

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP  
CURSO DE DIREITO**

**FLAVIANA CONSTANTINO**

**TESTAMENTO VITAL - DIREITO A MORTE DIGNA**

**CAÇADOR  
2020**

**FLAVIANA CONSTANTINO**

**TESTAMENTO VITAL - DIREITO A MORTE DIGNA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como exigência para  
obtenção do título de Bacharel em Direito,  
do Curso de Direito, da Universidade Alto  
Vale do Rio do Peixe - UNIARP

**Orientadora:** Thiara Zen

**CAÇADOR  
2020**

## **TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Declaro para todos os fins de direito, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico conferido ao presente trabalho, isentando a Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, a coordenação do Curso de Direito, a Banca Examinadora e o Orientador de toda e qualquer responsabilidade acerca do mesmo.

Caçador, 15 de novembro de 2020

Acadêmica: Flaviana Constantino

---

Assinatura

## TESTAMENTO VITAL - DIREITO A MORTE DIGNA

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova com nota \_\_\_\_\_ este Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado no Curso Direito da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, como requisito final para obtenção do título de:

### BACHAREL EM DIREITO

---

Prof. Esp. Heitor Antônio Cofferi  
Coordenador do Curso de Direito

### BANCA EXAMINADORA

---

**Prof. Esp. Thiara Zen- UNIARP**  
(Presidente da Banca/ Orientador)

---

**Prof. Me. Roger Francisco Ferreira de Campos - UNIARP**  
(Membro da banca)

---

**Prof. Esp. Heitor Antônio Cofferi - UNIARP**  
(Membro da banca)

Caçador, SC, XXXX de 2020.

## **DÉDICATORIA**

Dedico esta monografia ao meu querido filho Diego Constantino Maciel, menino de ouro que é minha maior alegria, foi uma das minhas surpresas de 2017. Deus colocou você na minha vida no momento certo, e hoje aprendemos efetivamente a ser um o suporte do outro. Ser sua mãe me fez ver um mundo melhor, e querer todo dia evoluir um pouco, obrigada filho, por estar ao meu lado e viver ao meu lado.

## AGRADECIMENTOS

É um momento importante a finalização da minha graduação, agradecer apenas seria muito pouco. Primeiramente tenho gratidão a Deus, por momentos difíceis que passei até chegar nesse momento, me mantive firme e sempre acreditando em meus objetivos, nunca desisti dos meus sonhos, tive uma gestação na 5ª fase do curso, e não foi motivo para desistir, pelo contrário, foi um incentivo a continuar.

A minha querida mãe **Marli Terezinha Bechi Constantino**, mulher guerreira, amável e generosa, contigo aprendi a amar e a correr atrás dos meus sonhos. A minha conquista é a sua também, obrigada por além de ter me dado a vida e todo esse mundo e por ser meu exemplo de mulher de mãe e ser humano. Ao meu querido pai **Valdir José Constantino**, carrego seu sobrenome e suas afeições, palavras, ensinamentos, evolução. Agradeço os momentos em que vocês dois pude sempre contar. Que eu possa cuidar-lhes de vocês como fui cuidada e amparada desde de meu nascimento. Sejamos grandes para o mundo e pequenos para nossos pais. Eles são o amor mais próximo do amor de Deus.

A minha irmã **Danieli Constantino**, minha companheira de vida, de inúmeros momentos, Deus escolheu-me para ser sua irmã, e cuidar de ti como cuida de mim, essa conquista é sua também, por toda ajuda, compressão e palavras sábias. Saiba que tem um lugar reservado no céu. Torço por seu sucesso, e suas conquistas, eu estarei de pé aplaudindo todas. Agradeço pela minha querida cunhada **Luana Maria de Assis**, mulher determinada, indomável. Muitas coisas em comum temos, seu coração e sua generosidade encanta, mulher de um sorriso tímido mas uma amiga que posso chamar, sou grata por tudo e por tanto que faz por mim e pelo meu filho.

A minha querida irmã **Raquel Bechi Constantino**, parceria da vida, mulher cheia de virtude, puro carisma e de um coração imenso, quero estar ao seu lado, dando apoio em todas suas vitórias, torço com todo meu coração por seu sucesso, obrigada por estar ao meu lado.

A minha professora **Thiara Zen**, obrigada por ter aceito meu convite, e ter se doado por completo nesse trabalho, você é mulher guerreira, gentil e de um coração

amável, em inúmeras vezes foi meu suporte, meu refúgio, eu não poderia ter escolhido uma melhor orientadora, tinha que ser você. E será sempre lembrada, em toda minha vida, por onde eu andar, e por todo conhecimento que obtive, você mudou a minha existência. Gratidão eternamente.

Agradeço ao meu novo Coordenador **Heitor Antonio Cofferi** pelo seu comprometimento com a Universidade, com todos nos acadêmicos, e por toda ajuda que sempre estive à disposição, por ter esse coração imenso e generoso. Torço por sua gestão no curso de Direito, e tenho plena certeza que fará o curso ser ainda melhor. Ao meu orientador **Roger Francisco Ferreira de Campos**, por tudo o apoio, orientação e repassar conhecimento. Sempre disposto a ajudar, em horários extraordinários e por sua paciência, saiba que sempre terá meu respeito e minha total gratidão.

**A Equipe Metodológica**, mesmo com pandemia, e tudo esse momento atípico que estamos enfrentando, vocês foram meus maiores auxiliadores, pacienciosos, cuidadosos, muitas vezes eu chorei do outro lado da tela, por não entender, e do outro lado sempre tinha alguém estava lá sem julgamentos, um ser humano com o coração disposta a simplesmente me ajudar. Nós sábados de manhã e à noite, foram meus companheiros. Não conheço ninguém pessoalmente, mais saibam que sempre terei gratidão por toda equipe.

**A minha turma** de direito 2/2015, a maioria de nós chegou até aqui, eu amo todos, estiveram ao meu lado, em inúmeros momentos. Na gestação, ao nascimento do meu filho. Tenho um carinho por todos os professores da UNIAPR também. Espero ter deixado marcas, e ter mostrado um pouco da minha essência. Todos serão sempre a minha maior saudade.

## RESUMO

O testamento vital é conhecido como Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), sendo um documento pelo qual o paciente tem a autonomia de decidir sobre a recusa ou aceitação de tratamentos nas situações clínicas de doenças terminais, doenças iminentes ou quando não puder mais se expressar e tomar decisões. Seus efeitos são inter vivos, diferindo de um testamento civil em que seu efeito é inter mortis. Sua formulação é pública e sem custo, podendo ser cancelada à qualquer momento. Portanto, o presente trabalho tem o objetivo de analisar todo o instituto da Resolução do Conselho de Medicina nº 1.805 de 2006 e 1995 de 2012 (CRM), adentrando no projeto de Lei nº 149 de 2018 que ainda tramita no Senado Federal sobre as diretivas, analisando a evolução estrangeira, nos países que há legislação e quais os requisitos, visto que não tem legislação vigente no Brasil, mas possui força de Lei, sob o viés de se ter uma morte digna sem sofrimento desnecessário resguardados pela Constituição. Para desenvolvimento do estudo, realizou-se a revisão bibliográfica de livros, artigos, jurisprudências por meio do método indutivo, acerca da aplicabilidade e validade do Testamento Vital na vida de todos os indivíduos e na sociedade atual. Assim, averiguou-se que as diretivas antecipadas da vontade e suas espécies como mandado duradouro são constitucional em sua natureza jurídica, protege os direitos dos pacientes em momentos de fragilidade, interligando os direitos fundamentais com os direitos do código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina. Sendo assim, conclui-se, a carência de informação sobre o tema na sociedade e nos órgãos de comunicação, a formulação parte do princípio constitucional da autonomia vontade, necessitando da aprovação do projeto Lei nº 149 de 2018 que está tramitando no Senado Federal, estabelece sobre as diretivas, e sua aplicabilidade, protegendo ambas as partes de um testamento vital, o profissional da saúde o paciente e todos os envolvidos, atribui-se os princípios da autonomia do paciente, a dignidade da pessoa humana, a ortotanásia, prática que é foi regulamentada, todos protegidos pela Lei Pátria.

**Palavras-chave:** Testamento Vital. Autonomia. Dignidade da Pessoa Humana. Constituição. Diretivas Antecipadas da Vontade. Mandado Duradouro.



## ABSTRACT

The living will is known as Advance Guidelines of Will (DAV), being a document by which the patient has the autonomy to decide on the refusal or acceptance of treatments in the clinical situations of terminal illnesses, imminent illnesses or when he can no longer express and make decisions. Its effects are inter vivo, differing from a civil will in which its effect is inter mortis. Its formulation is public and free of charge, and can be canceled at any time. Therefore, the present study aims to analyze the entire Institute of Medical Council Resolution No. 1,805 of 2006 and 1995 of 2012 (CRM), entering Law Bill No. 149 of 2018 that is still pending in the Federal Senate on the directives, analyzing foreign developments, in countries where there is legislation and what the requirements are, since there is no legislation in force in Brazil, but it has the force of law, under the bias of having a dignified death without unnecessary suffering protected by the Constitution. For the development of the study, a bibliographic review of books, articles and jurisprudence was carried out by means of the inductive method, about the applicability and validity of the Vital Testament in the lives of all individuals and in the current society. Thus, it was found that the advance directives of the will and its species as a lasting warrant are constitutional in their juridical nature, protecting the rights of patients in times of fragility, linking the fundamental rights with the rights of the code of Medical Ethics and the Federal Council of Medicine. Thus, it is concluded, the lack of information on the topic in society and in the media, the formulation starts from the constitutional principle of autonomy will, requiring the approval of the project Law n° 149 of 2018 that is being processed in the Federal Senate , establishes about the directives, and their applicability, protecting both parts of a vital will, the health professional, the patient and everyone involved, the principles of patient autonomy, the dignity of the huma.

**Keywords:** Vital Testament. Autonomy. Dignity of human person. Constitution. Anticipated Directives of the Will. Lasting Warrant.

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>11</b> |
| <b>1 DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....                                       | <b>13</b> |
| <b>2 DESENVOLVIMENTO</b> .....  | <b>14</b> |
| 2.1 BIODIREITO E BIOÉTICA.....  | 14        |
| 2.1.1 Escorço Histórico da Ética Médica .....                                   | 14        |
| 2.1.2 Princípios Norteadores da Bioética .....                                  | 16        |
| 2.1.3 Princípio da Autonomia da Vontade .....                                   | 17        |
| 2.1.4 Princípio dos Valores Constitucionais.....                                | 19        |
| 2.1.5 Princípio da Dignidade da Pessoa Humana .....                             | 20        |
| 2.1.6 Princípio do Direito da Vida e da Morte .....                             | 22        |
| 2.1.6.1 Eutanásia .....   | 22        |
| 2.1.6.2 Ortotanásia.....  | 25        |
| 2.1.6.3 Distanásia .....  | 27        |
| 2.2 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE .....                                      | 30        |
| 2.2.1 Escorço Histórico de Vontade .....  | 30        |
| 2.2.2 Aspectos Extrajudiciais.....  | 32        |
| 2.2.3 Resolução nº 1805/06 do CFM.....  | 35        |
| 2.2.4 Resolução nº 1995/12 do CFM.....  | 39        |
| 2.3 O TESTAMENTO VITAL NO DIREITO BRASILEIRO FRENTE AO DIREITO<br>INTERNACIONAL |           |
| COMPARADO.....  | 42        |
| 2.3.1 Testamento Vital na Legislação Argentina.....                             | 42        |
| 2.3.2 Espanha.....  | 45        |
| 2.3.3 Estados Unidos da América.....  | 46        |
| 2.3.4 França.....   | 49        |
| 2.3.5 Itália.....   | 51        |
| 2.3.6 Projeto de Lei nº 149 de 2018 .....                                       | 51        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | <b>55</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>57</b> |



## INTRODUÇÃO

O testamento vital é um documento distinto do testamento civil, mas suas características são similares, por ambos serem um ato unilateral, formal, revogável, personalíssimo e necessidade de capacidade civil, sendo que o tema abordado não se assemelha. O testamento vital é formulado ainda em vida e, como qualquer declaração que seja registrada em cartório, pode ser suspensa a qualquer momento. É fundamentado pelos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal, atribuindo dignidade à pessoa humana e a autonomia da vontade, podendo o paciente decidir sobre tratamentos de doenças terminais (DANTAS, 2020).

Conhecida no Brasil como diretiva antecipada de vontade, e também como testamento de vida (PEREIRA, 2020), atualmente não existe uma jurisprudência específica que defenda essa modalidade de escolha e recusa. Na data de 30 de agosto de 2012 a Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1995/2012 a autonomia de Ainda que o Brasil seja um país que abrange todo poder judiciário, o testamento pode se afirmar que tem defesa constitucional referem a normas jurídicas não específicas, sendo que antes da implementação do código de ética, foi recepcionado no Conselho Federal de Medicina vontade do paciente e colocando em destaque a efetivação do testamento vital (GENOVEZ, 2020).

Com relação as modificações das leis atuais, o grande problema é ausência de lei específica no legislativo sobre o tema, trazendo normas constitucionais e infra legais permanentes no nosso ordenamento fortalecendo sua aplicabilidade, passando também pela análise de Resoluções da CFM, Enunciados de Jornadas, tratativa do tema no Poder Judiciário (DANTAS, 2020).

