

TESTAMENTO VITAL E A AUTONOMIA DO SUJEITO VULNERÁVEL

VITAL TESTAMENT AND THE AUTONOMY OF THE VULNERABLE SUBJECT

BRUNA VAZ DEL BLANCO
Universidade Católica de Petrópolis,
Brazil
bruna.42140113@ucp.br

Received: 09/16/2022

Accepted: 09/20/2022

Published: 09/25/2022

Resumo: O presente artigo visa realizar uma análise do conceito de autonomia de forma correlacionada ao direito fundamental à vida, sob um prisma hermético-filosófico, enfocando a importância do empoderamento de pacientes terminais ou em quadros médicos irreversíveis, com base no princípio da dignidade da pessoa humana. Busca-se estudar a possibilidade de a autonomia da vontade do indivíduo, em alguns casos, importar em uma autolimitação ao seu direito à vida nos casos supracitados, de forma a assegurar aos mesmos uma morte digna, em consonância com seu conceito individual e subjetivo de dignidade. Assim, pretende-se mostrar que, apesar de ser um tema complexo e delicado, também é de extrema relevância, sendo necessário o debate e a divulgação de informações sobre o assunto, possibilitando a autodeterminação dos referidos sujeitos por vias válidas, como o documento de diretivas antecipadas de vontade.

Palavras-chave: Morte Digna. Liberdade. Autodeterminação. Diretivas Antecipadas. Vulnerabilidade.

Abstract: This article aims to analyze the concept of autonomy correlated to the fundamental right to life, under a hermetic-philosophical prism, focusing on the importance of empowering terminally ill patients or people in irreversible medical conditions, based on the principle of human dignity. The idea is to study the possibility of the autonomy, in some cases, implicates a self-limitation of the right to living, in the mentioned cases, making sure that they have a dignified death, befitting with their own individual and subjective concept of dignity. Thus, it is intended to show that, despite being a complex and delicate topic, it is also extremely relevant, requiring the debate and dissemination of information, enabling the self-determination of these subjects in effective ways, such as the directives of will.

Keywords: Dignified death. Independence. Autonomy. Directives of will. Vulnerability.

1. INTRODUÇÃO

A morte é um tabu, principalmente em um Estado tão paternalista e conservador como o brasileiro, mas não deveria sê-lo, principalmente pelo fato de se tratar de um evento certo e inevitável. Tendo em vista que se trata de um assunto atemporal e de extrema relevância para toda a sociedade, o debate acerca da autonomia da vontade do paciente em quadro irreversível ou terminal e o dever de informação médica para que qualquer decisão seja tomada se faz inquestionavelmente necessário.

Durante a década de 70, houve um significativo desenvolvimento da medicina, proporcionando a evolução de diversas técnicas de tratamento e métodos de diagnósticos, o que gera um aumento da expectativa de vida da população. Entretanto, tal fenômeno tem amparo em um conceito quantitativo de vida, muitas vezes deixando de lado a questão qualitativa.

O Título II da Constituição Federal trata dos direitos e garantias fundamentais, sendo contemplados no caput do art. 5º direitos considerados invioláveis, dentre eles o direito à vida. No entanto, é sabido que atualmente a análise dos direitos fundamentais deve ser feita sob o prisma do princípio da dignidade da pessoa humana, contemplado no art.1º, III da CF como fundamento da República Federativa do Brasil. Cumpre ressaltar que o referido princípio pode ser classificado como uma cláusula aberta, o que significa dizer que possibilita inúmeras interpretações e definições, principalmente pelo fato de dignidade ser um conceito deveras abstrato e subjetivo.

Além disso, deve-se considerar também o princípio da autonomia da vontade, segundo o qual o indivíduo é livre para se autodeterminar, desde que não interfira ilegalmente no âmbito social. No que diz respeito à vida e à morte, a autonomia sofre limitações pela legislação brasileira atual, sendo proibido tanto o suicídio assistido quanto a eutanásia.

