez que seja devidamente informado de seu estado e das perspectivas que a ciência lhe oferece, é fundamental que se respeite a autonomia do menor, sempre proporcional ao discernimento efetivamente alcançado. É incompatível com o princípio da dignidade da pessoa humana e o catálogo de direitos fundamentais e de personalidade, desdenhar da vontade do paciente consciente e esclarecido, ainda que seja ele um adolescente.

3.1 A CONSTRUÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Ao paciente é dado conhecer todas as particularidades de sua doença e as implicações do tratamento correspondente, como parte do direito à informação, assegurado constitucionalmente no artigo 5º, inciso XIV. A partir da informação esmerada, terá condições de consentir ou dissentir racionalmente. É assim que se constrói o livre consentimento informado (SÁ, 2012, p. 80). A importância desse consentimento é tamanha que já tem aplicação como fator de restrição da responsabilidade civil do médico (KFOURI NETO, 2013).

O consentimento é previsto pelo Código de Ética Médica, quando dispõe que é vedado ao médico “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após o esclarecer sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009, art. 22).

Cabe registrar o exemplo dos Estados Unidos quanto ao consentimento informado, com o *Patient Self-determination Act*, sobre a autodeterminação do paciente. De acordo com

esse documento, cuja vigência teve início no final do ano de 1991, é reconhecida a autonomia do paciente até mesmo para recusar tratamento.

A investigação da vontade do paciente tem início na sua admissão à unidade de saúde na qual é internado, pela perquirição de suas opções e objeções a tratamentos, caso seu quadro evolua para estado de incapacidade superveniente, o que já é uma manifestação de diretivas antecipadas de vontade (SÁ, 2005, p. 36).

Segundo o *PSDA – Patient Self-Determination Act*, há três modalidades de diretivas, que são o *living will*, o *durable power of attorney for health care* e o *advanced care medical directive*. O primeiro, *living will*, também conhecido como testamento vital, serve para que o paciente se manifeste sobre quais tratamentos não deseja ser submetido se vier a entrar em estado que não consiga expressar sua vontade. Geralmente, refere-se à recusa de intubação e ressuscitação.

Já pelo *durable power of attorney for health care*, ou ‘poder duradouro do representante para os cuidados com a saúde’ o paciente designa um substituto de vontade, um representante para decidir por ele e para realizar as medidas necessárias ao enfermo.

Por fim, *advanced care medical directive*, ou ‘diretiva do centro médico avançado’, são uma forma mista, na qual o paciente tanto determina a quais procedimentos quer ou não se submeter como nomeia representante de vontade, sendo mais comum para quadros de doença terminal (SÁ, 2005, p. 37).

Fundamental para que possa elaborar suas diretivas, seja em qual modalidade for, é o conhecimento do paciente acerca de suas real situação e perspectivas futuras. Não raras vezes, o enfermo não deseja saber a gravidade da doença, o que também deve ser respeitado.

Ao médico caberá falar com o doente apenas o que ele opte por saber, sem, contudo, omitir informação alguma da família ou do representante nomeado. Não havendo manifestação de vontade prévia do enfermo, é de suma importância o diálogo do médico com a família, pois será ela quem irá decidir pelo doente, em caso de quadro de inconsciência.

3.2 A CONSIDERAÇÃO DA VONTADE DO MENOR PARA DECIDIR SOBRE A RECUSA DE TRATAMENTO EM SITUAÇÕES TERMINAIS

Visto o tema sob o prisma do direito civil permeado pelos valores constitucionais, cabe questionar as consequências do protagonismo do menor nas situações subjetivas existenciais a ele relacionadas.

É sabido que o corpo de leis mencionado tem por escopo a proteção do menor, verificando sua vulnerabilidade, mas tendendo a promover o desenvolvimento biopsicológico saudável, contribuindo para sua progressiva emancipação. Defende-se que, quando o menor tiver alguma maturidade, a imposição injustificada por parte dos pais ou profissionais de saúde implica desrespeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento.