A vida é um direito adquirido ao nascimento, engloba os direitos fundamentais. Contudo, o artigo 2º do Código Civil resguarda ainda os direitos do nascituro, no direito constitucional, nas religiões e filosofias (BRASIL, 2002). O mais importante de todos os direitos acompanha a pessoa até a sua morte, e também como, efeitos reflexos para além dela. Frise-se que a vida não traduz só o direito de existir, mas sim, o de desfrutar de uma vida digna, até ao momento de sua partida, o que inclui a possibilidade de optar por se submeter ou não a tratamentos de saúde quando há presente risco de morte (DANTAS, 2020).

Considerando as diferenças entre distanásia, eutanásia e a ortotanásia e com exceção da ortotanásia, estas modalidades são passíveis de sanção penal no Brasil, o consentimento e a autonomia do paciente, sua evolução e problemas que norteiam ao Biodireito e a bioética, questionam de fato a realização dessa declaração bem como, sua gratuidade e locais de elaboração, sua evolução histórica, sua aplicabilidade em solo pátrio (SANTOS, 2015). Portanto, o objetivo geral do presente trabalho é pesquisar sobre a validade e as limitações da declaração prévia de vontade do paciente, analisando pontos negativos e positivos, sob o viés dos direitos fundamentais, amparada pela doutrina estrangeira.

Quanto aos objetivos específicos, encontra-se: a) Análise da evolução da ética médica, princípios do instituto da bioética, princípio da dignidade humana, da autonomia e do direito fundamental à vida digna; b) As diretivas da vontade, sua evolução, contempla sua validade e o prazo para sua formulação, os aspectos extrajudiciais, sobre a sua aplicabilidade baseado na Resolução do CFM nº 1.805 e nº 1995 de 2012, c) Análise do direito estrangeiro abrangendo vários países e sua aplicabilidade, e discorrer sobre o projeto de Lei nº 149 de 2018, ainda em análise no Senado Federal.

## 1 DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

O presente trabalho é caracterizado como um estudo bibliográfico, abrangendo uma revisão narrativa acerca dos princípios que compõe o testamento vital no Brasil e em outros países como Estados Unidos da América, Portugal, Turquia e Inglaterra, tendo como base, as Resoluções do CFM nº 1.805 de 2006 e nº 1995 de 2015. Um dos pilares da pesquisa é a Constituição Federal princípios da dignidade da pessoa humana, o direito da vida e da morte, princípio da autonomia e valores constitucionais, os aspectos e elementos essenciais desse instituto, abrangendo a eutanásia, distanásia e a ortotanásia.

Avaliou-se o projeto de lei nº 149 de 2018 que trata de diretivas antecipadas de vontade e está em trâmite no Senado Federal atualmente. Considerando a diretiva antecipada de vontade como um instrumento em prol do direito à morte digna, questionou-se a viabilidade de instauração do testamento vital e seus limites no ordenamento jurídico brasileiro. A pesquisa bibliográfica foi realizada em caráter indutivo, bem como as resoluções da CMF, doutrinas e livros do âmbito jurídico, revistas online, artigos publicados a cinco anos retroativos, jurisprudências, periódicos, na doutrina no campo da área Civil e na Constituição Federal.

O estudo foi iniciado no primeiro semestre de 2019 e finalizado no último semestre de 2020, com base nas especificações da Normatização da UNIARP (UNIARP, 2019) e da Associação Brasileira de Normas Técnicas 6023 (ABNT, 2018).

Sendo assim, o primeiro capítulo, apresenta a autonomia no direito brasileiro à luz do princípio da dignidade humana, a autonomia privada do direito fundamental à vida digna, os institutos da bioética e biodireito, e as diferenças existentes entre os termos, ortotanásia, eutanásia, e distanásia.

O segundo capítulo, analisa as diretivas da vontade, sua evolução e os casos sujeitos pelo viés religiosos e pela bioética, contempla sua validade e o prazo para sua formulação.

E no terceiro capítulo, aborda-se uma pesquisa sobre a aplicabilidade do testamento vital no direito brasileiro à luz da resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.805 e nº 1995 de 2012, da doutrina e da jurisprudência, no direito comparado e internacional, abrangendo vários países.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1. BIODIREITO E A BIOÉTICA**

Este tópico discorre acerca da evolução da bioética e seus princípios, bem como do Biodireito. Em conjunto com a evolução da Ética Médica e seus avanços atuais, abordou-se os princípios fundamentais da dignidade da pessoa humana analisando o direito à vida e da morte digna e natural, destacando os institutos da distância e ortotanásia, e a eutanásia proibida pela lei pátria, adentrando na autonomia do indivíduo e na jurisprudência constitucional.

#### **2.1.1. Escorço Histórico da Ética Médica**

Conforme a nova Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.931/09 outorgada a partir de 13 de outubro de 2009, o Código de Ética Médica obteve inúmeras alterações. Colocando em foco o princípio da benevolência e da autodeterminação (princípio da autonomia) o código teve sua gênese há mais de duas décadas. Porém, sua evolução é constante, com alterações que visam o médico e o paciente em sua autonomia de escolha e cuidados paliativos, sendo respeitada pelos médicos e encarregados da saúde, acentuando um grande respaldo no instituto do biodireito, e na esfera da bioética conforme os avanços ocorridos (MASSAROLI, 2017).

Na idade média, o direito e a ética andavam juntos, mas sem necessariamente se interdependem, não sendo diferente no âmbito médico em que a ética tem a finalidade da responsabilidade no caso clínico (individual) (MONTE, 2009). Quanto ao direito a responsabilidade coletiva, para Monte (2009, p. 408), “sua evolução ocidental é advinda da moralidade e oriunda do cristianismo na época do feudalismo, iniciando pela religiosidade, após na era filosófica; era monástica; domínio laico.”

O Artigo 22 do Código de Ética Médica ressalva a importância do consentimento do paciente após o conhecimento prévio do seu caso clínico, é vetado ao médico realizar qualquer procedimento sem a autorização do paciente, conforme cita França (2019, p. 113), “todo indivíduo tem o direito de ser autor do seu próprio destino, e optar pelo caminho que quer dar a sua vida, a atividade médica, mesmo indiscutível valor, não implica um poder excepcional sobre a vida ou o corpo de alguém.”

Quando o médico impossibilita o paciente da liberdade de escolha acerca de tratamentos, estará, portanto, violando direitos constitucionais. Somente será admitida tal atitude nos casos que a vida humana está em risco eminente, fora esse contexto, o médico está livre para sofrer sanções baseando-se no artigo 146 do Código Penal brasileiro, pelo crime de constrangimento ilegal (FRANÇA, 2019). Alcione (2016, p. 41) preleciona que “admitindo que a autonomia e a dignidade da pessoa humana são reconhecidas como princípios constitucionais, conclui-se que devem fundamentar as decisões em qualquer das instituições políticas e sociais”.

Monte (2009, p. 407) explica a evolução da ética médica nos dias atuais;

“[...] a ética poderia, talvez, ser definida como a ciência da moral. Sua importância sobre a atividade médica reside no fato de que esta não é uma atividade puramente técnica, embora, desde o século XIX, a técnica venha tomando dimensão cada vez mais ampla no exercício da medicina. (Contudo, à medida que se criam novas técnicas surgem novos problemas morais ou gera-se nova visão sobre antigas questões. Por mais impessoal que a técnica torne a conduta médica, não esgotará o problema ético”.

A Resolução do CFM nº 1805/2006 regulamentou a ortotanásia nas situações de tratamento paliativo e doenças incuráveis, dispondo que o médico poderá analisar o caso clínico e auxiliar nas opções cabíveis, podendo ser práticas paliativas demonstrando o respeito clínico diante de uma situação do Testamento Vital dentro da ética médica e a possibilidade de uma morte digna em situações de doenças terminais e tratamentos desnecessários (MASSAROLI, 2017).

Na relação entre médico e paciente, Ruger (2019, p. 160 apud BONNA; LISBOA; 2019, p. 09) menciona que:

“A finalidade maior do consentimento informado é a concretização de um acordo sobre o escopo, as finalidades e os limites da atuação médica. Além disso, consiste no único meio possível de definir, num caso concreto e unicamente aplicável a esse, aquilo que possa ser considerado como “bom” para o interessado”.

Apesar da inclusão e entendimentos do testamento vital com base no Código de Ética, existe carência em sua aplicabilidade, no momento que se encontra o paciente-médico e o conflito na parte familiar, apenas uma inclusão do direito no código dentro da CFM não é suficiente para sanar os conflitos, necessitando desta forma, posição juridicamente e sua efetivação dentre os moldes constitucionais brasileiros (DADALTO, 2013).



### 2.1.2 Princípios Norteadores da Bioética

Devido ao grande avanço tecnológico e da medicina, a bioética surge para resguardar a vida humana e animal como um todo e no que delimita a conduta moral. Originalmente do grego, “*bios*” significa a vida e toda sua existência e “*ethos*” a conduta moral. No direito, aplica-se como um instituto contra qualquer meio de causar sofrimento, ou de experimentos em humanos “cobaias” (PORFÍRIO, [2008?]), de acordo com (AGNOL, 2005, p. 07), “a bioética nasceu, portanto, como uma tentativa de pensar a vida como um todo, sem separá-la da ciência e da tecnologia. Estes devem estar a serviço delas, e não são neutras sob o ponto de vista valorativo”.

A Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), no ano de 2005, efetiva os direitos da bioética no avanço técnico-científico na esfera dos direitos humanos e no Biodireito (UNESCO, 2005).

Os princípios da bioética principalista são a autonomia, a não maleficência da justiça e a beneficência, criada por *Tom Beauchamp* (1939) e *Jones Childress* (1940), surgindo através disso, o comitê da bioética. Em conformidade com o avanço da medicina os conflitos entre médico e paciente surgem na mesma intensidade, o comitê de ética torna-se então uma forma de solucionar os conflitos, respeitando culturas e religiosidades e a dignidade individual, não sendo um instituto de punição mas de orientação, e principalmente frente aos valores humanos (GOZZO; LIGIERA, 2012).

Seus modelos explicativos – principalíssimo e personalismo se constituíram sob princípios éticos para as práticas na área das ciências da vida e da saúde em detrimento aos abusos cometidos com seres humanos e sua anuência de normas éticas que coibissem tais incorreções de conduta (RODRIGUES, 2009 apud DINIZ, 2015).

Após a criação da Sociedade Brasileira da Bioética (SBB) em 1995, seu principal objetivo no Brasil foi estimular o entendimento da prática médica desenvolvendo a aplicabilidade na vida dos profissionais da saúde, afim de desenvolver com vários grupos sociais juntamente ao Conselho Federal de Medicina, afim de agregar conhecimento e afinidade em relação as questões da bioética e o biodireito formando projetos, ações comunitárias, desempenhando grupos de apoio que estão ativamente na pratica terapêutica. Em conformidade com

o código de ética médica, efetivou-se essa importante instituição na vida do indivíduo (SBB, 1995).

O termo “bioética” ou “ética da vida” surgiu em 1927, com o artigo chamado “Bioética Pontes para o Futuro” de Van Rensselaer Potter, estabelecendo as bases conceituadas nesta nova área de estudo (GOLDIM, 2006).

A importância da Bioética se dá através de inovações da medicina frente a situações de doença terminal, comportamento do profissional da saúde, determinando a autonomia do paciente, podendo ser utilizado o testamento vital ou a ortotanásia em situações de doenças terminais. Levando em consideração a proteção do médico, que opta por escolher pausar tratamentos de pacientes terminais, e não responder por suas ações clínicas no judiciário. O biodireito regulamenta junto com a bioética o direcionamento nos avanços tecnológicos e terapêuticos (SZLACHTA, [entre 2013 e 2016]).

O Direito à vida prevalecerá sobre qualquer outro, seja ele de liberdade religiosa, integridade física ou mental constituídas de grande fundamento jurídico e interligados a bioética através do biodireito para situações problemas nas quais o direito deve atuar (FERNANDES, 2000 apud FLORES; ORSELLI, 2013). Conforme Moreira (2013) a bioética analisa as práticas da evolução tecnológica e terapêuticas dentro do parâmetro da sociedade, as adaptações dos indivíduos frente ao judiciário, buscado definir limitações para tais aperfeiçoamentos científicos.

### **2.1.3 Princípio da Autonomia da Vontade**

A autonomia da vontade tem origem grega e significa liberdade e autossuficiência (RAMOS, 2014). De acordo com Mendonça (2018, p. 88) “o princípio da autonomia privada, anteriormente, conhecido como autonomia da vontade, era praticamente absoluto na era do liberalismo”.

Tratando-se do respeito à autonomia do indivíduo, responsável por si, e cabendo a ele decidir se quer ser tratado ou se quer participar de estudo científico (PÓRFIRO, 2008). Zancanaro (2007 apud CERVI, 2018, p. 103) “busca-se garantir a voluntariedade na aceitação de tratamentos por meio da tomada de decisões pelo próprio paciente ou, em casos de impossibilidade, por sua família”.