É importante repensar os direitos fundamentais, a fim de que possamos refletir acerca da importância da autodeterminação dos pacientes no processo de tratamento, garantindo-lhes voz e respeito no tocante aos procedimentos pelos quais desejam – ou não – passar.

2. ESTAR VIVO X VIVER

Certo é que a morte não é um assunto prazeroso, no entanto, é a única certeza que podemos ter em nossa existência. Constantemente evita-se tratar da finitude da vida e do processo natural de envelhecimento ou adoecimento, barreira problemática que pode impedir a humanização dos momentos finais dos seres humanos, seja por acometimento de uma doença grave, seja pelo fluxo natural do tempo.

Tememos a dor, o padecer e que sofram os que estão ao nosso redor (...). Afrontar a morte não é um ato reflexo. A cultura encarregou-se de modelar os instintos originais. Estamos programados biologicamente para sobreviver, como os outros animais. (...) Às vezes parece que vivemos a vida em uma corrida contra o relógio que está parando. Não estamos preparados para a morte. A imperiosa necessidade de sobreviver e a cultura que pensa que o ser humano é invencível condicionam-nos poderosamente a não quisermos assumir a nossa mortal condição (BERMEJO; BELDA, 2015, p. 31).

Não estamos preparados para falar sobre ou lidar com a morte. Com isso, continua a ser mantido o paradigma biologicista da medicina, buscando-se até a última instância o prolongamento da vida, ainda que de forma artificial e que se trate de paciente em quadro irreversível ou terminal. Porém, a consciência da própria finitude é primordial para que um indivíduo possa exercer responsabilidade no processo do falecer, seja dizendo respeito a ele próprio, a entes queridos ou qualquer pessoa cujo cuidado esteja a ele confiado.

A dificuldade de lidar com uma imagem futura de si mesmo como paciente sofredor ante a morte sob determinações alheias à sua própria vontade conduz as pessoas a buscarem adiar ao máximo narrar o fim de sua própria vida, confiantes que se tornam em relação aos recursos e aos avanços tecnológicos da medicina. A sociedade moderna tem na distanásia seu principal objetivo. A qualidade e a dignidade da vida dos pacientes terminais é frequentemente esquecida, em detrimento da prorrogação temporal de suas existências (MENDONÇA, 2017, p. 11).

De fato, a descoberta de um quadro clínico delicado enseja inúmeras implicações na vida do sujeito e reflete diretamente em suas relações pessoais, principalmente no que diz respeito aos diagnósticos terminais, podendo acarretar traumas e distorções da compreensão que o indivíduo tem sobre si (RICOEUR, 2008, p. 229).

No entanto, permitir-se passar pelo processo, no seu tempo e à sua maneira, é primordial para evitar danos graves à psique do paciente, sendo o contato com as pessoas próximas indispensável para que se possa tratar do assunto com o amparo e a atenção que o tema demanda.

Esse diálogo ganha extrema relevância ao permitir o conhecimento de todas as pessoas envolvidas no processo de cuidado e tratamento (amigos, familiares, profissionais da saúde, etc.) dos valores que lhe são caros e quais limites o sujeito em questão impõe à medicina tecnocrática, de forma a garantir dignidade até os momentos finais de sua existência (BERMEJO; BELDA, 2015, p. 10).

Entram em debate, no caso proposto neste estudo, os direitos à vida e à liberdade de autodeterminação, sob a ótica dos princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia individual, devendo ser ponderado pelo paciente o que deve prevalecer no caso concreto em questão.

Observando o avanço da medicina e suas tecnologias, que possibilitam o prolongamento da vida mesmo para pacientes terminais ou comprometidos por um vasto período, Martel bem pontua que é considerável o aparecimento de outros direitos e interesses a fim de impedir que o direito à vida se transforme em um insuportável dever à vida. (MARTEL, 2010, p. 247).

