

DIRETIVAS ANTECIPADAS DA VONTADE ATRAVÉS DO TESTAMENTO VITAL: OPORTUNIDADE DE HUMANIZAÇÃO DA MORTE

Anna Valéria de Miranda Araújo Cabral Marques*

Ana Cláudia Albuquerque de Almeida**

RESUMO: Este trabalho aborda a utilização das diretivas antecipadas de vontade pelos pacientes crônicos, em face do advento da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.995/2012. Destaca o sopesamento dos princípios e direitos fundamentais constitucionalmente protegidos à vida, personalidade, capacidade jurídica, dignidade da pessoa humana e autonomia da vontade quando confrontados em situações de terminalidade, analisando suas consequências nas searas médica e jurídica.

Palavras-chave: Resolução CFM nº. 1.995/2012. Testamento vital. Direitos fundamentais. Ordenamento jurídico.

1 INTRODUÇÃO

A morte assistida é um dos assuntos mais controvertidos e discutidos nos últimos tempos, envolvendo questões éticas, sociais, médicas e jurídicas. No caso das diretivas antecipadas da vontade, instituída pela Resolução nº 1.995/2012, o doente terminal se encontra em pleno gozo de suas faculdades mentais quando opta por não mais prolongar sua dor. Todavia, essa decisão de vida – ou de morte – envolve uma combinação de preceitos morais, religiosos e terapêuticos. “Não basta uma boa Medicina para garantir a boa morte, é preciso um cuidado respeitoso com as crenças e valores que definem o sentido da vida e da existência para que se garanta a experiência de uma boa morte para a pessoa doente” (DINIZ, 2007, p. 298).

Em países ocidentais, como Alemanha, Áustria, Bélgica, Espanha, Estados Unidos, França, Holanda, Inglaterra, Portugal, Porto Rico, Uruguai e, mais recentemente, no Brasil, já é permitido aos pacientes crônicos rejeitar qualquer tratamento terapêutico que dilate a vida e, por conseguinte, o sofrimento, seja recusando a alimentação (inanição) ou pedindo o não uso de técnicas ressuscitadoras ou o desligamento de aparelhos de respiração artificial (DWORKIN, 2009).

Em se tratando de vida humana, invariavelmente surge o sentido de algo com valor intrínseco e inviolável. Entretanto, não basta apenas viver. É fundamental o como viver, a construção da existência do início até o seu momento derradeiro. E nessa etapa última é que

* Mestre em Direito Público pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Assessora Jurídica da Procuradoria Geral de Justiça do Estado do Maranhão (PGJMA). Professora de Direito de Família e Sucessões da Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB). E-mail: <avaleriamarques@gmail.com>.

** Advogada. E-mail: <ac.alb@ig.com.br>.

se enfatiza “como é importante que a vida termine apropriadamente, que a morte seja um reflexo do modo como desejamos ter vivido” (DWORKIN, 2009, p. 280).

O modo como se morre pode ser avaliado em duas esferas axiológicas distintas: uma que vê a morte sendo igualmente relevante ao restante da vida, e outra que a percebe como parte especial, dela dependendo o grande final da existência. Quem se pauta pela primeira forma quer continuar vivendo a despeito de todos os sofrimentos e dificuldades, seja para finalizar um trabalho, seja para ter uma experiência com a qual sempre sonhou. Quem, entretanto, vê seu lado peculiar, não suportaria um estado de privação de suas faculdades, preferindo a morte a uma vida angustiante, muitas vezes vegetativa e dependente de outrem, circunstâncias pelas quais não gostaria de ser lembrado.

2 AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E O TESTAMENTO VITAL

O homem vive em constante busca pela fonte da juventude, de algo que lhe permita viver mais e melhor, libertando-o da sua condição de mero mortal. No entanto, mesmo com os avanços da medicina, esse desejo ainda está longe de ser concretizado.

Para se viver proveitosamente, deve-se primar pela qualidade dessa existência, pois as enfermidades inexoravelmente surgem com a idade, comprometendo, muitas vezes, o bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual do ser humano. Doença não escolhe sexo, cor, raça ou idade; qualquer um está sujeito a adquirir a qualquer tempo, por exemplo, uma moléstia incurável.

O problema ocorre exatamente quando se vislumbra a possibilidade de prolongar artificialmente a vida do indivíduo, já que, junto com ela, estende-se também a doença. Ou seja, sobrevive-se por mais algum tempo, porém doente, sem qualidade e/ou dignidade. E é aí que reside o ponto nevrálgico quanto à validade da prorrogação de uma vida de dor e sofrimento, ao passo que a morte “nasce” como verdadeiro alívio para o corpo e para a alma, sob a forma da eutanásia, da ortotanásia, da distanásia – conceitos que serão devidamente trabalhados posteriormente – e, mais recentemente, do testamento vital, único que não se configura como crime perante o ordenamento jurídico brasileiro.

Ainda que não seja a nomenclatura mais adequada para tratar das instruções determinadas antecipadamente à situação de terminalidade pelo doente crônico, no Brasil usa-se o termo testamento vital¹ para designar a declaração prévia de vontade do paciente terminal

¹ Luciana Dadalto salienta que o vocábulo testamento vital, que é a tradução literal de *living will*, pode causar certa confusão, levando a pensar que se trata de manifestação de vontade do declarante cujos efeitos são pós-morte, não se coadunando, portanto, com a declaração de vontade do indivíduo consciente sobre os tratamentos aos quais não quer ser submetido caso se encontre em estado de terminalidade da vida e impedido

– a despeito dos efeitos pós-morte, da solenidade e do cunho patrimonialista do testamento – visto que é um negócio jurídico, unilateral, personalíssimo, gratuito e revogável, consistindo em um documento autêntico, elaborado por pessoa em pleno gozo de suas faculdades mentais, com o objetivo de dispor, tão somente, acerca dos tratamentos e não tratamentos a que deseja ser submetida quando diagnosticada com uma doença terminal e não puder manifestar sua vontade de forma consciente e livre.