Monica Venturini (2001, p. 483), dissertando acerca da capacidade de discernimento dos menores no ordenamento italiano, afirmou que o legislador optou por fixar a maioridade em dezoito anos, entendendo que antes disso não há uma plena compreensão dos atos, em decorrência da limitada experiência. Contudo, reconheceu que o adolescente pode ser considerado capaz de ter um julgamento adequado e efetivamente participar das decisões que lhe dizem respeito.

Pasquale Satanzione (2001, p. 432-433) abordando o conflito entre a posição do menor e a dos pais, destaca a dificuldade para se identificar um critério hábil a justificar a prevalência de uma ou de outra posição. Segundo ele, não há uma solução padrão que possa ser mecanicamente e genericamente aplicada. A matéria requer uma apreciação pautada no senso de equilíbrio. Ora prevalecerá a autodeterminação do menor, em conformidade com os princípios da tutela da dignidade humana e desenvolvimento da pessoa. Nessa situação, requer-se que o interesse do menor tenha seu discernimento objetivamente avaliado. Ora prevalecerá o dever-direito do genitor, quando o interesse reclamado exigir uma restrição à liberdade do menor. Uma e outra situação, entretanto, estão intimamente ligadas à idade do indivíduo.

Não se trata, contudo, de reconhecer uma liberdade desmedida, sem responsabilidade, sobre o próprio corpo, pois, conforme entende Pietro Perlingieri (2007, p. 299), o ato de autonomia praticado em um ordenamento social não pode ser utilizado de outra forma senão para promover um valor positivo. Há adolescentes e, mesmo jovens, que não dispõem de elevado discernimento. Por outro lado, há aqueles que apresentam entendimento suficiente, capaz de demonstrar a vontade contrária ao tratamento médico indicado, mesmo legalmente incapazes (SÁ, 2012, p. 173). Nesses casos, uma vez exauridas as medidas de persuasão, a decisão do adolescente deverá ser acatada.

Nesse sentido, o adolescente, apoiado pelo familiar responsável, depois de ter acesso a todas as informações reais acerca de sua doença, pode manifestar sua vontade sobre intervenções médicas desnecessárias, que não trarão nenhum benefício, mas somente sofrimento aos dias finais de sua vida.

No Brasil, a discussão acerca da recusa de tratamento por menores de idade ainda não foi amplamente difundida. No tocante às decisões acerca de intervenções capazes de ameaçar a integridade psicofísica de menores de idade, como a recusa a tratamento médico, a tendência é que, quando essa recusa chega em vias de comprometer a continuidade da vida, ignore-se a vontade do paciente, ainda que demonstrado o discernimento.

Contudo, vê-se o início de um movimento tendente a considerar a vontade do adolescente que demonstra discernimento, especificamente em relação às decisões acerca da disposição sobre o próprio corpo, quando a recusa do tratamento não compromete a continuidade da vida.

No estado do Ceará, o Conselho Regional de Medicina, em 2005, emitiu parecer tratando do caso de uma adolescente de dezessete anos, portadora de osteossarcoma de fêmur, para a qual foi indicada a amputação do membro inferior esquerdo, tendo em vista o insucesso dos procedimentos próprios indicados para o tratamento. A adolescente se manifestou contrária à retirada do membro, opondo-se à recomendação médica e à vontade dos seus genitores⁸. No caso, ainda não havia risco iminente de vida e se recomendou que todos os meios de persuasão fossem empregados para o convencimento daquela jovem, sob pena de não realização da cirurgia.

Os profissionais pareceristas médicos entenderam que a adolescente tinha autonomia para decidir sobre a aceitação ou não de procedimentos médicos a ela oferecidos, pois, segundo eles, mesmo sendo adolescente, demonstrava a capacidade de escolher, uma vez que gozava de discernimento para entender os fatos. Sustentou o parecer que a adolescente estava no pleno gozo de suas capacidades mentais, contrariando possível alegação de que houvesse metástase cerebral a comprometer seu discernimento.