O que se pretende com o Testamento Vital é exercer o direito de morrer dignamente em contraposição à vida sofrida, vivida artificialmente graças às técnicas modernas. Graças ao Testamento Vital, a pessoa plenamente capaz exerce a faculdade de dispor sobre si mesma e sobre os tratamentos médicos a que se submeterá ou não, principalmente em caso de ser acometida por moléstia grave sob risco de morte. O Testamento Vital tem assim que conservar o equilíbrio entre o direito à vida e os princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade, evitando a submissão da pessoa a tratamentos desumanos, com o único objetivo de evitar a morte, sobretudo nos pacientes em que o diagnóstico é irreversível (MENDONÇA, 2017, p. 13).

A dignidade é o fundamento de valorização da vida, mas também pode ser fundamento para a morte com intervenção, buscando evitar um prolongamento irracional da vida de pacientes com doenças para as quais a medicina desconhece a cura ou reversão (MARTEL, 2010, p. 247).

Para esta construção, o princípio da dignidade da pessoa humana, contemplado no Art. 1º, III da Constituição Federal de 1988 como fundamento da República, detém papel relevante.

Como um valor fundamental que é também um princípio constitucional, a dignidade humana funciona tanto como justificação moral tanto como fundamento jurídico-normativo dos direitos fundamentais. (BARROSO, 2012, p.64).

Gonçalves enuncia ser o referido princípio dotado de normatividade jurídica, sendo inclusive este o entendimento do Supremo Tribunal Federal, como derivação da fórmula do imperativo categórico de Kant, que defende a proteção de toda pessoa como sujeito de direitos e como fim em si mesma, nunca como meio para obtenção de metas estipuladas por terceiros (GONÇALVES, 2014, p. 353).

Assim, tendo em mente que a manutenção artificial de uma vida, muitas vezes, compreende tratamentos invasivos e pode gerar uma baixa qualidade de vida para o enfermo, pode-se questionar e ponderar essas medidas sob o prisma do princípio da dignidade da pessoa humana, com uma maior sensibilidade e empatia.

3. AUTONOMIA PARA O SUJEITO VULNERÁVEL

Abre-se, então, uma nova questão extremamente complexa: a conceituação de dignidade. Quais valores são aptos a garanti-la? Seria possível um consenso sobre a vida boa?

Em *O Ser e o Tempo*, Heidegger deixa clara a diversidade do Ser, o intitulado *Dasein*, explorando a questão da fenomenologia. O autor nos ensina que nenhum conceito pode ser tido como absoluto, uma vez que a ótica dos indivíduos jamais será idêntica, ainda que diante da mesma situação, tendo em vista que suas vivências não

foram idênticas e jamais serão (HEIDEGGER, 2008, p. 324-5).

Levando isso em consideração e interpretada como princípio, a dignidade não pode ser entendida como um conceito de caráter absoluto, mas sim como uma cláusula aberta que admite inúmeras interpretações. Seu conceito pode, portanto, variar de indivíduo para indivíduo; o que é digno para X pode não ser digno para Y e vice-versa, e é isso o que nos diferencia como seres humanos: a individualidade, formada de acordo com nossas experiências, que moldam a personalidade única de cada sujeito.

A este entendimento soma-se o ensinamento de Ricoeur, segundo o qual a história de nossa vida está constantemente sendo construída, em troca com o outro, tornando "indissociável a identidade construída através da(s) narrativa(s) com a identidade temporal e existencialmente vivida por cada uma das pessoas humanas", e deste modo, "espera-se lançar as bases para a valorização da dignidade do sujeito testador a partir do reconhecimento de sua identidade pessoal como identidade narrativa". (RICOEUR apud MENDONÇA, 2017, p.18).

Nas palavras do filósofo:

Que a vida tem a ver com narração foi sempre conhecido e dito. Falamos da história de uma vida para caracterizar o entremeio entre o nascimento e morte. E, todavia, essa assimilação da vida a uma história não é evidente, é até uma ideia banal que é preciso, primeiramente, submeter a uma dúvida crítica. Essa dúvida é a obra de todo o saber adquirido há alguns decênios no tocante à narrativa e à atividade narrativa – saber que parece distanciar a narrativa da vida vivida e confiná-la na região da ficção. (RICOEUR, 2010, p. 197).