A evolução da autonomia do paciente detém constante progresso. Seu conceito se propagou nos Estados Unidos da década em 1970, e na Europa entre 1980 e 1990.

Já no continente asiático bem como no Brasil, começa a ser difundido apenas a partir da década de 90, com debates pertinentes acerca do paciente acamado ou submetido a tratamentos deve, desde que não se choque com a autonomia pública, ou seja, que conserve o direito de decisão dos indivíduos sem interferência de terceiros DADALTO, 2015).

Neste sentido, Amaral (2006, apud LIMA; MARTINEZ, 2016, p. 01) menciona;

O poder negocial confere aos particulares a capacidade de regular, via negócio jurídico, o exercício de sua própria autonomia privada, as relações às quais participam, estabelecendo-lhes o conteúdo e a respectiva disciplina jurídica que, por via de consequência, é fundamental tanto nas situações jurídicas patrimoniais quanto nas existenciais.

Sgreccia (1996, p.167 apud SCARIOT, 2017, p. 114) conceitua; “para que o indivíduo-paciente exerça sua autonomia de escolha, o médico deverá informar as reais possibilidades de tratamento do enfermo”. Informando, e as manifestações da equipe médica, exercendo a autonomia sendo paciente (RAMOS, 2003, apud SILVA, 2008). A liberdade somente poderá ser exercida se houver o Estado para garanti-la e conferir validade aos atos realizados no exercício da autonomia pessoal (GARBIN, 2018).

O princípio da autonomia privada é o direito que defende e preserva a integridade física e mental, independente suas motivações (MOURA, 2017). Afirma Sgreccia (1996, apud SILVA, 2018, n.p.) “que este princípio impõe o respeito devido aos direitos fundamentais do homem, inclusive, o da autodeterminação, ou seja, tal princípio tem como base o respeito mútuo e inspira: não faças ao outro aquilo que não queres que te façam.”

Mesmo que a autonomia da vontade seja uma liberdade ela não é absoluta. Neste aspecto teórico da ética da vida, tem-se como objetivo a vida, a dignidade da vida e o Biodireito do direito que nela existe, atua de forma a regulamentar e fundamentar a atuação da ciência na vida humana, animal, e no meio ambiente (DADALTO, 2018). Em pesquisa realizada no programa de Cardiologia do Incor em São Paulo em 2012, com médicos residentes, comprovou-se por maioria dos votos, com 83,3%, a intenção de se respeitar a vontade do paciente frente a um quadro clínico de doença terminal sem questionamentos (GRINBERG; CHEHAIBAR, 2012) demonstrando desta forma, que a aceitação do testamento vital está se adequando as mudanças atuais.

Na relação entre médico e paciente, o respeito pela delicada situação que ambos se encontram é fundamental. O médico como a maior autoridade na situação clínico do paciente e o enfermo com sua autonomia, se tornam iguais em circunstâncias imprevistas e podem se adequar dentro de suas limitações e entendimentos opostos. Contudo, o principal objetivo sente se constituindo pela vida e pela saúde, respeitando os direitos individuais (BONNA; LISBOA, 2019).

No âmbito do direito médico, a autonomia do paciente tem sido designada como direito ao consentimento informado, por ser este um direito fundamental do enfermo (DADALTO, 2013). O consentimento livre e esclarecido pode ocorrer em várias situações que envolvam aspectos médicos, sem, contudo, configurar uma relação médico paciente, como o consentimento necessário para pesquisas que envolvam seres humanos entende-se que o consentimento tem o papel de princípio basilar, pois é informador deste contrato, respeitando a dignidade humana (DADALTO, 2015).

#### **2.1.4 Princípio dos Valores Constitucionais**

A Constituição Federal de 1988 é formada por normas aplicadas pelo controle de constitucionalidade atribuídos para a sociedade. Por se tratar de norma absoluta, tem poder de sanção administrativa e judicial. Quaisquer atos que forem contra a supremacia serão contra o poder estatal e a contra a União governamental, (BARROS, 2015). Os direitos fundamentais estão elencados no artigo 5º, o principal artigo frente ao indivíduo, sendo que o:

“[...] Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes” (BRASIL, 1988, n.p).”

Para Mendonça (2017), nunca se falou tanto em valores constitucionais como vem sendo abordado nos dias atuais, uma vez que estes valores são o condutores dos direitos fundamentais como a vida e a morte e, em meio a isso, o direito de exercê-las dignamente com autonomia e liberdade de decisão.

A justiça é aplicada violando a dignidade humana para os cidadãos. Acerca do conceito dos direitos fundamentais, Kant (2009, p. 83 apud Mendonça, 2017, p. 92) menciona de forma ampla a conduta hermenêutica constitucional, que o:

“[...] valor da dignidade alcança todos os setores da ordem jurídica. Eis a principal dificuldade que se enfrenta ao se buscar delinear, do ponto de vista hermenêutico, os contornos e os limites do princípio constitucional da

dignidade da pessoa humana. Uma vez que a noção é ampliada pelas infinitas conotações que enseja, corre-se o risco da generalização absoluta, indicando-a como ratio [sic] jurídica de todo e qualquer direito fundamental. Levada ao extremo, tal postura hermenêutica acaba por atribuir ao princípio um grau de abstração tão completo que torna impossível qualquer aplicação”.

Segundo a diferença do indivíduo sob um estado dos direitos fundamentais enquanto pessoa humana é direcionado ao pluralista abrangendo vários direitos mais caracterizado coletivamente, o sujeito é o principal paradigma para a elaboração da Constituição, para defender direitos, sendo o abuso, intolerância, a desigualdade, violência, desonestidade, entre inúmeros outros, a muito tempo isso ocorre, e por esse motivo é efetivado em Lei, nos direitos primordiais (COELHO, 2006 apud TORRES, 2006 p. 18).

### **2.1.5 Princípio da Dignidade da Pessoa Humana**

Os direitos fundamentais são valores supremos e invioláveis. A dignidade da pessoa humana é recepcionada pela Constituição Federal de 1988 em seu art. 1º, inciso III, caracterizando-se pela defesa e realização de toda coletividade ou individual (VITOR, 2015). Logo, “assegura à pessoa o direito de não ser alvo de qualquer ato degradante ou desumano (BARROSO, 2012, p. 24 apud MALLETT, 2015, p. 08).

A conceitualização é relativa, tudo que for contra os valores intrínsecos da dignidade é caracterizado como crime ou delito, principalmente por ser norma constitucional, para a Bioética e o Biodireito, no momento em que o assunto envolver a vida, a morte e o corpo, a dignidade está presente como algo a ser respeitado (MALLETT, 2015).

Nas palavras de Sarlet (2007, p. 29) quanto a Dignidade da Pessoa Humana;

“[...] a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que asseguram 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 da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.”

Um dos fundamentos biselares da dignidade é a liberdade, a justiça, da ética e do direito, todos interligados ao Biodireito e Bioética. “O ser humano no sentido concreto, é obrigação da sociedade para a necessidade de uma existência digna, bem

como propiciadas as condições indispensáveis para o desenvolvimento de suas potencialidades” (FARIAS, 1996 apud DADALTO, 2015, p. 63).

O entendimento da dignidade não é relativo somente ao corpo ou a conceitos exatos, mas contempla toda a forma de decisão, não havendo em hipótese alguma intercessão de intercessores. Podendo assim, aplica-la de fato diante de situações decorrentes de autossuficiência. Sobrepor a dignidade na sociedade é uma forma de exercer cidadania (TAVARES 2016, p. 443-444 apud CURY, 2016, p. 108).

Para Moraes (2003, p. 41) a dignidade surge dos valores espirituais e sociais, na proteção de todo o ser humano, conforme cita;

“[...] A dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos”.

Nesse contexto, destaca-se o princípio da autonomia de vontade possibilitando qualquer pessoa, seja paciente ou não a exercer esse direito. Autorizando um representante pode ser um mandatário ou quem for direcionado, a respeitar a vontade imposta. Não havendo intermédios culturais de crenças, colocando-se como responsável em relação as decisões a nele inerentes, respeitando a intimidade e circunstâncias do indivíduo, e sempre igualizando a presunção que nele foi incidida, a dignidade em seu viés de autonomia vai de encontro ao indivíduo e ao direitos individuais (DADALTO, 2015).

## **2.1.6 Princípio do Direito da Vida e Morte**

### **2.1.6.1 Eutanásia**

A eutanásia é a antecipação programada da morte de um paciente com diagnóstico de uma doença irreversível ou terminal, a pedido ou não da família diante do fato de sua incurabilidade (DINIZ, 2009). Inúmeros doutrinadores citam a eutanásia como a prática da morte antecipada de alguém, em estado de sofrimento, prolongando-o desnecessariamente (RANGEL, 2018). Para Ribeiro (2017), a

eutanásia é um processo para se ter uma morte merecedora, devido ao caso clínico irremediável, pondo um fim a situação de ecúleo do paciente.

Neto (2015, p. 14) aborda a evolução histórica da eutanásia, apresentando que;

“[...] Por volta das décadas de 30 e 40 do século XX ocorre uma mudança sobre o que seria a eutanásia. Antes se entendia eutanásia pela mera disposição que se fazia de pessoas portadoras de doenças terminais e consideradas indesejáveis (como nos 12 casos históricos na Grécia, etc., dispostos acima). Nestes casos a eutanásia, era na realidade, um homicídio. É possível observar da mesma maneira nos primeiros casos citados, a eutanásia também praticamente se confundia com a eugenia. Em 1956 houve o posicionamento da Igreja Católica, de forma contrária à eutanásia, por ser contra a “lei de Deus”. Contudo, em 1957, o Papa Pio XII aceita publicamente, o que viria a ser conhecido como eutanásia de duplo-efeito”.

Existem várias formas de eutanásia, dentre elas, eutanásia ativa direta, ativa indireta e a negativa, ambas as possibilidades levam ao fim inevitável, eutanásia ativa caracteriza-se pelo desligamento de aparelhos que mantêm o paciente vivo bem como, o uso de medicamentos letais pelo profissional médico (SANTOS, 2015).

A eutanásia passiva acontece quando há ausência de procedimentos por parte dos profissionais da saúde, que possam prolongar a vida do paciente. Através dessa distinção é normal que a última seja comparada com o tema do testamento vital, pois a intervenção ou a recusa será do paciente mesmo que a morte na maioria das vezes seja inevitável (SANTOS, 2015).

Com relação a Eutanásia Ativa, é a pratica que facilita o fim rapidamente e propositalmente do acamado, a eutanásia passiva é considerada uma ortotanásia, é a forma de terminalidade rápida mais com a diferença do cuidado com o fim da dor desnecessária que o paciente está sentido (SANTORO 2010 p.118 apud ARAUJO, 2014, p. 349).

A modalidade passiva é semelhante à ortotanásia. Sua finalidade é o respeito à vontade do paciente que deverá se materializar em documento escrito que não contradite as leis brasileiras vigentes visto que, são crimes previsto no artigo 121 do Código Penal Brasileiro (SANTOS, 2015).

O testamento vital não protege em hipótese alguma a eutanásia, o paciente detém oportunidade prévia de morte espontânea, sem intervenção artificial, em doenças terminais. Contudo, se o caso for o oposto disso, ou seja, se for com a vontade do paciente submeter-se a tratamentos e intervenções com o intuito de

prolongar um fim caracterizado como inevitável, a ortotanásia é então, autorizada (BANDEIRA, 2019).

Conforme prevê o art. 1º da Resolução nº 1.805 de 2006 do Conselho Federal de Medicina, autoriza a autonomia do médico e paciente “é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (CFM, 2006, n.p).

Alguns autores restringem o instituto da eutanásia à conduta médica. Nas palavras de Barroso e Martel (2012, n.p), o conceito;

“[...] é confinado a uma acepção bastante estreita, que compreende apenas a forma ativa aplicada por médicos a doentes terminais cuja morte é inevitável em curto lapso de tempo. Compreende-se que a eutanásia é a ação médica intencional de apressar ou provocar a morte – com exclusiva finalidade benevolente – de pessoa que se encontre em situação considerada irreversível e incurável, consoante os padrões médicos vigentes, e que padeça de intensos sofrimentos físicos e psíquicos.”

Em muitos casos, é a vontade de obter um fim digno, não permanecendo em aparelhos ou alimentação artificial, e sem a responsabilização de familiares ou órgãos públicos, tampouco aos profissionais médicos, imposição de terapias não desejadas quando as práticas clínicas ou cirúrgicas a serem adotadas não garantam a possibilidade de superação da doença ou, ao menos, uma evolução considerável ao estado de saúde do paciente (MELO, 2018).

Garbin (2018, p.126) indaga “não há justificativa para se obrigar alguém a sofrer, com prolongamento desmedido dessa situação, o que estaria violando direito fundamental da pessoa humana, dotada de dignidade intrínseca”.

Como analisa na CFM (2006, n.p) “permite ao paciente sua decisão em relação aos tratamentos que deseja ou não se submeter quando for diagnosticado com doença terminal”. Para que possa realizar de seu caso clínico piore ou estiver impossibilitado de manifestar sua vontade (SANTOS, 2015).