Nele, “o paciente terminal pode determinar os limites do tratamento que aceita ser submetido, ou seja, pode manifestar sua vontade nas decisões terapêuticas, dividindo a responsabilidade da escolha” (GUSMÃO, s/d). Contudo, essas deliberações devem ser tomadas previamente, de forma plena e consciente, quando o doente ainda não se encontra na fase crítica da moléstia, predominando manifestação volitiva e autônoma sobre a vontade dos parentes e dos médicos.

Registre-se que, assim como o testamento vital, o mandato duradouro é espécie do gênero *diretivas antecipadas*. Ambos são documentos dos quais se valerá o enfermo, quando se encontrar impossibilitado, para se expressar livre e conscientemente, ainda que em caráter transitório. A diferença entre os dois institutos consiste no fato de que no primeiro é o próprio paciente que resolve quando e a qual tratamento irá se submeter ou não, enquanto no segundo é nomeado um procurador que irá determinar acerca das terapêuticas empregadas ou não, ante a incapacidade do doente, agindo segundo o desejo deste (DADALTO, 2010)

Todavia, para que seja válido esse registro deve ser redigido pelo próprio paciente com o auxílio de um médico de confiança e limitar-se à interrupção ou suspensão de tratamentos extraordinários que adiam a vida do indivíduo. Mesmo os tratamentos paliativos que melhoram a qualidade de vida do doente não podem ser rejeitados. Isso feito, recomenda-se lavrar o documento em cartório dando publicidade.

Indubitavelmente, optar pelo testamento vital pode não ser decisão das mais fáceis e requer certa dose de coragem e desprendimento por parte do paciente, levando-o a interpretar uma simples declaração prévia de vontade como a própria morte anunciada.

Ao médico, cujo desafio resume-se em “vencer a doença e não a morte”, cabe explicar de maneira transparente ao doente – informado sobre a impossibilidade de cura e da irreversibilidade do quadro patológico –, quais as chances reais de um tratamento ser bem sucedido, assim como as prováveis consequências que sobrevirão da sua resolução.

de expressar seu desejo. A manifestação de vontade deve ser prévia à situação de terminalidade. Daí o termo declaração prévia de vontade do paciente terminal ser mais apropriada do que testamento vital (DADALTO, 2010).

Uma vez definido, é mister distinguir o testamento vital das demais práticas conhecidas de abreviação da vida, que serão confrontadas e comparadas ao referido instituto no tópico a seguir.

2.1 O TESTAMENTO VITAL, A EUTANÁSIA, A ORTOTANÁSIA, A DISTANÁSIA E O SUICÍDIO ASSISTIDO

Existe, na realidade, uma confusão de conceitos envolvendo os institutos da eutanásia, da ortotanásia, da distanásia, do suicídio assistido e do testamento vital. A antecipação da hora da morte pode acontecer de maneiras diferentes em relação ao ato em si, levando-se em consideração o consentimento do paciente.

Etimologicamente conhecida como boa morte, a *eutanásia* consiste em qualquer ato praticado ou omitido com a intenção de provocar ou precipitar o óbito de um ser humano, objetivando findar seu sofrimento, podendo ser voluntária – a vontade expressa do paciente é atendida –, involuntária – o ato é realizado contra a vontade do doente – e não voluntária – a morte é executada sem que se conheça a vontade do enfermo (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004). Há, ainda, a eutanásia onde, visando o alívio do sofrimento de um paciente terminal, a morte é acelerada como consequência indireta das ações médicas que são executadas.

12

A *ortotanásia* significa a ocorrência da morte no seu tempo devido. Caracteriza-se pela suspensão dos tratamentos terapêuticos inúteis e descabidos de prolongamento da vida (COLTRO; TELLES, 2010), mantendo apenas as medidas ordinárias que mitigam a dor, abreviando a morte.

A *distanásia* ou obstinação terapêutica, por sua vez, seria a morte lenta e sofrida, prolongada artificial e exageradamente pelos médicos, que se concentram mais em seguir o protocolo padrão do que no doente a ele submetido, enquanto no *suicídio assistido* há o auxílio, a facilitação propiciada pelo profissional de saúde para que o paciente venha a falecer por mãos próprias.

Perante o ordenamento jurídico nacional, a eutanásia e o suicídio assistido são considerados homicídio, portanto, penalmente imputáveis, sendo que a única diferença entre esses dois institutos é a prática ou não do ato criador do risco pelo agente.

Com relação à ortotanásia, o parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica² diz que o médico não deve descuidar dos tratamentos paliativos disponíveis em doentes

² Dispõe o parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica que “nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na

incuráveis, mas descartar as terapêuticas inúteis, além de fazer prevalecer sempre a vontade expressa do paciente ou de seu representante legal.

Também existe um projeto de lei de autoria do senador Gerson Camata (PL nº 116/00)³ tramitando no Congresso Nacional para tornar a aplicação da ortotanásia lícita, livrando de riscos o médico que a realize de acordo com os critérios éticos e legais (CABRAL, 2007). Essa prática é a que mais se aproxima do testamento vital e até chegam a ser confundidos.