Referido parecer fundamentou-se no ECA e no artigo 56 do Código de Ética Médica, ao dispor sobre as relações entre o médico e o paciente, segundo o qual é vedado ao médico “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009). Os profissionais da área da saúde fizeram uso do consentimento livre e informado, resgatando o respeito à vontade da pessoa que, apesar de

⁸ Há escassez de julgados nos tribunais pátrios acerca do assunto, notadamente envolvendo crianças e adolescentes. Contudo, verifica-se que situação semelhante foi apreciada pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, porém com um idoso de setenta e nove anos, em pleno gozo de suas faculdades mentais, que recusou a indicação médica de amputação do pé esquerdo que havia necrosado, mesmo havendo risco para sua vida. O Tribunal, considerando tanto o direito à vida, quanto a dignidade da pessoa, decidiu no sentido de que “o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida” (RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça, Ap. 70054988266, Relator: Irineu Mariani, 2013).

civilmente incapaz conforme o clássico modelo de incapacidade, era dotada de discernimento (MENEZES, 2013, p. 120).

No tocante à possibilidade de elaboração de diretivas antecipadas de vontade, não há lei específica sobre o testamento vital ou sobre diretivas antecipadas de vontade, no Brasil. Estas consistem em instrumento de manifestação da vontade presente para situações futuras, relativas aos tratamentos ou procedimentos aos quais o indivíduo deseja ou não se submeter quando estiver em situação de impossibilidade de expressão da vontade.

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução 1.995 de 2012, disciplinou a conduta dos médicos em face da diretiva antecipada de vontade do paciente. Por meio dessa norma, de natureza secundária, a pessoa poderá manifestar a sua vontade sobre o tratamento que deseja ou não receber caso venha a incorrer em estado de saúde que lhe roube, provisória ou permanentemente, a capacidade de fazê-lo.

Aludida resolução definiu as diretivas como “o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012, art. 1º), fazendo-as prevalecer sobre a vontade dos familiares, quando em confronto com esta. Também permitiu a nomeação de representante apto a manifestar vontade pelo doente.

Na falta de diretivas e de representante, bem como de outros familiares, ou havendo dissenso entre estes, o médico deverá recorrer ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, não existindo, recorrer à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina. Medida essa cabível com o objetivo de fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012, art. 2º, §5º).

Entretanto, a Resolução não é clara o suficiente quanto à elaboração de diretivas pelo menor de idade, pois não cuidou expressamente da capacidade do paciente. Por não proibir a aplicação aos pacientes legalmente incapazes, nos termos da civilística tradicional, tampouco restringir aos capazes, defende-se que os menores de idade podem se utilizar de diretivas antecipadas, uma vez verificado necessário discernimento, tendo em vista o gradual reconhecimento de sua autonomia.

Mesmo diante da resolução, persiste a necessidade de regulamentação do assunto, uma vez que as resoluções do Conselho Federal de Medicina têm caráter infralegal. Deve-se atentar para a realidade vivida diariamente por profissionais de saúde e por pacientes, a fim de que não se desconsidere a autonomia dos pacientes.

Outro caso que ilustra o reconhecimento da autonomia do incapaz foi a situação vivida por Hannah Jones⁹, uma garota inglesa de treze anos, portadora de leucemia mielóide aguda, caso raro de câncer. Como consequência do forte tratamento contra a doença, a adolescente desenvolveu sério problema cardíaco, consistente na falência prévia do coração, o que gerou a necessidade de implantação de marca-passo, mas de forma paliativa. O transplante do órgão era a medida fundamental para lhe proporcionar mais alguns anos de vida. Contudo, ela se manifestou contrariamente ao transplante, optando por ficar em casa e ter seus últimos dias de vida ao lado da família.

Essa decisão foi apurada após a avaliação que Hannah fez acerca da cirurgia, pois, embora alcançasse sobrevida por alguns anos, iria tomar medicamento para evitar rejeição do órgão transplantado e ter de, dali a algum tempo, fazer um segundo transplante. Além disso, havia um alto risco de morte durante a cirurgia. A negativa da menina foi respeitada pelos pais, e o hospital ainda cogitou a propositura de uma ação judicial para obrigá-la a se submeter ao tratamento, uma vez que se tratava de pessoa incapaz. Na perspectiva do hospital, a ausência de legislação, autorizando a garota a tomar esse tipo de decisão autonomamente, descredenciaria a sua manifestação de vontade, prevalecendo o dever de cuidado dos pais e da instituição de saúde.