Nesse processo narrativo intitulado vida, o sujeito se esforça para pensar por si mesmo em contraponto ao reino da dominação do outro, e é entre esses dois polos que sua identidade (logo, sua autonomia) é desenvolvida. Diante disto, é dever da educação possibilitar que o indivíduo negocie sua singularidade frente à pressão social (RICOEUR, 2008, p. 90).

Assim, o testamento vital é um instrumento com o qual o indivíduo capaz pode contar para garantir sua singularidade e o respeito a seus desejos, utilizando-se do documento para narrar seus valores em contraponto a procedimentos médicos aos

quais não esteja disposto a se submeter, tomando, assim, as rédeas não só de seu tratamento, mas também de sua vida e sua história.

Temos de delinear nossa vida como um todo integrado, do qual não somos senhores absolutos, mas artífices em liberdade e, portanto, responsáveis por governar com retidão o que depende de nós, em função dos valores nos quais acreditamos (BERMEJO; BELDA, 2015, p. 30).

Ressalta-se, ainda, que a capacidade do sujeito do direito não é completamente dissociada de uma vulnerabilidade; ambos os conceitos se contrapõem no mesmo universo mental. A autonomia em questão é a de um ser vulnerável, chamado a sair do estado de submissão em que se encontra e tornar-se autônomo, ousando pensar por si próprio (RICOEUR, 2008, p.80), ainda que constantemente evitemos pensar e lidar com nossa fragilidade e precariedade.

(...) a autonomia e a vulnerabilidade se cruzam, paradoxalmente, no mesmo universo de discurso, o do sujeito de direito. (...) Na falta de solução especulativa, continua aberta uma solução pragmática, que repousa numa prática das mediações. Demos uma antevisão disso quando falamos da dialética entre capacidade e incapacidade básica, quando falamos das ciladas da identidade narrativa e dos conflitos entre singularidade e sociabilidade, e quando falamos, mais demoradamente, dos auxílios encontrados no caminho de ingresso nas ordens simbólicas nas quais configura o reinado da lei. Entre os dois polos do paradoxo – a autonomia como condição de possibilidade e como tarefa por cumprir –, existem múltiplas mediações práticas. Mencionamos algumas a propósito das incapacidades que afligem nossa capacidade de agir: são da alçada da educação. Mencionamos outras, a propósito das contradições da identidade narrativa: são da alçada do estabelecimento de uma relação crítica entre memória e história (RICOEUR, 2008, p. 99-100)

No contexto relacional médico-paciente, na troca com *o outro*, o sujeito capaz expressa seu sofrimento trazendo-o para a linguagem em forma de queixa, através da qual os sintomas são descritos, e em forma de narrativa, pela qual o médico é

contextualizado dos percursos do paciente até aquele momento e de seu histórico, na maioria das vezes seguida de um pedido por cura, saúde, ou até mesmo, inconscientemente, por imortalidade. “A medicina é uma das práticas baseadas numa relação social para a qual o sofrimento é a motivação principal, e o *télos* é a esperança de ser ajudado e talvez curado” (RICOEUR, 2008, p.223-4).

Percebemos, assim, a possibilidade de um indivíduo, tomando consciência de sua vulnerabilidade, antecipar-se à sua incapacidade em termos legais, e buscar garantir sua dignidade, da forma como a entende, nos momentos críticos – e até mesmo finais – de sua existência. Para tal, pode dispor do instrumento de diretivas antecipadas de vontade, deixando claro seus valores, entendimentos e suas vontades no que tange à vida e ao processo terapêutico.

Os testamentos vitais, instruções prévias ou vontades antecipadas são documentos escritos nos quais um paciente capaz expressa seus desejos, preferências e decisões a respeito dos tratamentos que desejará receber ou não ao final da vida se não estiver em condições de decidir. (BERMEJO; BELDA, 2015, p. 14).