Observa-se que a principal distinção entre as práticas supracitadas e o testamento vital dá-se indiscutivelmente no âmbito jurídico, já que, pelo menos por enquanto, o médico não pode abreviar a vida do paciente impunemente, mesmo que seja para atender a um pedido seu ou de sua família.

No entanto, o doente terminal pode, por meio das diretivas antecipadas de vontade, deixar instruções, que serão devidamente anotadas no seu prontuário, sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber, quando se achar incapacitado de se expressar livre e autonomamente.

A atipicidade e inimputabilidade do testamento vital, perante o ordenamento jurídico pátrio e em relação às demais práticas supracitadas, serão devidamente abordadas no item seguinte.

2.2 TESTAMENTO VITAL, HOMICÍDIO COMISSIVO E OMISSIVO E INDUZIMENTO, INSTIGAÇÃO OU AUXÍLIO A SUICÍDIO

Sempre que a questão da antecipação do óbito, ou melhor, da interrupção do curso vital de outrem – embora justificada por razões de foro íntimo, ordem moral ou meramente por compaixão – é suscitada causa grande polêmica e discussão nos mais diversos setores da sociedade. Isso porque a medicina está cada vez mais avançada e a toda hora surgem novos tratamentos e medicamentos que prolongam a expectativa de vida do doente, encaminhando-o para uma morte forçosamente natural, porém, por vezes, de maneira morosa e dolorosa (SILVEIRA, 2012, p. 252).

sua impossibilidade, a de seu representante legal” (CFM, Resolução nº 1.931 de 13 de outubro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica 2009, *on line*).

³ O Projeto de Lei do Senado nº 116, de 2000, altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia, que passa a vigorar acrescido do artigo 136-A: “não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, deixar de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários, em situação de morte iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão. § 1º A situação de morte iminente e inevitável deve ser previamente atestada por 2 (dois) médicos. § 2º A exclusão de ilicitude prevista neste artigo não se aplica em caso de omissão de uso dos meios terapêuticos ordinários e proporcionais devidos a paciente terminal.” (SENADO FEDERAL, *on line*).

No que concerne à legalidade, ainda não existe norma reguladora no ordenamento brasileiro que autorize os pacientes crônicos a fazerem uso das técnicas de eutanásia, ortotanásia, distanásia e suicídio assistido para ter uma morte dignamente abreviada, em virtude da indisponibilidade e grandeza de um bem jurídico valioso e extremamente resguardado: a vida humana. Prova disso é que a realização de qualquer uma das condutas mencionadas resultará em sanções penais para quem as praticar.

Luiz Regis Prado (2010) discorre sobre os delitos de homicídio comissivo e omissivo e induzimento, instigação ou auxílio a homicídio com primor. Na sua concepção, o delito de homicídio configura-se na morte dada a qualquer pessoa, ainda que prestes a morrer, sendo irrelevante, o seu consentimento.

Há que se falar, inclusive, em homicídio privilegiado, praticado pelo agente quando incitado por razões de valor social – comiseração em face da inevitável dor da vítima – ou moral, que são os preceitos éticos predominantes em uma sociedade. Destarte, considerar-se-á homicídio por ação, por exemplo, o desligamento de aparelhos que mantêm o paciente vivo pelo profissional de saúde, ainda que este seja motivado por sentimentos nobres e altruístas (SILVEIRA, 2012).

Prado denota que também constitui fato típico, antijurídico e culpável “a não realização da ação dirigida a evitar o resultado da capacidade concreta de ação – que pressupõe o conhecimento da situação típica e do modo de evitar o resultado – da posição de garantidor do bem jurídico e da identidade entre omissão e ação” (2010, p. 80). Ou seja, o não cumprimento ou aplicação de um tratamento ao doente enseja homicídio por omissão, pois o médico é garantidor da vida e responderá por não ter evitado que o mal ocorresse, conforme o artigo 13, §2º do Código Penal Brasileiro.

Em relação ao suicídio, são três as ações possíveis: a indução, a instigação ou o auxílio. No primeiro caso, o agente faz nascer a ideia, até então impensada, no íntimo da vítima, levando-a a dar cabo da própria existência. Exemplifica-se através do doente crônico que, diante da gravidade da moléstia e convencido por outrem, resolve encerrar seu sofrimento e, conseqüentemente, sua vida. No segundo caso, a própria vítima já cogita suicidar-se e esse pensamento suicida será impulsionado pelo sujeito ativo, que atua na vontade do indivíduo, provocando-o até a sua concretização. Toma-se, novamente, o exemplo do paciente terminal que, desiludido, oscila entre abreviar a vida ou enfrentar a doença. Por fim, ao colaborar com a vítima, fornecendo-lhe meios para se matar, o agente o auxilia a realizar seu intento, ou seja, suicidar-se.

Felizmente, o testamento vital não se encaixa em nenhuma das definições dos delitos acima relacionados, pois como já dito anteriormente, não fere lei para que seja imputável. Nem o médico comete homicídio e nem o doente se suicida. Não é técnica, experiência ou método para a execução da morte de outrem, mas um documento legal cuja função precípua é assegurar o cumprimento e o respeito à vontade do enfermo que se encontra em situação de terminalidade e incapaz de se expressar.

Ademais, também proporciona respaldo legal ao profissional de saúde quanto à tomada de decisão, uma vez que existe um acordo previamente ajustado entre paciente e médico, que o poderá livrar de futuros questionamentos.