Contudo, após avaliação de assistente social enviada pelo hospital, concluiu-se que Hannah demonstrava satisfatório nível de consciência quanto à decisão tomada, razão pela qual a ação não foi proposta. No presente caso, após perquirição do grau de consciência e certeza da menor quanto à sua escolha, sua vontade foi levada em consideração, respeitando-se-lhe a autonomia naquela matéria essencialmente relacionada ao aspecto existencial.

4 CONCLUSÃO

Diante da complexidade e amplitude do tema, não se pretendeu esgotar todas as possibilidades de abordagem, como a visão filosófica, sociológica, psicológica, política, médica, religiosa e tantas outras facetas envolvidas.

Tampouco se propôs encontrar uma solução definitiva, se é que ela existe, uma vez que se trata de uma das mais difíceis situações existenciais, que são as decisões que acabam envolvendo o fim da vida, mesmo porque o assunto é muito mais rico em questionamentos que propriamente em soluções.

⁹ O caso foi noticiado, em 12 de novembro de 2008, na versão *online* do jornal *The Telegraph* e é também abordado na obra de Maria de Fátima Freire Sá (2012, p. 168-169).

Contudo, após a pesquisa bibliográfica, foi possível verificar, primeiramente, que o atual sistema de incapacidades, formulado sob uma ótica voltada a defender os interesses patrimoniais dos incapazes, é ineficaz para atender à complexidade das situações existenciais.

Às situações existenciais, por estarem diretamente ligadas aos direitos de personalidade, deve-se aplicar um sistema baseado no apoio, quando for aferido o discernimento, no caso concreto, e não na substituição de vontade, decorrente de uma presunção absoluta de falta de discernimento. Sendo assim, deve-se esclarecer e auxiliar o menor e dar relevância à manifestação de vontade na tomada de decisões a ele inerentes, entendendo que essa valorização da vontade esclarecida faz parte do processo de emancipação, com vistas a promover o desenvolvimento do infante.

No tocante à situação específica da autonomia para decidir sobre recusa de tratamento médico, quando o paciente se encontrar em situação de doença terminal - com pouca ou nenhuma perspectiva de cura ou de melhora, além de padecer de intenso sofrimento -, viu-se que deve ser atendida a vontade do paciente. Tal conduta deve ser restrita a situações excepcionais, não devendo ser aplicada quando o paciente for saudável ou tiver perspectiva de cura.

Verificou-se que, no âmbito das diretivas antecipadas de vontade, o ordenamento brasileiro não contém legislação específica, mas apenas a Resolução 1.995 de 2012, do Conselho Federal de Medicina, tratando da possibilidade de consignação da vontade acerca dos procedimentos aos quais o paciente deseja ou não ser submetido quando se encontra em situação de doença terminal.

Ainda que a discussão do tema relacionado ao adolescente não esteja difundida, há doutrinadores que entendem pela possibilidade de atender à vontade do menor que não deseja mais ser submetido a tratamentos fúteis que prolongam a existência da pessoa, mas também o sofrimento.

REFERÊNCIAS

BARBOZA, Heloisa Helena. Vulnerabilidade e cuidado: aspectos jurídicos. In: PEREIRA, Tânia da Silva; OLIVEIRA, Guilherme de (coords.). *Cuidado e vulnerabilidade*. São Paulo: Atlas, 2011, p. 106-118.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. *A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida*. [S.l.: s.n., 20--]. Disponível em: <<http://www.osconstitucionalistas.com.br/a-morte-como-ela-e-dignidade-e-autonomia-individual-no-final-da-vida>>. Acesso em: 05.jul.2014.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995. Publicada no Diário Oficial da União de 31 de agosto de 2012. *Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes*. Disponível em: < <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012.pdf>>. Acesso em: 05.jul.2014.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931. Publicada no Diário Oficial da União de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Retificação publicada no Diário Oficial da União de 13 de outubro de 2009, Seção I, p. 173. *Aprova o Código de Ética Médica*. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf>. Acesso em: 07 jul.2014.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 5.jul.2014.