Não se encontra paridade em nenhuma lei brasileira, sendo prevista tão somente pelo Conselho Federal de Medicina, que orienta e defende o direito constitucional ao testamento vital, ressaltando, no entanto, que poderá ser negada a autonomia da vontade do paciente (MALLET, 2015).

No direito comparado, a eutanásia é vista e interpretada de forma distintas em inúmeros países. Na Holanda por exemplo, é permitida nos casos de doenças



terminais. Na década de 1984 surgiram acaloradas discussões sobre o tema, mas somente em 1993 o direito a eutanásia foi de fato efetivado, tornando aquele país um dos primeiros a legalizar a eutanásia (NETO, 2015).

Vitor (2017, p. 47) declara que a normatização das diretivas no país da Holanda é recente, protegendo a autonomia de vontade do enfermo, não confundindo com a eutanásia, conforme cita

[...] Os direitos dos pacientes ganham lugar no ordenamento jurídico holandês através da sua regulamentação no Act on the medical treatment contract de 1 de Abril de 1995, que vem a tomar-se parte do código civil holandês. A legislação holandesa reforça assim a importância do consentimento informado, considerando que a informação prestada ao paciente é fundamental para o exercício da sua autonomia, à semelhança inclusive do que acontece no nosso ordenamento jurídico no qual, o artigo 157 do Código Penal determina que tal consentimento só é eficaz quando o paciente tenha sido devidamente esclarecido. As “*nontreatment directives*”, que não se confundem com a declaração para a eutanásia, representam então o testamento de vida através do qual o paciente indica que tratamentos pretende ou não receber em certas circunstâncias”.

Os Estados Unidos da América foram os criadores no Testamento Vital e suas diretivas antecipadas. Entretanto, primeiramente legalizou-se o suicídio assistido, no estado de Oregon (EUA). Com o decorrer de inúmeros casos, e o surgimento da declaração antecipada da vontade, legalizou-se a eutanásia passiva. Hoje em dia, a eutanásia é legalizada (NETO, 2015).

No ano de 1938 criou-se o projeto de Lei chamando “*Euthanasia Society of America*” para autenticar a prática da eutanásia, não obteve êxito pois não era aceito pela sociedade. Apenas em 1967 devido ao surgimento da garantia da liberdade de escolha advindo do testamento vital a eutanásia foi então, regulamentada. Atualmente, nenhum profissional da saúde pode ser penalizado por aceitar os diretivas, a lei norte-americana protege todos os direitos, sendo a eutanásia passiva, suicídio assistido ou ortotanásia (VITOR, 2017).

No Japão, um dos países mais desenvolvidos tecnologicamente, a eutanásia sempre foi um tabu, devido a cultura dos antigos guerreiros em morrer com honra. O histórico cultural do povo retrocedeu muito a aplicabilidade da eutanásia. Antigamente, a prática do “*seppuko*” era adotada, tratando-se de uma forma simples de suicídio dos samurais destinados pela origem de seu povo e todos os ensinamentos passados de geração para geração, porém, aceita a morte voluntária que seria a eutanásia e o suicídio (NETO, 2015).

No Brasil a eutanásia não é legalmente permitida, de modo que apenas a ortotanásia é regulamentada pelo Código de Ética Médica com foco na autonomia do paciente (NETO, 2015).

#### 2.1.6.2 Ortotanásia

Ortotanásia deriva do grego e significa “morte correta” (CURY, 2016, p. 106). No CFM (2006, n.p) discorre sobre a importância “que o médico reconheça a necessidade da mudança do enfoque terapêutico diante de um enfermo portador de doença em fase terminal, para o qual a Organização Mundial da Saúde preconiza que sejam adotados os cuidados paliativos”.

É uma forma de aderir uma morte natural sem tratamentos dolorosos e invasivos, garantindo os cuidados paliativos por agentes da área da medicina, obrigando a ética médica em seus artigos fornecer todas as informações ao paciente para que a tomada da decisão seja da forma a amenizar o sofrimento de quem se encontra sem esperanças de melhoras (MENDONÇA, 2017).

Para Flora (2016, p. 86) “o conceito desse instituto abrange o paciente terminal que não deseja se submeter a tratamentos meramente paliativos, desejando morrer de forma a não afrontar sua dignidade”.

Significa dizer que, sob este enfoque, a ortotanásia deve ser encarada como prática terapêutica, garantidora da dignidade do paciente em estado de terminalidade confirmada, da sua autonomia e de seus familiares (DADALTO, 2006).

A Resolução nº 1.805 de 2006 do CFM regulamentou a prática da ortotanásia, nos artigos citados abaixo:

[..] Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. § 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar (CFM, 2006, n.p).

A ortotanásia ameniza o sofrimento e concretiza o direito ao fim natural, não ferindo a supremacia e os direitos constitucionais da lei pátria, por se tratar da dignidade em relação ao direito de morrer. A autonomia de escolha perante a uma doença dolorosa, cruel e incurável, aborda o paciente como autor da situação que se encontra, possibilitando a não intervenção de tratamentos desnecessários sendo que o fim é única opção possível (BANDEIRA, 2019).

Baeados nos fundamentos da dignidade da pessoa humana, e o direito ao corpo em a vida propriamente dita, a ortotanásia foi reconhecida pela Igreja Católica pela santidade “Encíclica Papal Evangelium Vitae do Papa João Paulo II em 1995, foi repudiado a distanásia e eutanásia, as enfermidades que são aceitas nessa modalidade são as terminais e com fim doloroso, e que usa-se hemodiálise (MASSAROLI, 2017). A causalidade da enfermidade não pode ser proporcional, de fato aconteça de forma previsível, ao contrário não teria motivos e efeitos o validamento da ortotanásia (MELO, 2018).

### 2.1.6.3 Distanásia

A distanásia é um prolongamento artificial voluntário do acamado com uma doença terminal, essa prática não tem qualidade de vida ao enfermo, causando tratamento desumano como prevê a Lei pátria brasileira (CARVALHO, 2017).

Em tempos em que a tecnologia científica e a terapêutica vem se modernizando na área de tratamentos de doenças, vem se afirmando ainda mais a aplicabilidade da distanásia no caso clínico de pacientes. Na maioria dos casos, mesmo sem cura comprovada, custando mais dor e sofrimento psicológico ao paciente (RIBEIRO, 2017).

A distanásia “[...] trata-se da morte em seu tempo adequado, não combatida com os métodos extraordinários e desproporcionais utilizados” (CRIPPA; PITHAN; BONHEMBEGER, 2019, n.p).

Barroso e Martel (2010, p. 273) explicam as distinções das práticas da eutanásia, distanásia ortotanásia e do Suicídio assistido no ordenamento jurídico, cita;

[...] alguns conceitos devem ser bem demarcados. Eutanásia consiste no comportamento ativo e intencional de abreviação da vida de um doente terminal, adotado pelo profissional de saúde, com finalidade benevolente. Suicídio assistido é a retirada da própria vida com auxílio de terceiro. Distanásia é o retardamento máximo da morte, inclusive com o emprego de

meios extraordinários e desproporcionais. Ortotanásia identifica a morte no tempo certo, de acordo com as leis da natureza, sem o emprego de meios extraordinários ou desproporcionais de prolongamento da vida. Elementos essenciais associados à ortotanásia são a limitação consentida de tratamento e os cuidados paliativos”.

É caracterizada desta forma quando o paciente não deseja tratamentos em seu estado de doença terminal, alegando que os mesmos, vão de fato prolongar a vida porém, sem qualidade. Todo o avanço terapêutico e científico que resultou no aumento da expectativa de vida do ser humano principalmente dos países ocidentais, trouxe junto a premissa de que o paciente ficará vivo a todo custo, não levando em consideração os meios artificiais ou o sofrimento que o paciente estará submetido (GIACOMOLLI, 2015).

A distanásia é o atraso do ciclo natural da morte, em situações nas quais o fim é inevitável. Utiliza-se de métodos artificiais que resultam em dor e sofrimento contínuos, fazendo uso de métodos demasiadamente ofensivos e, tratando muitas vezes o paciente como objeto ou cobaia da tecnologia e tratamentos terapêuticos inúteis (CURY, 2016).

Para Vitor (2017, p. 91) a distanásia é aceita como forma de interromper o curso natural da morte, prologando-se ininterruptamente, chamando também da:

“[...] prática denominada distanásia ou encarniçamento terapêutico. O médico deve então, como já referimos, abster-se de praticar intervenções de prolongamento artificial da vida quando tal represente um meio fútil ou inútil de tratamento, isto é, sabendo que no estado atual da ciência, tal prática não conduzirá à melhoria ou cura do estado de saúde do paciente podendo, pelo contrário, trazer-lhe mais sofrimento. Daqui resulta, claramente, a ideia de morte digna ou o direito de morrer em paz”.

A antiga Resolução 1.805 de 2006 do CFM, após a sua atualização do código ética médica garantia a manutenção da utilização da distanásia, atenta ao posicionamento do médico não respeitando o enfermo portador de doença vital e em fase terminal, submetendo-o a tratamentos desumanos, cita:

“[...] o médico é aquele que detém a maior responsabilidade da “cura” e, portanto, o que tem o maior sentimento de fracasso perante a morte do enfermo sob os seus cuidados. Contudo, nós, médicos, devemos ter em mente que o entusiasmo por uma possibilidade técnica não nos pode impedir de aceitar a morte de um doente. E devemos ter maturidade suficiente para pesar qual modalidade de tratamento será a mais adequada. Deveremos, ainda, considerar a eficácia do tratamento pretendido, seus riscos em potencial e as preferências do enfermo e/ou de seu representante legal. Diante dessas afirmações, torna-se importante que a sociedade tome conhecimento de que certas decisões terapêuticas poderão apenas prolongar o sofrimento do ser humano até o momento de sua morte, sendo

imprescindível que médicos, enfermos e familiares, que possuem diferentes interpretações e percepções morais de uma mesma situação, venham a debater sobre a terminalidade humana e sobre o processo do morrer. Diante dessas afirmações, torna-se importante que a sociedade tome conhecimento de que certas decisões terapêuticas poderão apenas prolongar o sofrimento do ser humano até o momento de sua morte, sendo imprescindível que médicos, enfermos e familiares, que possuem diferentes interpretações e percepções morais de uma mesma situação, venham a debater sobre a terminalidade humana e sobre o processo do morrer. Torna-se vital que o médico reconheça a importância da necessidade da mudança do enfoque terapêutico diante de um enfermo portador de doença em fase terminal, para o qual a Organização Mundial da Saúde preconiza que sejam adotados os cuidados paliativos, ou seja, uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida. A atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual (CFM, 2006, n.p).”

Conforme artigo foi revogado, suspenso a eficácia da decisão a Resolução nº 1.805, impõe a autonomia do paciente em situações de doenças incuráveis, segue resolução atualizada;

[...] Art. 1º é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar” (CFM, 2012, n.p).

A prática citada acima não é aceita na legislação vigente brasileira, além de causar tortura psicológica, ferindo a dignidade ao corpo do acamado, nas situações mais degradantes imagináveis, apensar que essa modalidade é realizada em doentes terminais, não havendo melhora, somente continuação de imensa dor, abrangendo os familiares e todo o conjunto de pessoas envolvidas (CARVALHO, 2017).

## 2.2 DIRETIVAS ANTICIPADAS DE VONTADE

Tratar-se neste capítulo o conceito de Diretivas Antecipadas de Vontade, vem se tornando uma das espécies do testamento vital previstas no testamento vital, incluindo suas leis específicas, validade, gratuidade, demandas judiciais, bem como a ligação com os institutos da eutanásia e ortotanásia em relação a bioética. Apresenta pesquisa em torno dos aspectos extrajudiciais, formalização, normatização vigente tendo como principal fonte a Constituição Federal.

### 2.2.1 Escorço Histórico das Diretivas Antecipadas de Vontade

As diretivas antecipadas de vontade, representada pela sigla “DAV” surgiu em 1970 nos Estados Unidos da América (MENDONÇA, 2017). Para Sairon (2016, p. 27) “[...] trata-se de um registro documental, realizado previamente à qualquer situação de enfermidade, revelando os procedimentos que o indivíduo gostaria (ou não) de ser submetido em circunstâncias ali descritas previamente”, é caracterizada pela doação de órgãos e tecidos, podendo também deixar um mandatário responsável para efetivar a vontade do enfermo, e no testamento vital e somente a recusa e aceitação de procedimentos terapêuticos (MASSAROLI, 2017).

Cury (2016) aponta que a tradução original das diretivas é “[...] *advanced care documents*, são o gênero, do qual são espécies o testamento vital (*living will*)”. Nas palavras de Damo (2018, p. 104) “[...] o testamento depende das diretivas “as formas de tratamento, escolhendo aquelas que condizem com seu íntimo e que serão registradas”. Contudo, a legislação não possui norma específica para nenhuma das modalidades.

O profissional da saúde exerce suma importância no que se se trata de diretivas. Visto que, é através dele que são executadas análises de procedimentos terapêuticos e invasivos possíveis, bem como, casos de doenças terminais, se existe perspectiva de melhora, se o paciente já tem registrada uma diretiva e em quais situações são validas, a posição do médico quanto ao caso, o debate e a autoridade (GOUVEIA, 2017).