3 A PONDERAÇÃO DOS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS E DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

A polêmica em torno do direito dos pacientes terminais a uma morte digna advém do conflito entre premissas fundamentais garantidas pelo ordenamento jurídico brasileiro: vida, dignidade da pessoa humana e autonomia da vontade.

Robert Alexy (2011) diz que quando dois princípios de mesmo nível colidem, um deles tem que ceder. Mas isso não significa que o princípio cedente seja declarado inválido; ele apenas não terá precedência perante o outro em uma determinada circunstância. Como no caso concreto os princípios têm pesos diferentes, aquele com maior peso prevalecerá em detrimento do restante. A isso se chama sopesamento, que consiste na análise de qual direito asseverado ao indivíduo irá se sobrepor aos demais, quando houver colisão entre princípios constitucionais no caso concreto, buscando-se o equilíbrio e a harmonia da aplicação destes, já que são hierarquicamente independentes entre si (CABRAL, 2007).

Assim, como parte dos direitos da personalidade, o direito à vida é imprescritível, inalienável e indisponível. Vale ressaltar, ainda, que o que é tutelado por lei é o direito a e não sobre a vida, ou seja, o Estado democrático de Direito não tem direito sobre a vida do indivíduo, mas deve assegurar-lhe o direito à vida.

Curiosamente, a inviolabilidade da vida apresenta tanto sentido negativo como positivo. O primeiro refere-se ao direito de não ser morto, ou seja, a vida humana é um bem absolutamente indisponível a terceiros, a exemplo do homicídio e da pena de morte que são proibidos. O segundo se exprime pelo direito de sobreviver, de subsistir em condições mínimas. Atente-se para o direito e não o dever de viver, o que torna o bem jurídico *vida* disponível exclusivamente para quem o detém.

Mas como definir a vida? O que a torna inestimável e imensurável? Rachel Sztajn entende que é:

[...] o conjunto de propriedades e qualidades que fazem com que organismos que dela dispõem se mantenham em atividade manifestando funções orgânicas, cresçam, reajam a estímulos, adaptem-se ao meio em que estão, se reproduzam. Vida designa, também, a existência, o lapso temporal em que tais atividades podem ser constatadas. (2002, p. 69).

Como se vê, o conceito de vida humana, bem precioso e protegido juridicamente, transcende o simples fato de o coração pulsar e fazer o sangue circular pelo corpo. A vida humana obedece a um ciclo natural, que finda quando o indivíduo percebe que este foi devidamente cumprido, sem que se prorrogue para além do tempo, a ponto de ameaçar a sua dignidade. Quando a vida se torna pesada e surgem questionamentos sobre o quanto já se viveu, fazendo da existência um verdadeiro martírio, é porque a dignidade já foi ofendida (CABRAL, 2007).

O problema consiste em reconhecer a partir de que ponto a vida se torna tão inviável – e porque não dizer miserável – que não vale mais a pena insistir em sobreviver. Mas só quem pode determinar até onde é suportável existir e ainda optar pela vida ao invés da morte é o próprio “sobrevivente” crônico, manifestando-se no gozo de suas faculdades mentais, cumprindo o preceito da livre disposição de seus direitos existenciais. Deve-se, primeiramente, aceitar e, depois, respeitar o desejo do doente, permitindo-lhe “viver” o processo da morte da maneira que lhe convier, desde que mantida a sua dignidade.

16

Aliado à vida está o princípio da qualidade de vida, que assevera a existência de um valor para a vida e é empregado se esta é munida de certo número e grau de predicados históricos, sociais e culturais erigidos e acolhidos pelo próprio vivente. A oposição ao princípio da qualidade de vida está ligada à possibilidade de atitudes incoerentes, causadoras de dores intoleráveis, apenas para alimentar uma sobrevida que na realidade é mais uma punição do que um presente. O que se deve questionar, em relação ao princípio da qualidade de vida, é o verdadeiro conceito de existência que vale a pena ser vivida e a quem compete decidir sobre tal mérito. O titular da vida é quem dispõe sobre como viver ou quando morrer.

Outro princípio que vem fundamentar o testamento vital – quando se leva em consideração as circunstâncias do doente crônico que se encontra em estado grave e incurável, privando-se de aptidões humanas básicas – é o da dignidade da pessoa humana. Disposto no artigo 1º da CF/88, esse valor regula não só o ordenamento jurídico pátrio, mas o comportamento de todos os cidadãos brasileiros. Nas palavras de Ingo Wolfgang Sarlet, dignidade da pessoa humana seria:

[...] a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que

assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida. (2011, p. 73).

Nota-se, pela afirmativa supracitada, que os princípios fundamentais se dobram à dignidade da pessoa humana, que deve servir de parâmetro hermenêutico a todos os outros constantes no ordenamento pátrio. É a dignidade da pessoa humana que deve ser apreciada prioritariamente e jamais contrariada por qualquer outro bem jurídico, sob pena de ferir uma cláusula geral de tutela da personalidade (CABRAL, 2007).

Ora, se a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos do Estado democrático de Direito, supõe-se que deva ser garantida indistintamente no começo, no meio e no fim da vida de qualquer cidadão. Mais, se a vida precede a morte e se a Constituição Cidadã prega o direito a uma vida plena, digna, salutar, sem sofrimentos extensos, subtende-se que a dignidade alcança também a morte, afinal, viver em estado deplorável, agonizando e definhando a olhos vistos não apresenta traço algum de dignidade e vai de encontro ao artigo 5º, III, da CF/88, que diz que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”.