_____. Decreto 99.710 de 21 de novembro de 1990. *Convenção sobre os direitos da criança*. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm>. Acesso em: 05.jul.2014.

_____. Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002. *Institui o Código Civil*. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm>. Acesso em: 05.jul.2014.

CEARÁ. Conselho Regional de Medicina. *O direito do paciente de recusar tratamento*. Parecer CREMEC n. 5746/05, de 26-12-2005. Relatores: Dalgimar Beserra de Meneses e Urico Gadelha de Oliveira Neto. Disponível em: <<http://www.cremec.com.br/pareceres/2005/par1605.htm>>. 05.jul.2014.

DINIZ, Debora. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças When death is an act of care: refusing life support for children. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1741-1748, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/23.pdf>>. Acesso em: 05.out.2013.

KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade civil do médico*. São Paulo: Thomson Reuters/RT, 2013.

LOLAS, Fernando. *Bioética: o que é, como se faz*. Tradução de Milton Camargo Mota. São Paulo: Loyola, v. 10, 2001.

MACHADO, Diego Carvalho. Capacidade de agir e situações subjetivas existenciais: o exercício de situações existenciais pela pessoa adolescente a partir de um regime jurídico não codificado. *Revista Trimestral de Direito Civil*, Rio de Janeiro, vol. 46, p. 3-51, abr./jun. 2011.

MEIRELES, Rose Melo Vencelau. *Autonomia privada e dignidade humana*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

MENEZES, Joyceane Bezerra de. *A família e o direito de personalidade*. In: _____, Joyceane Bezerra de; Ana Carla Harmatiuk Matos. *Direito das famílias por juristas brasileiras / São Paulo: Saraiva, 2013.*

_____, Joyceane Bezerra de. A família na Constituição Federal de 1988 – uma instituição plural e atenta aos direitos de personalidade. *NEJ*, vol. 3, n. 1, p. 119-130 / jan.-jun. 2008.

MÖLLER, Leticia Ludwig. *Direito à morte com dignidade e autonomia*. Curitiba: Juruá, 2007.

MORAES, Maria Celina Bodin de. *Na medida da pessoa humana: estudos de direito civil constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

PEREIRA, Caio Mario da Silva. *Instituições de direito civil*. vol. 1. Introdução ao Direito Civil. Teoria Geral de Direito Civil. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

PERLINGIERI, Pietro. *Perfis do direito civil*. 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. *Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade*. / Maria de Fátima Freire de Sá e Diogo Luna Moureira. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

_____, Maria de Fátima Freire. *Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido*. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

SILVA, Flávio Murilo Tartuce. Novos princípios do direito de família brasileiro. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, IX, n. 29, maio 2006. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1036>. Acesso em: 05.jul.2014.

STANZIONE, Pasquale. Personalità, capacità e situazioni giuridiche del minore. In: AMBROSINI, M. T.; CORRADO, I.; LOJACONO, V.; ZIINO, D. *Scritti sul minore in memoria di Francesca Laura Morvillo*. Milão: Giuffrè, 2001, p. 423-433.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Autoridade parental. In: _____, Ana Carolina Brochado; RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite (coords.). *Manual de direito das famílias e sucessões*. Belo Horizonte: Del Rey, 2010a, p. 203-224.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; PENALVA, Luciana Dadalto. Terminalidade e autonomia: uma abordagem do testamento vital no direito brasileiro. In: PEREIRA, Tânia da Silva; MENEZES, Rachel Aisengart; BARBOZA, Heloisa Helena (coords.). *Vida, morte e dignidade humana*. Rio de Janeiro: GZ, 2010, p. 57-82.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010b.

VENTURINI, Monica. La capacità di discernimento del minore. In: AMBROSINI, M. T.; CORRADO, I.; LOJACONO, V.; ZIINO, D. *Scritti sul minore in memoria di Francesca Laura Morvillo*. Milão: Giuffrè, 2001, p. 479-483.

VILLELA, João Baptista. *Liberdade e família*. Belo Horizonte: Faculdade de Direito da UFMG, 1980.