O documento possui, exatamente, o objetivo de garantir ao testador o diálogo sobre a própria morte - tanto com as pessoas envolvidas em sua vida afetiva, quanto com aquelas inseridas em seu eventual processo de tratamento e acompanhamento médico -, bem como a segurança de que suas disposições serão atendidas e seus desejos respeitados.

Um dos fundamentos do testamento vital é a consciência de nossa vulnerabilidade, do que somos e do que queremos ser em cada momento de nossa existência, levando em consideração o pressuposto de que “ cada pessoa tem uma ideia particular de como deseja viver e morrer, baseada em suas crenças ou valores pessoais, culturais ou religiosos” e que todos temos igualmente o direito de participar de nossos cuidados de saúde, tendo voz ativa em seu planejamento (BERMEJO; BELDA, 2015, p.16).

A prática médica possui como alvo a saúde das pessoas, tanto física quanto mental, e é importante que nos atentemos à variedade de significados que podem ser atribuídos ao conceito de saúde, englobando até mesmo, para alguns, a noção de bem-estar e autoestima (RICOEUR, 2008, p.223).

Um dos preceitos da sabedoria prática exercida no plano médico soma às noções de insubstituibilidade e indivisibilidade do indivíduo a ideia de autoestima, a qual vai além do respeito ao outro e diz respeito ao reconhecimento do seu próprio valor, como pessoa (RICOEUR, 2008, p. 225).

É para mim mesmo que vai a estima; ora, a situação de tratamento, especialmente nas condições de hospitalização, só pode incentivar muito a regressão do doente a comportamento de dependência e, por parte do pessoal que o trata, a comportamentos ofensivos e humilhantes para a dignidade do doente (...). Na autoestima a pessoa humana aprova a si mesma por existir e exprime a necessidade de saber aprovado pelos outros e por existir. A autoestima introduz assim um toque de amor-próprio, de orgulho pessoal na própria relação: é o fundo ético daquilo que se chama comumente de dignidade (...) A dignidade do paciente não é ameaçada apenas no nível da linguagem, mas por todas as concessões à familiaridade, à trivialidade, à vulgaridade nas relações cotidianas entre membros do pessoal médico e pessoas hospitalizadas. A única maneira de lutar contra esses comportamentos ofensivos é voltar à exigência básica do pacto de tratamento, a saber, a associação do paciente à condução de seu tratamento (RICOEUR, 2008, p.226)

Por este motivo é tão importante que se tenha conhecimento do conceito de dignidade do sujeito com quem se lida, buscando garanti-la de forma subjetiva, concreta e, só assim, eficaz. Não é possível se partir de premissa de que todos os doentes possuem os mesmos entendimentos, valores, desejos e autoestima. Para isso, as Diretivas Antecipadas detêm grande potencial, sendo um documento apto a proporcionar acesso a tais informações e garantir o devido respeito a cada paciente e suas individualidades.

4. DIRETIVAS ANTECIPADAS E A LEGISLAÇÃO

A Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina trata das disposições antecipadas de vontade de pacientes, destacando “a atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como

sua interface com as diretivas antecipadas de vontade” e “que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo” (BRASIL, 2012).

Em seu Artigo 1º, a Resolução conceitua essas disposições antecipadas como “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” (BRASIL, 2012). Posteriormente, trata das regras de atuação do médico quanto a essas disposições:

Art. 2º: 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.

(...) § 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

Também sobre o tema, dispõe o Enunciado 37 da Primeira Jornada de Direito de Saúde:

As diretivas ou declarações antecipadas de vontade, que especificam os tratamentos médicos que o declarante deseja ou não se submeter quando incapacitado de expressar-se autonomamente, devem ser feitas preferencialmente por escrito, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou público, sem prejuízo de outras formas inequívocas de manifestação admitidas em direito (CNJ, 2014).

Conforme se depreende destas disposições, o documento através do qual será expressada a vontade do paciente pode ser escrito ou verbal, ficando assim consolidado o que é popularmente conhecido como testamento vital, tendo como condição indispensável para validade a manifestação de vontade autônoma e inequívoca do

indivíduo.