Assim como o direito à vida é ferrenha e constitucionalmente defendido, igualmente deveria ser o direito à morte, pois se é dado ao indivíduo liberdade para viver como quiser, respeitando sua individualidade, pessoalidade e dignidade, da mesma forma deveria ser permitido decidir sobre sua própria morte. A vida é um direito, um bem que pode sofrer limitações em favor de outro que dele discordar, nunca um dever a ser suportado e mantido a qualquer preço.

Intimamente ligado ao princípio da dignidade humana e, conseqüentemente, inserido no rol dos direitos fundamentais, está o princípio da autonomia da vontade, constituindo, do mesmo modo, em cláusula pétreia, ou seja, direito constitucional que é amparado e protegido de forma particular.

Define-se como autônomo o indivíduo que atua desimpedidamente conforme um plano próprio, de modo similar a um Estado livre que governa seu território e suas políticas. Sendo esse indivíduo um paciente terminal, sua autonomia surge quando lhe é asseverado o direito de manifestar previamente sua opinião acerca dos tratamentos a que deseja ou não ser submetido.

A vontade humana, como direito existencial, goza da proteção da cláusula geral da personalidade, abrangendo todos os direitos para existência digna, uma vida em que se busca a felicidade, envolvendo a ausência de dor e o direito de autodeterminar-se.

Nesse sentido, Vivian Boechat Cabral diz que:

[...] o direito de se autodeterminar é a faculdade de o ser humano exercer escolhas conscientes a respeito dos rumos que deseja dar à sua própria existência, incluindo decisões referentes à própria morte e à forma ideal de vê-la concretizar-se, incluindo a possibilidade de ver-se individualmente, escolher “quem” e “como” deseja ser, inclusive, que atitudes deseja tomar em face de certas situações de vida. (2007, p. 27)

É baseado nessa suposição que o testamento vital é bem-vindo, pois a liberdade de escolha daquele que sofre deve ser respeitada e a autonomia de que dispõe permite-lhe optar por viver da forma mais conveniente ou morrer quando não mais forças tiver, a ponto de sua própria existência se tornar completamente intolerável.

Por mais evoluída que esteja a ciência, um ser humano, sob hipótese alguma, poderá ser tratado apenas como seu objeto de observação, mas somente como seu destinatário. Não se pode esquecer que terminal é a doença e não o doente e que este é a prioridade, não aquela.

4 A FORMALIZAÇÃO E VALIDADE JURÍDICA DO TESTAMENTO VITAL

18

Antes da Resolução nº. 1.995/2012, o CFM já havia abordado a questão da antecipação da vida envolvendo a autonomia de vontade de doentes terminais em duas outras oportunidades. A primeira em 2006, no preâmbulo da Resolução nº. 1.805/2006⁴, ao estabelecer que:

[...] 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.

Isso bem retrata a preocupação da classe médica em asseverar, para os doentes terminais, o cumprimento de dois axiomas constitucionais tutelados: o da dignidade da pessoa humana e o da não tortura, tratamento desumano ou degradante, dispostos, respectivamente, nos artigos 1º e 5º da CF/88.

A segunda foi em 2009, através do artigo 24 – que proíbe o médico de “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” – e do já mencionado parágrafo único do artigo 41, ambos da Resolução nº. 1.931/2009, que aprovou o novo Código de Ética

⁴ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006 (2006, *on line*).

Médica e acenou para a possibilidade da prática da ortotanásia no Brasil. Mais uma vez o CFM valoriza os princípios constitucionais do direito à autonomia privada, à liberdade e ao acesso à informação, somados aos princípios bioéticos, constantes no Código de Ética Médica, da beneficência, da não maleficência, do consentimento informado e de uma segunda opinião médica.

Contudo, até o presente momento não há norma reguladora positivada no ordenamento jurídico pátrio que discipline sobre o testamento vital, mas isso não impede que os doentes terminais possam dele se utilizar e, querendo, expressar sua vontade no que concerne às disposições sobre sua vida ou morte.

Foi com fulcro nesse entendimento que o CFM editou a Resolução nº. 1.995/2012, dispondo sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes e ensejando previsão legal para resguardar tanto a autonomia do paciente quanto a conduta do médico, isentando-o, assim, de eventuais imbróglios e problemas.

Entretanto, o Ministério Público Federal de Goiás, agindo em “defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, entre os quais se classifica o direito à vida e à saúde”, entendeu de forma diversa a iniciativa do CFM e promoveu Ação Civil Pública nº. 1039-86.2013.4.01.3500, com o objetivo de lograr provimento judicial que, em caráter incidental, declare a inconstitucionalidade e ilegalidade da Resolução CFM nº. 1.995/2012.

Para tanto, fundamentou materialmente a demanda utilizando-se de vários argumentos, dentre os quais, o de que ao expedir a Resolução nº. 1.995/2012, o CFM exerceu atividade normativa para além dos limites que lhes foram impostos com a pretensão de introduzir no ordenamento jurídico a expressa possibilidade de se facultar a pacientes valerem-se da ortotanásia.

A Justiça Federal de Goiás, por seu turno, rejeitou a arguição preliminar, uma vez que a Resolução CFM nº. 1.995/2012 teria apenas regulamentado a conduta médica ética perante a situação fática de o paciente externar a sua vontade quanto aos cuidados e tratamentos médicos que deseja receber ou não na hipótese de encontrar em estado terminal e irremediável.

Inconformado com essa decisão interlocutória, o Ministério Público Federal de Goiás interpôs agravo de instrumento para reformar a decisão agravada e suspender, em todo território nacional, a aplicação da Resolução CFM nº. 1.995/2012, expedida pelo Conselho Federal de Medicina. Até a presente data, não há um desfecho para essa situação e a Resolução CFM nº. 1.995/2012 segue suspensa.