A distinção entre o testamento vital e as diretivas se dá pela sua abrangência. Enquanto o testamento é utilizado para a proteção da vontade, quando o paciente não é mais capaz de expressar sua vontade, e em situações de doenças terminais, as

diretivas podem ser feitas não necessariamente acerca de um caso clínico de doença terminal (GUSELLA; ZAGANELLI; NOGUEIRA, 2020).

As DAVs terão sua efetividade nas situações em que o paciente não puder mais expressar sua vontade, bem como, for comprovado que o mesmo não possui perspectiva de melhora, neste caso, a diretiva será aceita e constará no prontuário médico como forma de respeitar as decisões do enfermo (CARVALHO, 2017).

Cita Dadalto, Greco e Tupinambás (2013, p. 464) sobre o conceito das diretivas e sua origem, cita:

As diretivas antecipadas de vontade (DAV) constituem um gênero de manifestação de vontade para tratamento médico, do qual são espécies o testamento vital e o mandato duradouro. O testamento vital tem origem nos Estados Unidos da América (EUA), precisamente em 1969, quando Luis Kutner propôs a adoção do living will, conhecido no Brasil como testamento vital – documento que serviria para proteger o direito individual a permitir a morte. Em outras palavras, o testamento vital proposto por Kutner partia do princípio de que o paciente tem o direito de se recusar a ser submetido a tratamento médico cujo objetivo seja, estritamente, prolongar-lhe a vida, quando seu estado clínico for irreversível ou estiver em estado vegetativo sem possibilidade de recobrar suas faculdades, conhecido atualmente como estado vegetativo persistente (EVP).

A complexidade da efetivação das diretrizes no caso clínico. Sendo ela por parte dos familiares, que ficam responsáveis pela vontade do paciente, e a capacidade do indivíduo precisando estar com todas as capacidades mentais para valer sua autonomia em certas situações, o Comitê de Bioética auxilia os profissionais da saúde diante de alguma incerteza sobre o pedido do paciente, a Conselho também pode amparar esses profissionais, para que futuramente não venham a responder por penalidade na esfera penal, por ter aceito ou negado uma diretiva (MENDONÇA, 2017).

O artigo 1º da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.995/2012 dispõe acerca das diretivas antecipadas de vontade, conforme cita;

Art. 1º: Definir 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 (CFM, 2012, n.p).

Para que uma diretiva seja realizada, é necessário que alguns requisitos sejam contemplados tais como a maioridade civil. Uma vez que, se o indivíduo for menor de 16 anos, não sendo emancipado, não está apto a realizar as diretivas. No caso de crianças menores de idade, o Estado se estabelece como responsável por elas. Além

disso, é primordial que a pessoa se encontre em pleno gozo de suas capacidades mentais (GUSELLA; ZAGANELLI; NOGUEIRA, 2020).

Segundo Sousa (2017, p. 207), “o paciente está sofrendo de uma condição acidental ou patológica grave e incurável, ele está inconsciente, a situação é irreversível segundo o estado da arte da ciência”. Antigamente o principal método terapêutico era o prolongamento artificial da vida, o médico ditava sobre quais tratamentos independente se fosse um caso terminal do paciente, mudança que as diretivas trouxeram para defender essa autoridade médica (GARBIN, 2018).

Garbin (2018, p. 475) afirma que “a coação, por sua vez, que se ressalta aqui é a psicológica e não a física. Ainda assim, deve ser considerada como uma ameaça que gere receio ao declarante de sofrer um dano físico ou moral, que o faça declarar o que não pretendia”.

### **2.2.2 Aspectos Extrajudiciais do Testamento Vital**

Anteriormente em 2006 na Resolução nº 1.805 do Conselho Federal de Medicina iniciava-se pela proteção da autonomia em pacientes com doenças terminais, respeitando a vontade do indivíduo, Conforme cita:

[...] Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. § 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário (CFM, 2006, n.p).

Neste mesmo ano, foi apresenta à Assembleia da República o Projeto de diploma nº P/06/APB/06 49, no artigo 11º dispõe sobre a eficácia da regulamentação das DAV nos cuidados de saúde e de sua formulação; conforme cita:



- [...] 1. O documento de diretivas antecipadas de vontade só produz efeitos nos casos em que, devido a qualquer causa, o outorgante se encontre incapacitado de expressar pessoal e autonomamente a sua vontade.
2. Nos casos previstos no número anterior o médico responsável deve verificar a existência de documento de diretivas antecipadas de vontade no RENDAV.
3. Se constar do RENDAV um documento de diretivas antecipadas de vontade, ou se lhe for entregue pelo outorgante, pelo procurador de cuidados de saúde, ou por uma das pessoas mencionadas no número dois do artigo 6.º, o médico responsável e os restantes membros da equipa que prestam cuidados de saúde ao seu outorgante devem respeitar o seu conteúdo, dentro dos limites estabelecidos no presente diploma.
4. Em caso de conflito entre as disposições formuladas no documento de diretivas antecipadas de vontade e a vontade do(s) procurador(es) de cuidados de saúde ou a de outros representantes legais do outorgante, prevalece a vontade deste expressa naquele documento.
5. A partir do momento em que produz efeitos o documento de diretivas antecipadas de vontade é anexado ao processo clínico do outorgante.
6. A decisão fundada no documento de diretivas antecipadas de vontade de iniciar, não iniciar ou de interromper a prestação de um cuidado de saúde, deve ser inscrita no processo clínico do outorgante (PORTUGAL, 2006, n.p).

No segundo momento, foi no ano de 2009 no artigo 24 da Resolução nº 1.931/2009, a mesma que aprovou o novo Código de ética médica normatizou a ortotanásia na legislação no artigo 24 “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” (CRM, 2009, n.p).

Fundamentando-se pelos direitos fundamentais e pela autonomia, um enorme avanço jurisdicional (ALMEIDA; MARQUES, 2014).

Apontam Gusella, Zaganelli e Nogueira (2020, p. 244) que “[...] alguns princípios constitucionais que visam assegurar ao paciente o direito a sua autodeterminação e a garantia de sua dignidade humana no final da vida”. A Constituição brasileira é a base para as diretivas e para o testamento vital, em seu artigo 1º, inciso III foi promulgado no dia 8 de outubro de 1988, os princípios fundamentais da dignidade da pessoa humana, dentre outros direitos a autonomia, fazendo parte de toda democracia (LIMA, 2018).

De certo modo, os princípios fundamentais atentam o direito à vida, repudiando procedimentos desumanos, uma vez que, a base de todo direito é o ser humano e seus princípios relacionados ao direito da vida e, no caso de doença terminal, seu corpo deve ser preservado de agressões e tratamentos invasivos que coloquem em risco sua dignidade (MYSZCZUK; MEIRELLES, 2008).

Após a publicação da Resolução nº 2.217 do ano de 2018 analisadas as modificações envolvendo o novo código de ética médica, autorizando a prática da ortotanásia, os cuidados e proteção para com a saúde do paciente, respeitando a vontade do mesmo, e dos seus familiares, não retirando a autoridade do médico mas sim, colocando-o em igual mas situações das diretivas (DONILDA, 2016). Bertinato (2015, p. 9) sobre a evolução do código de ética conceitua, “[...] o assunto das diretivas surge pelas resoluções do Conselho, mostrando como os médicos brasileiros têm se preocupado com as questões de terminalidade e relação médico-paciente”.

Conforme orienta o Código Civil, no artigo 15: “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”. (BRASIL, 2002). Da mesma forma os artigos 121 e 146, §3º, inciso I, do Código Penal, sujeitam os crimes de homicídio e constrangimento ilegal, repudiando quaisquer atos contra o paciente, advertindo total responsabilidade ao profissional médico de auxiliar e passar toda informação válidas, não ultrapassando os limites morais e espirituais, atentando para a lucidez e a manifestação voluntária do acamado (LIMA, 2018).

Em conjunto com o direito da autodeterminação o testamento é firmando para que o paciente não seja tratado como mero objeto, escolhendo as formas de seu fim, quando a dor, a angústia e a terminalidade estiver ao alcance do paciente (ALMEIDA; MARQUES, 2004).

Sendo violada a vontade do paciente, com a documentação estabelecendo as diretivas, e o profissional da saúde negar-lhe auxílio, mantendo-o vivo sem seu consentimento estará cometendo obstinação terapêutica (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

Para Moreira (2015, p. 64) “[...] quando os recursos tecnológicos são utilizados exclusivamente para prolongar o tempo de vida do enfermo, tem-se o que se denomina de distanásia (obstinação terapêutica)”.

O artigo 41 do Código de Ética Médica, dispõe sobre essa penalidade, cita:

“Art. 41 – Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal” (CFM, 2006, n.p).

Com a violação e obstinação por parte do profissional da saúde, o mesmo responderá pelos atos na esfera ética e por responsabilidade civil caso sejam verificados os elementos constitutivos (MABTUM; MARCHETTO, 2015). Para que essa prática se efetive, é necessário que ocorra o impedimento da autodeterminação do enfermo, dano moral ou material, e a ligação do dano com a ato do profissional. Sendo essas características efetivadas, o profissional será punido (STOCO, 2004, n.p apud MABTUM; MARCHETTO, 2015).

### **2.2.3 Resolução nº 1805 do CFM**

Na resolução nº. 1.805, o Conselho Federal de Medicina destaca três critérios: o dano irreversível sem perspectiva da vida, o tratamento facultativo, pois ninguém é obrigado a submeter a tratamentos contra a vontade mesmo se a vida está em risco, e a vontade presumida (AMARAL, PONA, 2013). Mabtum e Marcetto (2015, p. 89) afirma “[...] a resolução nº 1.805/2006 permitiu ao médico limitar ou suspender tratamentos que prolonguem a vida de pacientes em fase terminal, com enfermidades graves e incuráveis, respeitando sua vontade ou a do seu representante legal”.

Com os avanços da medicina, e a interação médico/paciente, o profissional da saúde consegue sentir compadecimento em relação ao enfermo em momentos de fragilidade, adentrando assim, com cuidados paliativos. A pratica que foi regularizada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMG) e dando a opção da prática da ortotanásia (ALCIONE, 2016).

Um marco significativo da normatização supracitada, ocorreu no ano de 2007 quando foi discutida no Superior Tribunal de Justiça pelo Ministério Público da cidade de Brasília. O MP é um órgão público que defende a democracia, o argumento contrário a resolução se deu por caracterizar a eutanásia pratica não regulamentada pelo CFM e defesa pelo Código Penal brasileiro. Contudo, o pedido foi deferido através do motivo constitucional sobre o corpo do paciente e pela pratica da ortotanásia (GUSELLA; ZAGANELLI; NOGUEIRA, 2020). Nesse processo, a sentença proferida, foi elencado tais direitos, conforme cita, TJDF, processo nº 2007.34.00.014809-3 (TJDF, 2010, n.p):

“A Resolução guerreada é, pois, uma manifestação dessa nova geração da ética nas ciências médicas, que quebra antigos tabus e decide enfrentar outros problemas realisticamente, com foco na dignidade humana. Na

medicina atual, há um avanço no trato do doente terminal ou de patologias graves, no intuito de dar ao paciente não necessariamente mais anos de vida, mas, principalmente, sobrevida com qualidade. A medicina deixa, por conseguinte, uma era paternalista, super-protetora, que canalizava sua atenção apenas para a doença e não para o doente, numa verdadeira obsessão pela cura a qualquer custo, e passa a uma fase de preocupação maior com o bem-estar do ser humano. (BRASÍLIA, Seção Judiciária do Distrito Federal (14ª Vara Federal). Sentença. Processo n. 2007.34.00.014809-3. Juiz Federal Substituto: Roberto Luis Luchi Demo, 2010)".

Conforme julgado, o deferimento pelos fundamentos da legalidade da capacidade da CFM de promover resoluções baseadas no código de ética médica, não evidenciou a prática da eutanásia, e sim a vontade do paciente, a dignidade da pessoa humana frente a uma doença terminal e ao direito ao corpo, se tornado constitucional a declaração antecipada de vontade (TJDF, 2010, n.p).

De acordo com Almeida e Marques (2014, p. 24) “[...] morrer com dignidade não contrária o sistema judicial nacional, uma vez que no ponto de vista legal o testamento vital, enquanto negócio jurídico, preenche todos os requisitos formais que o torna válido”.

Houve dois momentos importantes para a efetividade dessa resolução, o primeiro, através da atenção dada aos doentes terminais, e homologando os direitos fundamentais dispostos na constituição federal no artigo 1º ao 5º, e o segundo, através da resolução nº 1.931/09 em seus artigos 21º e 24º que abordam sobre autonomia do paciente sob seu corpo, possibilitando-o ser autor de seu fim (MARQUES; ALMEIDA, 2014). Entretendo, baseando-se ao artigo 15º mesma legislação citada acima, dispõe sobre o repúdio a tratamentos que o paciente se recusa e não podendo ser obrigados a se submeter, causando uma coação, conforme demonstra (BRASIL, 1988, n.p):

[...] ninguém, nem com risco de vida, será constrangido a tratamento ou a intervenção cirúrgica, em respeito à sua autonomia, um destacado direito desta Era dos Direitos que não concebeu, contudo, um direito fundamental à imortalidade.