Em segundo lugar, a disposição de posições jurídicas de direito fundamental será sempre autônoma. No primeiro item deste Capítulo, esta foi uma das poucas tendências que os diversos conceitos de disposição permitiram extrair. A disposição de posição subjetiva de direito fundamental advém de comportamento do titular - daquele que ocupa o papel dominante na relação. Destarte, a disposição de posição subjetiva de direito fundamental não poderá ser heterônoma, isto é, efetuada por terceiro e sem encontrar sua justificação em comportamento do titular (ou titulares) da posição (MARTEL, 2010, p. 63).

O documento pode ser redigido por qualquer indivíduo maior de 18 anos, em pleno gozo de sua capacidade mental, podendo ou não ser registrado em cartório. Aconselha-se a ajuda de um médico para a confecção do documento, uma vez que o mesmo só poderá versar sobre interrupção ou suspensão de tratamentos extraordinários, entendidos como aqueles que visam apenas prolongar a vida do paciente.

É de se ressaltar que as disposições constantes nas diretivas antecipadas de vontade são diretrizes que possibilitam ao paciente em estado de irreversibilidade do estado de saúde, a recusar os tratamentos considerados extraordinários ou fúteis que prolongam a vida do paciente sem, contudo, significar uma alteração no estado de terminalidade. Busca-se a suspensão de esforço terapêutico (SET), que são as manobras de reanimação, respiração e alimentação artificiais. (VAZ; DIAS, 2016, p.435)

Além disso, é também indispensável o acesso a toda e qualquer informação relativa ao quadro do paciente para que este possa tomar uma decisão. A comunicação entre médico e paciente é fator imprescindível, devendo ser clara e inequívoca, abarcando todas as condições conhecidas pelo profissional da saúde em relação ao quadro médico em questão, tendo como primeiro passo a certeza e a confirmação do diagnóstico e do prognóstico (MARTEL, 2010, p. 406).

Infelizmente, esse instrumento ainda não possui a eficácia que deveria, devido a questões penais e éticas que impedem a aplicação de certas disposições do paciente. A própria Resolução CFM nº 1995/2012 traz limitações em parágrafos do seu Artigo

2º. Vejamos:

§ 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. (...)

§ 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 (BRASIL, 2012).

Ademais, no que concerne à responsabilidade penal na atual legislação brasileira, a eutanásia e o auxílio ao suicídio configuram crime, estando tipificados no Código Penal brasileiro, sendo, portanto, vedada atualmente a disposição do paciente nesse sentido, vez que o documento tem por limite as condutas ilícitas e antijurídicas.

Quando da realização da eutanásia ativa, ou seja, aquela cujo pressuposto é uma ação, aplica-se a pena prevista para o crime de homicídio, mas com redução de pena caso reste claro que a motivação do agente foi impulsionada por forte e relevante valor moral, conforme disposição do Art. 121, §1º, CP (BRASIL, 1940).

Não obstante, devido à falta de reconhecimento e regulamentação do documento perante o Direito, a maioria dos médicos deixa de atender o que está nele disposto, muitas vezes por medo de um processo disciplinar, ou até mesmo penal, ainda que o testamento tenha o fim de preservá-los de eventual acusação. Entretanto, a opção pela suspensão dos esforços para prolongamento da vida é, sem dúvidas, admitida.

Levando-se em conta que a medicina deve prezar pela qualidade de vida e estar a serviço do bem estar do ser humano, ainda que a eleição da morte não seja admitida, admite-se a possibilidade do ser humano em optar pela suspensão dos esforços para o prolongamento da vida (VAZ; DIAS, 2016, p.431).

Além disso, é indispensável a regulamentação acerca das práticas em questão, definindo-se critérios de aplicabilidade, parâmetros para a atuação do profissional de saúde, normas básicas sobre o tema e etc. quando diante de pacientes terminais, em estado vegetativo persistente ou portadores de doenças incuráveis, dolorosas e

debilitantes (MARTEL, 2010, p. 404).