Contendo apenas três artigos, a Resolução CFM nº. 1.995/2012 é clara, sucinta e direta quanto às diretrizes de utilização do testamento vital pelos doentes crônicos e profissionais da saúde. Destarte, segue-se a apresentação das diretivas antecipadas de vontade propriamente ditas.

Com a Resolução nº. 1.995/2012, o CFM inovou e deixou claro, já nas considerações, as justificativas que o levou a deliberar sobre essa temática, a saber, a carência de regra jurídica no direito brasileiro que discipline o testamento vital, bem como a necessidade de normatizar o comportamento do profissional da saúde quando se deparar com as diretivas antecipadas de vontade de um doente terminal, mesmo contando com tecnologias avançadas que alongam a dor do paciente crônico e não contribuem para que haja melhora ou cura, podendo ser dispensadas e/ou recusadas. Isso tudo sem esquecer a importância da autonomia do enfermo na relação médico-paciente.

Além disso, o CRM considerou imprescindível para o emprego do testamento vital, a decisão do paciente ainda lúcido, antes da fase de terminalidade, e de maneira consciente sobre as possíveis medidas a serem ou não adotadas pelo médico que o assiste, sendo tal determinação preponderante sobre a vontade dos familiares e profissionais de saúde. Isso é dito textualmente logo no artigo 1º da Resolução nº. 1.995/2012, que define as “diretivas antecipadas de vontade 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”.

O artigo 2º abrange os procedimentos das diretivas antecipadas para pacientes, seus representantes e médicos: os parágrafos 1º e 3º, por exemplo, prescrevem que o profissional de saúde em comando deve considerar a vontade expressa antecipadamente pelo paciente – ou terceiro que o represente em caso de incapacidade – que prevalecerá sobre qualquer outra posição médica ou familiar. Já o parágrafo 2º traz uma ressalva: o médico pode se negar a atender o desejo manifestado pelo doente terminal ou seu representante, quando perceber que este não se coaduna com os preceitos éticos da medicina.

Outra negativa é também encontrada no inciso IX, do capítulo II, do Código de Ética Médica, ao determinar que o médico pode “recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. Todavia, essa desobediência à vontade do paciente deve ser exteriorizada e baseada em motivos éticos, morais, religiosos ou de foro íntimo. Daí, cabe encaminhar o doente a outro profissional de saúde que irá assumir o caso.

Finalmente, conforme os parágrafos 4º e 5º, caberá ao médico registrar, no prontuário do paciente, as diretivas antecipadas de vontade que lhe foram previamente comunicadas. Ocorrendo desconhecimento destas, ausência de representante designado ou familiares ou, ainda, dissenso entre eles, o profissional de saúde acionará os órgãos médicos superiores para tomar as medidas que julgar cabíveis.⁵

Compreende-se, então, que o testamento vital, ou melhor, a declaração prévia de vontade, corresponde a esse conjunto de condutas e direcionamentos a serem cumpridos pelo profissional de saúde que assistir um paciente terminal. Tal documento, redigido por pessoa capaz e com discernimento, será eficaz somente em situações de terminalidade da vida, quando o paciente não mais puder demonstrar sua vontade. Isso não impede que os médicos continuem a ministrar os tratamentos ordinários ou cuidados paliativos que mitigam o sofrimento, melhorando a qualidade de vida do enfermo. Os tratamentos extraordinários, que não reverterem a situação de terminalidade, é que serão o objeto de rejeição na declaração prévia de vontade do doente crônico. Com isso, os objetivos que o testamento vital visa atingir são, primeiramente, garantir o respeito e o cumprimento dos desejos do paciente terminal previamente estabelecidos e, secundariamente, prestar apoio jurídico ao médico responsável para a tomada de decisões em situações inconciliáveis.

O paciente também pode se utilizar da outra espécie de diretiva antecipada de vontade, que é o mandato duradouro, por meio do qual são designados um ou mais procuradores, com os quais se consultarão os médicos em caso de tomada de decisão sobre terapêuticas procedimentais, considerando-se o desejo e a incapacidade do doente terminal ou não. Aqui a incapacidade pode ser permanente ou temporária. Com esse instituto, fica claro quem tem o poder legal para decidir e essa atribuição legítima faz com que o procurador aja em nome do indivíduo quando este for incapaz. Poupa-se, assim, a obtenção desnecessária de medida

⁵ Dispõe o artigo 2º da Resolução 1.995/2012 do CFM que nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

tutelar ou curatelar e garante-se o respeito à vontade da pessoa incapaz. O grande problema é quem escolher como procurador, uma vez que o eleito deve gozar da intimidade e conhecer profundamente a vontade do paciente, caso contrário, a decisão será tomada em cima das suas próprias convicções e não nas do doente.

Nada impede que tanto a declaração prévia de vontade quanto o mandato duradouro possam coexistir em um único documento. Pode-se fazer simultaneamente uma declaração prévia de vontade já nomeando um procurador certo para casos de terminalidade da vida e um mandato duradouro nomeando o mesmo procurador para situações de não terminalidade da vida. Na falta da declaração prévia de vontade, indica-se uma equipe médica, juiz ou comitê de ética do próprio hospital para apaziguar possíveis conflitos que venham a surgir (DADALTO, 2010).