Um fator muito importante foi a obrigatoriedade do profissional da saúde em identificar os riscos de tratamentos, quais são as alternativas que o paciente e os familiares possuem no momento, e abertura de uma segunda alternativa médica. Nessa Resolução, observa-se a proteção aos direitos fisiológicos e mentais dos acamados e a opção de tratamento domiciliar (GOUVEIA, 2017).

A partir da normatização da resolução 1.805 de 2006 ocorre o início da inclusão da ortotanásia vista como uma modalidade terapêutica, utilizada em

situações de terminalidade, doenças ou pacientes ligados a aparelhos com morte cerebral, auxiliando a família a lidar com a situação na qual seu ente se encontra, evitando ao paciente o fim doloroso já predestinado (CARVALHO, 2017).

Conforme dispõe a resolução 1.805 de 2006 do Conselho Regional de Medicina;

[...] 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” (CRM, 2006, n.p).

Torna-se indispensável que o profissional da saúde reconheça a importância da necessidade de tratamentos terapêuticos diante de um enfermo portador de doença em fase terminal. É defendido pela Organização Mundial da Saúde a opção dos cuidados paliativos, ou seja, uma abordagem voltada para a qualidade tanto do acamado tanto do vínculo familiar e aos profissionais da saúde para saber lidar com situações de total imparcialidade dentro de um momento delicado que é a morte (DADALTO, 2015).

Neste sentido, decidiu o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (2011, n.p):

CONSTITUCIONAL. MANTENÇA ARTIFICIAL DE VIDA. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. PACIENTE, ATUALMENTE, SEM CONDIÇÕES DE MANIFESTAR SUA VONTADE. RESPEITO AO DESEJO ANTES MANIFESTADO. APELAÇÃO CÍVEL: VIGÉSIMA PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL Nº 70042509562: PORTO ALEGRE ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO ERGS – AFPERGS :APELANTE APELADOS: G. O. F., G. S. B. ACÓRDÃO Vistos, relatados e discutidos os autos. Acordam os Desembargadores integrantes da Vigésima Primeira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado, à unanimidade, em negar provimento à apelação. Custas na forma da lei. Participaram do julgamento, além do signatário (Presidente), os eminentes Senhores DES. FRANCISCO JOSÉ MOESCH E DES. MARCO AURÉLIO HEINZ. Porto Alegre, 01 de junho de 2011. DES. ARMINIO JOSÉ ABREU LIMA DA ROSA, Presidente e Relator. RELATÓRIO DES. ARMINIO JOSÉ ABREU LIMA DA ROSA (PRESIDENTE E RELATOR) – Trata-se de apelação veiculada pela ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – AFPERGS quanto à sentença de indeferimento da petição inicial, por ilegitimidade ativa, na ação cautelar de suprimento de vontade movida em face de G. S. B. e G. O. F., neto e filho, respectivamente, de Irene Oliveira de Freitas. Em suma, como entidade mantenedora do Hospital Ernesto Dornelles, em que internada l., em data de 05.12.2010, por quadro de descompensação secundária a insuficiência renal, pré-edema agudo de pulmão, apresentando-se como responsável o neto Guilherme, havendo indicação expressa dos médicos quanto à realização de hemodiálise. Entretanto, o filho G., já agora invocando ser sua a condição de responsável pela mãe, não autoriza o tratamento, de que decorrem riscos de

vida, argumentando cumprir desejo materno. Por isso, descrevendo o quadro de uremia que assola a enferma, pretende seja suprida a vontade de quem for o responsável, autorizados os médicos a procederem o tratamento indispensável. Pleiteou e obteve gratuidade de justiça. Manifestou-se o Ministério Público pelo deferimento da liminar, ao que sobreveio sentença de indeferimento da inicial. No apelo, a entidade autora, invocando responsabilidade objetiva, nos termos do art. 14, CDC, sustenta sua legitimidade ativa, aduzindo pretender respaldo judicial “frente à divergência familiar no tocante a aderência ou não da paciente ao tratamento proposto, principalmente diante das circunstâncias que norteiam as decisões baseadas na ortotanásia.” Embora reconheça ser a vontade da paciente, assim como de seu filho, de não realizar o tratamento de hemodiálise, “o que realmente é compreensível diante do sofrimento maior que tal procedimento ainda pode causar ao enfermo e aos seus familiares, sem garantia de que o tratamento proposto outorgará melhor qualidade de vida, pois a doença que a comete não tem cura”, em atenção a sua eventual responsabilização, insiste no provimento judicial autorizar de sua realização. Há de se dar valor ao enunciado constitucional da dignidade humana, que, aliás, sobrepõe-se, até, aos textos normativos, seja qual for sua hierarquia. O desejo de ter a “morte no seu tempo certo” evitados sofrimentos inúteis, não pode ser ignorado, notadamente em face de meros interesses econômicos atrelados a eventual responsabilidade indenizatória. No caso dos autos, a vontade da paciente em não se submeter à hemodiálise, de resultados altamente duvidosos, afora o sofrimento que impõe, traduzida na declaração do filho, há de ser respeitada, notadamente quando a ela se contrapõe a já referida preocupação patrimonial da entidade hospitalar que, assim se colocando, não dispõe nem de legitimação, muito menos de interesse de agir.

Sendo um dos primeiros julgados a ser considerado a ortotanásia e a autonomia do paciente, foi realizado dia 01 de junho de 2011 pela 16ª Vara Cível julgou o processo nº 70042509562 em fase de uma paciente com um caso clínico de decomposição e insuficiência renal não mais podia expressar sua vontade, seu neto Gilberto estava representando sua avó, e negando o procedimento terapêutico de hemodiálise, pois causaria mais dor e riscos a sua saúde tão delicada no momento que estava acamada, caso esse que foi conhecido pela aplicabilidade das diretivas (GORDILHO; STURZA, 2020).

#### **2.2.4 Resolução nº 1955 do CFM**

Para Flora (2016, p. 18) a Resolução nº 1.995 “foi criada pela Lei nº 3.268, no artigo 15 de 30 de setembro de 1957 e regulamentado pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, trata-se de um serviço autônomo, com personalidade jurídica”, conforme cita a Lei a seguir:

“[...] art. 15. São atribuições dos Conselhos Regionais: a) deliberar sobre a inscrição e cancelamento no quadro do Conselho; b) manter um registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva Região; c) fiscalizar o exercício da profissão de médico; d) conhecer, apreciar e decidir

os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem; e) elaborar a proposta do seu regimento interno, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal; f) expedir carteira profissional; g) velar pela conservação da honra e da independência do Conselho, livre exercício legal dos direitos dos médicos; h) promover, por todos os meios e o seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exerçam; i) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados; j) exercer os atos de jurisdição que por lei lhes sejam cometidos; k) representar ao Conselho Federal de Medicina Aérea sobre providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão”(PLANALTO, 1988, n.p).

No decreto nº 44, 045 de 19 de julho de 1958 regulamenta a Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957, conforme artigo 46, dispõe: “Art. 46. Os Conselhos Regionais de Medicina providenciarão a feitura ou a reforma de seus Regimentos Internos de conformidade com a Lei nº 3.268, de 30-9-1957” (CFM,1958, n.p).

A regulamentação é de forma coletiva, o decreto 44. 045 formaliza a constitucionalidade das mudanças e alterações previstas nas resoluções do CFM, abrange todo território nacional, em específico protege a Lei nº 3.268, que declara as diretivas antecipadas de vontade, previstas e formalizadas na lei citada, efetivando os direitos individuais da vontade, e atribuindo o profissional da saúde, como auxiliador não mais autoridade (FLORA, 2016).

O Conselho Federal de Medicina afirma ser contra a prática da eutanásia. Ao passo que a eutanásia é proibida no Brasil e a ortotanásia é permitida, as diretrizes do conselho protege o paciente, o profissional da saúde e toda equipe médica, como base a Carta Magna e a Constituição (MELO, 2015).

Com a normatização trouxe avanços referentes a autonomia privada do indivíduo, não devendo ser ludibriada por terceiros (SANTOS, [2018]).

Em seu primeiro artigo, a Resolução 1.995 publicada no dia 9 de agosto de 2012, conforme cita:

Art. 1º. Definir 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 (CFM, 2012, n.p).

Em seu primeiro artigo demonstra-se a constitucionalidade das diretivas, a falta de jurisdição foi o principal norte para a realização, colocando em frente o paciente e o profissional da saúde em situações delicadas e responsáveis pelas decisões a serem tomadas com proteção ao ordenamento jurídico (ALMEIDA; MARQUES, 2014).

Sobre as particularidades da Resolução, Lima (2018, p. 23) aborda que “está relacionada diretamente a primazia do indivíduo, ampliando a ampliação da norma benéfica ao ser humano”.

Com a inovação da resolução foi abordada discretamente o testamento vital, independentemente da decisão não ter eficácia no âmbito jurídico, pois não tem poderes legislativo de criar leis e sim criam referencias baseados no código de ética, ela demonstra a preocupação da falta de normatização evidenciando a autonomia e o direito ao corpo (DANTAS, 2020). Conceitua Mallet (2015, p. 20) a importância da diretiva “há previsão de prevalência da vontade do paciente, quando manifestada nos moldes anteriormente expostos, em detrimento de parecer não médico ou da vontade de familiares”.

No artigo segundo e incisos do 2º ao 5º da Resolução 1.1995, fala sobre os direitos garantidos, cita:

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. § 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 (CFM, 2012, n.p).

Determina a obrigatoriedade do médico ou quaisquer profissional da área medica anexar no prontuário do acamado a declaração de diretivas (DANTAS, 2020, p. 80). Para Genovez (2020, p. 23) as orientações e medidas preventivas são de total responsabilidade do profissional da saúde em comunicar ao enfermo, conforme cita:

“Cabe ainda ao profissional o esclarecimento técnico ao declarante quanto aos tratamentos e procedimentos que podem ou não ser recusados. Sendo assim, entende-se ser imprescindível a orientação do médico da família do declarante para a realização das diretivas antecipadas, exatamente isso que garante que o paciente manifeste sua vontade no documento, afinal, paciente autônomo é aquele bem informado/esclarecido.”



Entende-se que a parte médica que mais necessita de conhecimento é a parte mais carente, por ser normativa recente, os profissionais da saúde e os indivíduos não sabem ao certo o que se trata, a falta de conhecimento na sociedade auxilia na ausência de jurisdição, tornando-se um grande vazio para que possa ser realmente analisado como de fato é, uma declaração sobre o corpo, e sobre a melhor forma de tratamento, a Constituição assegura a todo indivíduo tratamento igualitários, proibindo a tratamentos desumanos, de dor desnecessária, os profissionais devem observar desse modo, e repassar os pacientes, responsáveis e familiares (GARBIN, 2018).

## 2.3 O TESTAMENTO VITAL NO DIREITO BRASILEIRO FRENTE AO DIREITO INTERNACIONAL COMPARADO

O testamento vital, já difundido de forma ampla no âmbito internacional, ainda não encontra amparo legal no ordenamento jurídico brasileiro. Exatamente por este motivo que se faz imperioso discorrer acerca das diversas legislações pertinentes nos mais variados países, pois são essas que servirão de base para a recepção no Direito Pátrio. Logo, o presente capítulo abordará o testamento vital na Argentina, Espanha, Estados Unidos da América, França, Itália e Turquia, discorrendo, na sequência, sobre o Projeto de Lei nº 149/2018 e da Apelação nº 7005498826 do TJRS sendo um dos primeiros julgados no Brasil que foi reconhecido o testamento vital com legalidade de aplicação.

### 2.3.1 Testamento Vital na Legislação Argentina

A Argentina foi um dos primeiros países a aceitar as diretivas antes mesmo de haver lei específica sobre o tema (BUSS, 2018). A primeira lei que ampara a declaração era a lei nº 26.529/2009 que era composta por vinte e cinco artigos, mas somente no artigo 11 era citada, os outros era sobre a prática dos profissionais da saúde frente a diretiva (MABTUM; MARCHETTO, 2015). Conforme cita:

ARTICULO 11. — Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanasias, las que se tendrán como inexistentes. La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó (ARGENTINA, 2009, n.p).

A artigo 11 dessa lei foi o primeiro norte para as diretrizes de sua utilização, sendo obrigatório a pessoa ser maior de idade, com as suas capacidades mentais aptas, podendo formular as diretivas para recusar a tratamentos paliativos ou terapêuticos ou aceitar todo tratamento, independente se irá surgir resultado, os médicos e toda equipe medica devem estar preparados para essas situações e com auxílio de um profissional capacitado para ajudar na melhor forma, pode ser revogado em qualquer tempo (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

Em 2012, a Lei 26.529 foi alterada em sete artigos pela Lei 26.742, conforme cita as alterações do artigo 1º ao 5º:

ARTICULO 1º — Modificase el inciso e) del artículo 2º de la Ley 26.529 — Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud. En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

ARTICULO 2º — Modificase el artículo 5º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 5º: Definición. Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable; h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

ARTICULO 3º — Modificase el artículo 6º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 6º: Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente. En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo

podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

ARTICULO 4° — Incorpórase en el artículo 7° de la Ley 26.529 el siguiente inciso: f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5° deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

ARTICULO 5° — Modifíquese el artículo 10 de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 10: Revocabilidad. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica. Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario ((ARGENTINA, 2012, n.p).