Atualmente, no nosso Ordenamento Jurídico, o documento ainda não foi legalmente regulamentando, gerando insegurança e dúvidas tanto para os pacientes, quanto para o quadro médico. Para que sua proposta seja plenamente eficaz, ainda se faz necessário um amplo debate e aprofundado estudo sobre o assunto possibilitando posterior regulamentação pelo Congresso Nacional, traçando os pontos principais e eliminando ao máximo possível as dúvidas e incertezas sobre o assunto, evitando, assim, brechas desnecessárias e diminuindo a insegurança para todos os envolvidos.

5. CONCLUSÃO

Com esse estudo, percebe-se a importância de se pensar e falar sobre a finitude da vida e as possíveis situações às quais, enquanto seres humanos e vulneráveis, podemos estar eventualmente submetidos, levando em consideração que a manutenção artificial de uma vida, muitas vezes, compreende tratamentos invasivos e uma baixa qualidade de vida para o enfermo, medidas questionáveis quando avaliadas sob o prisma do princípio da dignidade da pessoa humana.

Desta forma, a reflexão e o diálogo sobre o assunto detém extrema relevância, ao permitir o conhecimento de todas as pessoas envolvidas no processo de cuidado e eventual tratamento (amigos, familiares, profissionais da saúde, etc.) dos valores que são caros ao paciente em potencial, e quais limites ele impõe à medicina, de forma a garantir dignidade até os momentos finais de sua existência.

Compreendida a dignidade humana como um conceito abstrato e subjetivo, é de extrema importância o conhecimento do entendimento de cada paciente neste sentido, buscando efetivar seus valores e respeitar seus desejos de forma individual, concreta e, só assim, eficaz, uma vez que não é possível se partir de premissa de que todos os doentes possuem os mesmos conceitos, valores, e desejos.

Neste cenário, o Testamento Vital (ou Diretivas Antecipadas de Vontade) pode ser um instrumento de veras útil para o exercício da autonomia da vontade, podendo cada indivíduo levar em conta seus valores intrínsecos, seu conceito de dignidade e impor seus limites aos tratamentos aos quais quer (ou não) ser submetido.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Luis Roberto. **A Dignidade da pessoa humana no Direito Constitucional Contemporâneo**. 1 Ed. São Paulo: Fórum, 2012.

BERMEJO, José Carlos; BELDA, Rosa María. **Testamento Vital: diálogo sobre a vida, a morte e a liberdade**. São Paulo: Edições Loyola, 2015.

BRASIL. **Código Penal**. Vade Mecum 15 ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Vade Mecum 15 ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

_____. Conselho Nacional de Justiça, **I Jornada de Direito da Saúde**. São Paulo: 2014.

_____. **Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina**. Diário Oficial da União, 31 de agosto de 2012, Seção I, p. 269-70.

GONÇALVES, Bernardo. **Curso de Direito Constitucional**. 6. Ed. Salvador: JusPodivm, 2014.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Tradução de Márcia Sá Cavalcanti – Petrópolis: Vozes, 2008.

MARTEL, Leticia de Campos. **Direitos Fundamentais Indisponíveis: os limites e os padrões do consentimento para a autolimitação do direito fundamental à vida**. Universidade do Estado Do Rio De Janeiro - Centro De Pós-Graduação em Direito. Rio de Janeiro, 2010.

MENDONÇA, Patrícia Esteves de. **Testamento Vital: a dignidade pessoal, entre a heteronomia e a autonomia da vontade**. Universidade Católica de Petrópolis – Centro de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-Graduação em Direito. Petrópolis: 2017.

RICOEUR, Paul. **Escritos e Conferências 1: Em Torno da Psicanálise**. Edições Loyola, 2010.

_____. **O Justo 2: justiça e verdade e outros estudos**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.

VAZ, Jose Eduardo Parlato Fonseca; DIAS, Adriana Ribeiro. **Tratamento Paliativo como forma assecuratória de uma morte digna**. XXV Encontro Nacional do Conpedi - Direitos e Garantias Fundamentais II. Brasília, 2016