O grande trunfo das diretivas antecipadas de vontade é que ela expressa o desejo do próprio indivíduo, traduzido como declaração de seu direito de autodeterminação preventiva. Isso diminui consideravelmente o abalo emocional para os familiares e médicos na tomada de decisões, pois o que prevalecerá é a vontade do próprio paciente, que guiará a conduta clínica, excluindo-se as pretensões de outrem, doutores ou não (ROSA, 2013).

Outro ponto positivo é a ratificação da liberdade de expressão, bem como a salvaguarda da dignidade humana até o fim da vida. Há, sem sombra de dúvida, a humanização da morte, descartando-se a obstinação terapêutica ou distanásia, cujos procedimentos nada melhoram ou reverterem o estado do doente incurável, mas apenas estendem seu sofrimento ao máximo e a um tempo incerto (ROSA, 2013).

De outra banda, apesar dos benefícios que o testamento vital apresenta, pode-se citar duas desvantagens: a primeira é que, com o avanço da medicina e dos medicamentos, o que é irremediável hoje, pode ser tratável amanhã. A segunda é que o próprio paciente pode mudar de ideia e de vontade com o decorrer do tempo ou mesmo se for acometido de uma doença e seu desenvolvimento. Nas duas situações, a declaração de vontade pode estar desatualizada e não mais refletir o real desejo da pessoa, sendo necessária uma renovação de vontade periódica que confirme a declaração feita antecipadamente.

Importante também mencionar que a declaração antecipada de vontade produz efeitos que serão vinculativos ou indicativos. No primeiro, como o próprio nome diz, o profissional de saúde fica vinculado à vontade expressa anteriormente pelo paciente. No segundo, a vontade do doente apenas serve como indicação para as medidas que serão adotadas na terapêutica pelo médico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao editar a Resolução nº. 1.995/2012, o CFM quis colocar em prática um procedimento que já é adotado por alguns países, com regulamentação própria, sendo inclusive elaborado com a ajuda do notário, que confere fé pública, forma jurídica e validade à vontade manifestada pelo paciente crônico.

É se utilizando do testamento vital que qualquer indivíduo, com capacidade civil e de discernimento, pode declarar previamente se quer ou não se submeter a tratamentos fúteis, dolorosos e invasivos – que não revertem o quadro de terminalidade em que um dia poderá se encontrar –, mas que apenas prolongam a dor e o sofrimento de uma enfermidade que não tem mais cura.

Cuidou, também, o CFM de abalizar as condutas que serão aplicadas pelos médicos nos enfermos, quando estes já não mais puderem se expressar, de forma a prestar suporte legal e ético para o profissional de saúde a fim de cumprir o desejo proclamado pela pessoa que quer ter o direito de morrer dignamente, a despeito de todos os recursos e do avanço tecnológico que a medicina possa apresentar.

No entanto, por melhores que fossem as intenções da classe médica, o Ministério Público Federal de Goiás, em 25 de janeiro de 2013, ajuizou Ação Civil Pública nº. 1039-86.2013.4.01.3500, com pedido de antecipação de tutela liminar, em face do CFM, sob a alegação de foram observados “notórios vícios característicos de inconstitucionalidade e ilegalidade na Resolução CFM nº. 1.995/2012, concernentes ao extravasamento dos limites do poder regulamentar, afronta à segurança jurídica, alijamento da família de decisões que lhe são de direito e estabelecimento de instrumento inidôneo para o registro de ‘diretivas antecipadas de vontade dos pacientes’”.

Em 14 de março de 2013, a Justiça Federal de Goiás, por seu turno, indeferiu a liminar mediante ausência de “plausibilidade nas alegações contidas na petição inicial”, o que fez com que o Ministério Público Federal de Goiás interpusse, no mês seguinte, Agravo de Instrumento, com pedido liminar de antecipação de tutela recursal, visando reformar a decisão interlocutória proferida.

Ao sentenciar a referida Ação Civil Pública (Proc. nº 1039-86.2013.4.01.3500), a Justiça Federal de Goiás, entendendo que o “Conselho Federal de Medicina é compatível com a autonomia da vontade, o princípio da dignidade humana, e a proibição de submissão de quem quer que seja a tratamento desumano e degradante (art. 1º, inciso II, e art. 5º, inciso II

CF)”, julgou improcedentes os pedidos, determinando a comunicação ao TRF 1ª Região tendo em vista a interposição de agravo de instrumento nos autos.

Bem, para editar a Resolução nº. 1.995/2012, o CFM se valeu da legalidade do artigo 41 da Resolução nº. 1.805/2006, reconhecida por decisão judicial já transitada em julgado, nos autos da Ação Civil Pública nº. 2007.34.00.014809-3, que versa sobre a interrupção ou suspensão de terapêuticas extraordinárias que estenda a vida do doente incurável, garantindo-lhe apenas os cuidados paliativos que amenizam seu penar.

Isso significa que tanto a vida quanto a morte do paciente estão sendo tratadas com a dignidade constitucionalmente a ele tutelada. Sim, pois se a vida digna propagada na Constituição é um direito do ser humano, porque também não pode ser a morte a seu tempo igualmente digna aos olhos dessa mesma Constituição?

Aliás, morrer com dignidade não contraria o sistema judicial nacional, uma vez que do ponto de vista legal, o testamento vital, enquanto negócio jurídico, preenche todos os requisitos formais e materiais que o torna válido e eficaz perante o ordenamento jurídico brasileiro. Além disso, como foi demonstrado no decorrer da monografia, as diretivas antecipadas de vontade encontram respaldo em diversos artigos constitucionais, civis, consumeristas e até mesmo penais. Há, portanto, embasamento normativo legal para promover a utilização do referido instituto.