No que discorre a legislação Argentina, as diretivas tem algumas peculiaridades frente a normatização de outros países, em seu artigo primeiro autoriza a autorização de crianças e adolescentes realizar uma diretiva, não abrange somente tratamentos terapêuticos, sendo também a alimentação artificial, reanimação, retirada de suporte que mantém o corpo ativo necessariamente a vida, obrigando o médico a aceitar as diretivas e auxiliar na melhor forma. Não possui validade, podendo ser suspensa a qualquer instante (BUSS, 2018).

Na data de 24 de maio de 2012 foram homologadas as novas diretivas impondo que sua realização deve ser em um tribunal de 1ª instância com testemunhas, podendo optar por tratamentos artificiais, paliativos, doação de órgãos, ou de sua recusa, a autonomia do indivíduo é totalmente exercida, essas novas adaptações foram necessárias para legalizar os direitos do indivíduo frente a uma legislação com poderes constitucionais, as diretivas não pode caracterizar eutanásia por ser crime na doutrina argentina (NASCIMENTO, 2016).

### 2.3.2 Espanha

Na Espanha foi regulamentada pela Lei 41/2020 as diretivas, não abrangendo todo território e sim apenas alguns estados. O primeiro estado foi Catalúnia e assim

sucessivamente, através da criação da Associação Pró Direito de morrer dignamente (DMD), para realizar as diretivas é necessário ser capaz psicologicamente, maior de 18 anos e no mesmo momento escolher um responsável que ficará para segurança de efetivar as diretivas (NOGUEIRA, 2015). Conforme Artigo 11, do §1º ao § 5º da Lei 41/2020, que dispõe sobre as instruções (diretivas), cita:

Art. 1º Pelo documento de instruções prévias, uma pessoa maior de idade, capaz e livre manifesta antecipadamente sua vontade, com objetivo de que este se cumpra em situações, nas quais não seja capaz de expressar, pessoalmente, sobre os cuidados e tratamentos de sua saúde, ou, uma vez chegado o falecimento, sobre o destino de seu corpo ou dos órgãos do mesmo. O outorgante pode também designar um representante para que, chegado o caso, sirva como seu interlocutor para o médico ou a equipe sanitária, para procurar o cumprimento das instruções prévias.

Art. 2º Cada serviço de saúde regulará o procedimento adequado para que, chegado o caso, se garanta o cumprimento das instruções prévias de cada pessoa, que deverá constar sempre por escrito.

Art. 3º Não serão aplicadas as instruções prévias contrárias ao ordenamento jurídico, à “*lex artis*”, nem as que não correspondam com o que se suponha que o interessado tivesse previsto no momento de manifestá-las. Na história clínica do paciente ficará anotado as razões relacionadas com estas previsões.

Art. 4º As instruções poderão ser revogadas livremente a qualquer momento, por escrito.

Art. 5º Com o fim de assegurar a eficácia em todo o território nacional das instruções prévias manifestadas pelo paciente e formalizadas de acordo com o disposto na legislação das respectivas Comunidades Autônomas, se criará no Ministério de Sanidade e Consumo o Registro nacional de instruções prévias que se regerá pelas normas que se determinem, prévio acordo do Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde (ESPANHA, 2016, p. 23).

Um marco importante das “*Ley de Autonomía del Paciente*” foi na implementação no país espanhol que ocorreu no ano de 1997 na Convenção de Direitos Humanos e Biomedicina, na cidade de Oviedo, foi abordado a importância do paciente ter a sua vontade respeitada e efetivar a autonomia com tratamentos de aceitação ou recusa, o profissional da saúde poder auxiliar de certo modo na concretização de tais direitos, desde então os países vizinhos começaram a ter curiosidade sobre as diretivas. Na legislação da Espanha estabelece a opção de doação de órgãos mencionados acima, e a declaração pode ser cancelada em qualquer instante, obrigatoriamente precisa ser documental (DOURADO, 2019).

Rodrigues (2019) declara que o início da regularização das diretivas ocorreu pela Lei Geral de Saúde (LGS - *Ley General de Sanidad*), tem as mesmas diretrizes da diretiva, o judiciário espanhol pune qualquer médico ou clínica que for contra a

declaração podendo ser punido com crime de contra o corpo do indivíduo, contra a moralidade, e sofrendo sanções, por ser crime contra a autonomia.

Com o Decreto Real nº 124/2007, foi a forma de todas as pessoas que são domiciliadas ou residentes em estados que não é regularizado as diretivas possam realizar, é enviado a declaração para o Registro Central de Instruções Prévias, com o cadastro concluído, o indivíduo estará excedendo o direito a sua autonomia, conforme elenca o artigo 5º §1º:

[..] §1º: Quando uma comunidade autônoma não tenha regulado o procedimento ao qual se refere o artigo 11, §2º da Lei 41/2002, de 14 de novembro, a pessoa que deseja outorgar instruções prévias, ou seu representante legal designado para tal efeito, no próprio documento pelo outorgante, apresentará diante da autoridade sanitária da dita comunidade autônoma, a qual no prazo e condições fixados no artigo 3º deste decreto deverá remetê-las ao Registro nacional para sua inscrição provisória, o qual notificará a dita inscrição provisória à comunidade autônoma correspondente (RABELO, 2016, p. 27).

Na cidade de Madrid, é proibido elaborar as diretivas em centros hospitalares e no estado de País Vasco aceita que menores de dezoito anos diferente dos outros países pode realizar a declaração, apenas dezesseis cidades da Espanha regularizam as diretivas, sendo expressamente a obrigatoriedade de ser feito com um responsável para responder futuramente (SÁ, 2017). De acordo com Rabelo (2020, p. 25) As cidades que autoriza uma pessoa de menor idade realizar uma diretiva são “Andaluzia, Valência e Navarra”.

### **2.3.3 Estados Unidos da América**

Os Estados Unidos da América foram os primeiros a defenderem o testamento vital, tratando como Lei, punindo os profissionais da saúde que não autorizar o pedido de diretivas do paciente, como tudo o que está na legislação deve ser respeitado com o testamento vital é a mesma situação, se o médico violar esse direito, será punido, após legalizar a *“living will”* foi a vez do estado da Califórnia no ano de 1991 publicar a *“Natural Death Act*, acerca sobre a autonomia do paciente defendendo o direito de escolha a tratamentos (CARVALHO, 2017).

Na cidade de New Jersey, próximo ao ano de 1973, ocorreu o primeiro caso caracterizado como prática do testamento vital, a paciente chamava-se Karen Ann Quinlan (1985), após ingerir diazepam com álcool sofreu um coma e ficou em estado vegetativo por alguns meses, a família solicitou o desligamento dos aparelhos, os

médicos não deram sinal de melhora, o hospital não desligou por que o judiciário da época defendiam como prática de homicídio dos profissionais da saúde, após inúmeras audiências foi autorizado o desligamento para que a paciente morresse em seu tempo certo, após nove anos faleceu em uma lar de idosos, o judiciário prevendo outros casos iguais regulamentaram a “*Natural Death Act* em 1991 e “*living wil*” aceitando a recusa ou aceitação de tratamentos terapêuticos, não sendo só para situações de doenças terminais (RODRIGUES, 2019).

Segundo Dantas (2020) a implementação no solo americano o nome de “*living wil*” traduzindo pelo idioma brasileiro como testamento vital é ainda muito contraditório, pois o testamento em si tem outros efeitos levando dúvida a quem pensarem formular uma diretiva. De acordo com Alves (2013) acresce que a tradução “*living wil*” em inglês tira o sentido que traz o testamento vital na língua brasileira como acerca de patrimônio e propriedade, não sobre tratamentos de recusa e aceitação, deixando um vazio em sua real finalidade.

Flora (2016, p. 26) dispõe que países adotou o testamento vital com uma lei suprema “Espanha (Lei n.41, de 2002 e Real Decreto n. 124, de 2 de fevereiro de 2007), Portugal (Lei n. 25, de 16 de julho de 2012); Porto Rico (Lei n. 160, de 17 de novembro de 2001), Argentina (Lei n. 26.529, de 21 de outubro de 2009)”. Conforme Rodrigues (2019, p. 41) “cada estado norte-americano possui uma legislação própria, motivo pelo qual a *Patient Self Determination Act* PSDA atua apenas como uma diretriz”.

Acerca da normatização e origem no estadunidense, Nery (2014, p. 75 apud BUSS, 2018, p. 47) aponta quais institutos estão regulamentados, cita:

“Os norte-americanos, como dito, foram os pioneiros na edição de leis sobre o testamento vital (*Living Will*), o mandato duradouro (*Durable Power of Attorney for Care Act*), além das diretivas antecipadas de vontade (*Advance Medical Care Directives*), institutos da manifestação de vontade do paciente, materializados em formulários próprios, em que, logo após os imprescindíveis esclarecimentos da equipe médica, ele indica quais os tratamentos que aceita e quais os que rejeita” (NERY, 2014, p. 75 apud BUSS, 2018, p. 47).

Os quesitos para formulação é parecido com os do CFM no Brasil, obtendo algumas peculiaridades, devendo ser feito por pessoa maior de 18 anos e for apto psicologicamente, é de forma escrita como qualquer declaração, auxílio de dias testemunhas, terá validade após duas semanas podendo ser cancelado a qualquer instante, no prazo de meia década após deve ser renovado, caso posteriormente o

paciente passe por situação de problemas com a saúde é necessário a confirmação do estado clínico obrigatório estar em fase terminal (SÁ, 2017).

Dantas (2020) aborda que a *Patient Self Determination Act* (PSDA) é uma forma de responsabilizar os hospitais sobre as informações que devem ser repassadas ao paciente, deixando claro a possibilidade de recusa ou aceitação de tratamentos podendo ser inúteis ao caso específico. Por outro lado Dourado (2020) afirma que a PSDA é a formalidade que configura espécies da diretivas o testamento vital e o mandado duradouro, todas essas espécies tem lei específicas em alguns dos estados norte-americanos.

Na Lei “*advance directivas*” consta três opções legais da praticar efetivamente a “*living will*” nos Estados Unidos, conforme cita na PSDA:

- a) manifestação explícita da própria vontade (*living will*);
- b) poder permanente do responsável legal ou curador para o cuidado da saúde (PRCS – *durable power of attorney of health care*), sendo importante ressaltar, que “*attorney*, neste caso, não quer dizer especificadamente “advogado”, mas uma pessoa investida e poder para representar a outra;
- c) decisão ou ordem antecipada para o cuidado médico (DACM- *advance care medical directive*) (MARANHÃO, 2016, p. 40).

Nogueira (2015, p. 35) aponta que “a denominação “*Living Will*” foi desenvolvida pela Sociedade Americana para a Eutanásia em 1967, a fim de designar o documento no qual uma pessoa registrar sua intenção em interromper certos tratamentos médicos”. Entende-se que a manifestação necessita ser clara e objetiva e previamente escrita, possibilitando o paciente estar impossibilitado de comunicação sem sinais de melhora mesmo assim a sua vontade ser respeita, muitas vezes foi falado em um tempo anterior que desejaria se caso viesse a ficar em uma alimentação artificial, ou se recusaria a viver artificialmente, ou a viver com métodos extraordinários essa declaração prevê esse direito (ALVES, 2013).

O “*Durable Power of Attorney of Health Care* (PSDA)” é o requisito de escolha de um representante ou curador para intervir pelo bem e pela vontade do próprio, necessita ser alguém próximo que esteja ciente do querer, papel importantíssimo na vida dos familiares, do acamado e na vida de si próprio (SILVA, 2016).

Alves (2013, p. 40) no que dispõe no PSDA “não estabelece condições especiais para a nomeação do curador ou responsável pelo doente”. É de suma importância escolher quem será o responsável quando não estiver mais consciente,



cônjuge, pais, irmã (o) ou amigos próximos (SILVA, 2016). O PSDA discorre de três possíveis maneiras de utilizar as diretivas, cita:

- (a) Anunciar expressamente a sua vontade, sendo este o caso do living will;
- (b) Munir a pessoa do responsável legal ou do curador para o cuidado da saúde de poderes os quais a permitiria falar em nome do enfermo quando este estivesse impossibilitado de manifestar seu desejo, fazendo, assim, valer suas vontades, já anteriormente lhe informadas;
- (c) Fornecer, antecipadamente, orientações à comunidade médica ou ao médico que ficará responsabilizado pelo tratamento do enfermo caso este venha a adoecer gravemente em dado momento futuro, sendo que estas orientações conteriam as preferências e rejeições do paciente quanto aos tratamentos que ele poderia ser submetido (RODRIGUES, 2019, p. 41).

Sá (2020, p. 47) aborda que a *Advance Care Medical Directive - DACM* são as “informações escritas sobre quais seriam as preferencias do paciente sobre decisões no fim da vida em caso de perda da consciência”. Para o responsável poder exercer o direito sob as diretivas do paciente, primeiramente precisa ser registrado a declaração, e só se o paciente se encontra em uma situação clinica sem poder se expressar e seu quadro for reversível (MELO, 2018).