O prolongamento da vida humana a qualquer preço não deve ser o objetivo nem da medicina e nem do direito. Ambos devem primar e garantir, a todo custo, que sempre se cumpra a dignidade e autonomia do indivíduo, independentemente do estado em que ele se encontrar, seja de terminalidade ou não.

É em respeito à vida, à dignidade humana e à autonomia de vontade livre e consciente da pessoa capaz e sujeito de direitos, que se defende o reconhecimento e a validade do testamento vital perante o ordenamento jurídico brasileiro, com a edição e a promulgação de norma regulamentadora que lhe garanta eficácia imediata e aplicação em caráter definitivo, haja vista apresentar disposições apenas de cunho personalíssimo e deliberar sobre o bem jurídico vida cujo único titular é o ser humano.

Advance directives of the will through living wills: opportunity to humanizing death

ABSTRACT: This article discusses the use of early indications of willingness to chronic patients, due to the advent of Resolution No. 1995/2012 of the Federal Council of Medicine. Highlights the debate about the principles and constitutional rights to life, personality, legal capacity, human dignity and freedom of choice when faced with end of life situation, analyzing its consequences on medical and legal cultures.

Keywords: Resolution No. 1995/2012 of the Federal Council of Medicine. Living Wills. Fundamental Rights. Set of Laws.

REFERÊNCIAS

- ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2011.
- _____. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm>. Acesso em: 04 out. 2013.
- _____. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm>. Acesso em: 04 out. 2013.
- _____. Lei nº. 10.406, de 1º de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 04 out. 2013.
- _____. Senado Federal. **Projetos e matérias legislativas**. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=43807>. Acesso em: 09 set. 2013.
- _____. **Testamento vital**. Disponível em: <<http://www.testamentovital.com.br/>>. Acesso em: 09 fev. 2013.
- CABRAL, Vivian Boechat. O testamento vital e a efetividade da vontade do titular do bem jurídico vida. **Revista brasileira de direito das famílias e sucessões**. v. 0 (out./nov. 2007). Porto Alegre: Magister; Belo Horizonte: IBDFAM, 2007. Bimestral. v. 28 (jun./jul. 2012). p. 22-47.
- COLTRO, Antônio Carlos Mathias; TELLES, Marília Campos Oliveira. A morte digna sob a ótica judicial. In: PEREIRA, Rodrigo da Cunha (coord.). **Família e responsabilidade: teoria e prática do direito de família**. Porto Alegre: Magister/IBDFAM, 2010. p. 145-171.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 09 fev. 2013.
- _____. Resolução nº 1.931, de 13 de outubro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20660:codigo-de-etica-medica-res-19312009-capitulo-v-relacao-com-pacientes-e-familiares&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122>. Acesso em: 09 fev. 2013.
- _____. Resolução nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2013.
- DADALTO, Luciana. **Testamento vital**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

DINIZ, Debora. Quando a morte é um ato de cuidado. In: SARMENTO, Daniel; PIOVESAN, Flávia (coord.). **Nos limites da vida**: aborto, clonagem humana e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro**. 25. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008.

_____. **Código civil anotado**. 15. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2010.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

GUSMÃO, Aucélio. **Testamento vital**. Disponível em:

<http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23585:testamentovital&catid=46>. Acesso em: 23 abr. 2013.

LIMA, Carlos Vital Tavares Corrêa. **O direito de viver e de morrer**. Disponível em:

http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20629:o-direito-de-viver-e-de-morrer&catid=46:artigos&Itemid=18. Acesso em: 23 abr. 2013.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 26. ed. atual. São Paulo: Atlas, 2010.

NUNES, Rui; MELO, Helena Pereira. **Testamento vital**. Coimbra: Edições Almedina, 2012.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de direito civil**: introdução ao direito civil: teoria geral de direito civil. 25. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 2010. v. 1.

POLICASTRO, Décio. **O livre arbítrio do paciente e as diretivas antecipadas de vontade**. Disponível em:

<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23366:o-livre-arbitrio-do-paciente-e-as-diretivas-antecipadas-de-vontade&catid=46:artigos&Itemid=18>. Acesso em: 24 maio 2013.

26

PRADO, Luiz Regis. **Curso de direito penal brasileiro**: parte especial, arts. 121 a 249. 9. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. v. 2.

RAMOS, Luiz de Carvalho. **Eutanásia**: conta ou a favor? Disponível em:

<<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2030/Eutanasia-contr-a-ou-a-favor>>. Acesso em 26 fev. 2013.

ROSA, Karin Regina Rick. Testamento vital: aspectos notariais e a resolução nº 1.995/2012. In: FARIAS, Christiano Chaves de et al. **Família e sucessões sob um olhar prático**. Porto Alegre: IBDFAM/RS: Letras & Vida, 2013. p. 369-383.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 9. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

SILVEIRA, Diego Oliveira da. Fim da vida: a morte digna como um direito fundamental. In: IBIAS, Delma Silveira (coord.). **Família e seus desafios**: reflexões pessoais e patrimoniais. Porto Alegre: IBDFAM/RS: Letra & Vida, 2012. p. 251-267.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, fev. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 fev. 2013.

_____. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2013.

SZTAJN, Rachel. Qualidade de vida e meios artificiais de manutenção da vida – a visão bioética. In: **Autonomia privada e direito de morrer**: eutanásia e suicídio assistido. São Paulo: Cultural Paulista: Universidade Cidade de São Paulo, 2002.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil**: parte geral. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.