### 2.3.4 França

Na França existe regulamentação, porém, esta deixa lacunas uma vez que os médicos não obrigados a respeitar uma diretiva, como consta na LOI n° 2016-87 em seu artigo 8°, cita:

**Article 8 - L'article L. 1111-11 du même code est ainsi rédigé:**

Art. L. 1111-11. -Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige. Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches. « Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des

directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à l'auteur. Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre 1er du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion (FRANÇA, 2016, n.p).

No artigo 8º da Lei 111.11 da legislação francesa, analisa as diretivas e toda sua formulação, nesse país deve ser escrita em quaisquer tempo, obrigatório ter maioria, somente nos casos de medidas cautelares, em que responde é o representante da pessoa, a Lei ° 78-17 de 6 de janeiro de 1978 reativa os mecanismos de comunicação acerca de quais tratamentos que podem ser previstos nas diretivas, motivo esse que auxilia na propagação de infamações, para que todos obtenham esse conhecimento (MELO, 2018).

A aplicabilidade tem as mesmas orientações da maioria dos países vizinhos, ter maioria, discernimento, quanto a recusa de tratamentos ou cuidados paliativos, deve ser anexado no prontuário médico, e o profissional da saúde tem total autoridade de negar as diretivas caso de fato o paciente tem a possibilidade de melhora, sem levar em conta a dor desnecessária e desumana mentalmente ao paciente e seus familiares, situação que pode ser deferida as diretivas é em casos de emergência, causando risco a vida do paciente, independentemente de ser uma forma de vontade sobre tratamentos, é a manutenção da vida o bem inviável (FRANÇA, 2016, n.p).

### **2.3.5 Itália**

A Itália não regulamentou nenhuma legislação acerca das diretivas da vontade em seu código de ética médica italiano, no artigo 34 do ano de 1998 dita acerca das possibilidades que o profissional da saúde necessita se atentar quando for relacionado sobre a vontade do paciente, cita:

Art. 34º: O médico deve seguir, em respeito à dignidade, à liberdade o disposto no artigo 17, com independência profissional, a vontade de livre expressão da pessoa de se tratar. Se o paciente não está em condições de manifestar a sua própria vontade em casos de grave perigo de vida, o médico não pode deixar de cuidá-lo tendo ele mesmo manifestando anteriormente (RABELO, 2016, p. 31).

Por não ter norma específica, a Itália vive com alguns estados que defendam por leis esparsas que defendam a dignidade e a autonomia, foi criado por uma empresa privada um aplicativo que possibilitava realizar um testamento vital online, mas no momento se encontra inativo, pois não obteve repercussão (SÁ, 2018). Dourado (2019, p. 49) aborda sobre as diretivas “foi aprovada a lei do *“biotestamento”* que tem como ideia central o fato de que nenhum tratamento de saúde pode ser iniciado ou continuado sem o consentimento livre e esclarecido do paciente.

O primeiro caso ocorreu sobre a autonomia do paciente foi com o senhor Piergiogio Welby de sessenta anos de idade, padecia de distrofia muscular desde a maioridade, solicitou ao tribunal de Roma o desligamento do aparelho que lhe mantinha vivo, e negado no mesmo momento. No mesmo ano o Doutor Mario Rico desligou a pedido do paciente os aparelhos, logo após foi acusado de eutanásia o que não foi comprovado pela Constituição Italiana defender a autonomia da vontade do paciente, o que significou esse caso é a fundamentos da Lei esparsa sobre o tema, mas não uma legislação específica que proteja ao médico e o paciente (CURY, 2016).

### **2.3.6 Projeto de Lei nº 149/2018**

Formulado pelo Senador da República Lasier Martins, o projeto de Lei nº 149 de 2018, tem como finalidade a regulamentação das diretivas antecipadas de vontade em todo território brasileiro (GUSELLA; ZAGANELLI; NOGUEIRA, 2020).

No artigo 2º e § 1º ao § 5º do projeto, dita sobre em quais casos pode ser elaborado as diretivas, sua formulação devendo ser escrita, expondo as alternativas de poder realizar uma diretiva, não citando sobre o a espécie do testamento vital, somente as diretivas (DANTAS, 2020), conforme cita:

Art. 2º Para os fins desta Lei, são adotadas as seguintes definições:

I – diretivas antecipadas de vontade: manifestação documentada por “escritura pública sem conteúdo financeiro” da vontade da pessoa declarante quanto a receber ou não receber determinados cuidados ou tratamentos médicos, a ser respeitada quando ela não puder expressar, livre e autonomamente, a sua vontade;

II – representante: pessoa designada pelo declarante no documento de suas diretivas antecipadas de vontade, para decidir por ele sobre os cuidados à sua saúde, nas situações em que estiver incapacitado de expressar livre e autonomamente a sua vontade;

III – pessoa em fase terminal de doença ou acometida de grave e irreversível dano à saúde: pessoa em estágio avançado de doença incurável e progressiva ou vítima de grave e irreversível dano à saúde, cujo prognóstico, em ambos os casos, seja de morte iminente e para a qual, de acordo com a

melhor evidência científica, não exista perspectiva de melhora do quadro clínico mediante a instituição de procedimentos terapêuticos;  
IV – cuidados paliativos: procedimentos indispensáveis para promover a qualidade de vida e a dignidade do paciente, mediante prevenção e tratamento com finalidade de alívio de dor e de sofrimento de natureza física, psíquica, social e espiritual;  
V – procedimentos desproporcionais, fúteis ou extraordinários: procedimentos terapêuticos que, no caso concreto do paciente, não são capazes de promover melhor qualidade de vida e cujas técnicas podem impor sofrimentos em desproporção com os possíveis benefícios delas decorrentes (BRASIL, 2018, n.p).

Conforme o caput do artigo, ficou resumido a conceito das diretivas e nas situações de doenças terminais ou de dor desnecessária, a importância de aderir a um representante, e concretização dos procedimentos paliativos, possibilitando também ao paciente a procedimentos extraordinários (BRASIL, 2018).

Em seu artigo 3º, § 2º cita:

Art. 3º Toda pessoa maior e capaz tem o direito de declarar, de forma antecipada, a sua vontade de receber ou não receber determinados tratamentos médicos em época futura, quando se vislumbra estar em condição clínica que se enquadre na situação definida no inciso III do art. 2º e não puder, em função de sua condição de saúde, expressar autonomamente a sua vontade.

[...]

§ 2º Apenas os cuidados ou procedimentos considerados desproporcionais, fúteis ou extraordinários, inclusive hidratação e alimentação artificiais que apenas visem a retardar o processo natural de morte, poderão ser alvo de disposições sobre interrupção de tratamento nas diretivas antecipadas de vontade, vedando-se a recusa a tratamentos paliativos (BRASIL, 2018, n.p).

No citado artigo, deixa claro a importância do indivíduo realizar uma diretiva mentalmente e fisicamente, já ter aderido à maioridade. No inciso 2º dispõe sobre quais são caracterizados os tratamentos que podem ser negados pelo paciente, e deixando observado que os tratamentos paliativos não fazem parte, por se tratar de um direito previsto no CFM (DANTAS, 2020). Para Moreira (2018, p. 54) atenta sobre a idade do indivíduo a realizar uma diretiva “não deveria ser um empecilho para aqueles menores que optarem pela realização de uma diretiva antecipada de vontade, desde que constatada sua capacidade cognitiva para tanto”.

O artigo 4º presume a formulação em cartórios notariais, para mais exigibilidade em sua efetivação, cita:

Art. 4º Os documentos previstos no art. 1º podem ser feitos por escritura pública ou por instrumento particular, caso em que deverá ter duas testemunhas.

§ 1º Em nenhuma das formas previstas no caput deste artigo será necessário laudo médico ou psicológico acerca do discernimento do declarante,

bastando que seja plenamente capaz, segundo os termos da lei civil, ressalvada a exigência de autorização judicial prevista no art. 1º, § 1º desta Lei.

§ 2º O declarante deve informar a seu médico de confiança, e a seu procurador, quando houver, acerca da elaboração desses documentos e solicitar que os anexe junto ao seu prontuário, por ocasião de eventual internação ou atendimento médico (BRASIL, 2018, n.p).

Neste artigo as informações sobre a formulação das diretivas, a respeito da obrigatoriedade de duas testemunhas, anexar o requerimento médico para maiores de dezesseis anos, os que já obtém a maioridade não se torna necessário. É necessário anexar ao prontuário do paciente as diretivas, independe se for de recusa ou aceitação, para maior efetivação a autonomia, direito protegido pela constituição federal (DANTAS, 2020).

Nos artigos 5º, 6º e 7º discorre sobre as os profissionais da saúde em auxílio com os familiares e o acamado, em como proceder com as situações que possam ocorrer, conforme cita-os:

Art. 5º Desde que apresentadas em documento nos termos do § 1º do art. 3º desta Lei, as diretivas antecipadas de vontade deverão ser obrigatoriamente acatadas por profissionais de saúde e serviços de saúde, públicos ou privados, bem como por familiares, responsáveis legais e representante do declarante, naquilo em que não contrariarem as disposições desta Lei e das demais normas vigentes. Parágrafo único. É lícita aos profissionais de saúde a não observância das diretivas antecipadas de vontade nas seguintes situações, com o devido registro no prontuário do paciente: I – quando elas estiverem em desacordo com os preceitos éticos da sua profissão; II – em situações de urgência ou de perigo imediato para a vida do paciente, quando o acesso a elas implicar demora no atendimento e, conseqüentemente, risco para a saúde ou a vida do declarante; III – quando elas estiverem em evidente desatualização diante do progresso dos meios terapêuticos.

Art. 6º É facultado ao declarante a designação, no documento de diretrizes antecipadas de vontade, de uma pessoa adulta e capaz como seu representante, para que tome as decisões sobre os cuidados à sua saúde, quando não o puder fazer diretamente. Parágrafo único. O representante especificado no caput pode renunciar à função, mediante documento escrito.

Art. 7º O médico, no atendimento de paciente em fase terminal de doença ou acometida de grave e irreversível dano à saúde, procurará se informar sobre a existência de documento de diretivas antecipadas de vontade, fazendo constar essa informação do prontuário do paciente (BRASIL, 2018, n.p).

Anastácio (2020, p. 61) aborda a importância da regularização do projeto, atribuindo ao Testamento Vital “será enriquecedora no ordenamento jurídico brasileiro, não somente salvaguardando o elo entre os médicos e profissionais de saúde com os pacientes”.

A importância é visível da regulamentação e da aprovação do projeto nº 149 de 2018, pois tem força de lei e abre os princípios e valores fundamentais da

constituição, frente a situações delicadas que merecem ter total reconhecimento jurisdicional, o processo se encontra em análise no Senado Federal, sem movimentação, houve uma audiência em 2019 mas sem perspectiva de aprovação (DANTAS, 2020).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante de todo esse estudo, é importante visualizar a importância dos institutos do Direito que englobam o testamento vital, a proteção que a Constituição Federal

impõe sobre o indivíduo, protegendo-o de tratamentos desumanos, respeitando o corpo, os princípios dos valores constitucionais vem sendo destacado em inúmeros locais, a Carta Magna é a simbolização de toda força que o judiciário tem, os princípios que citados são dignidade da pessoa humana, a autonomia da vontade, de total importância com o tema. Os institutos da Bioética e do Biodireito dentro da Medicina tradicional foi de total importância para a concretização da pesquisa.

Tais considerações foi elaborado para ressaltar a importância do médico no caso clínico, em muitos princípios constitucionais, foi visto a morte como paradigma, mas protegida pelo ordenamento jurídico brasileiro, os profissionais da medicina são ensinados a prologar a vida humana, com métodos terapêuticos invasivos, sem qualidade de vida em muitos pacientes, nas situações de doenças terminais que o processo não evolui, somente se estabiliza, a morte é um tema delicado, pois a metade da população é católica não fomos ensinados a dar adeus a nossos familiares e sim a mantê-los perto, mas é importante falar sobre o fim, devendo ser digno e de processo natural.

Ao adentrar sobre o tema específico o testamento vital conhecido como uma das espécies de diretivas antecipadas da vontade vem surgindo com vários conceitos doutrinários mais todos colocam como base a morte digna, é utilizado essa modalidade em situações de doenças terminais que a vida não haverá mais melhoras e sim o fim próximo, pode-se feita solicitando a tratamentos extraordinários também, o testamento vem com apenas uma pessoa para responder por ela chamando no ordenamento pátrio como mandatário, o modo que para tirar essa responsabilidade de um momento crítico que os familiares estão passando quando não mais puder expressar nenhuma vontade.

Deste modo, entra-se no principal assunto desse trabalho, a aplicabilidade e a regulamentação no ordenamento jurídico do testamento vital, com a regulamentação da ortotanásia realizada pelo Conselho Federal de Medicina foi um grande avanço no âmbito médico, auxiliando os profissionais da saúde frente a situações de terminalidade inevitáveis e podendo auxiliar no processo natural do fim da vida, com tratamentos paliativos, e cuidados para que seja um fim digno.

O objetivo do estudo foi discorrer do testamento vital no Brasil e no estrangeiro, como forma de analisar com as evoluções histórica e atuais, foi analisado a aplicabilidade e os países que legalização o testamento em alguns dos países foi por

força de Lei em outros por decretos, no Brasil não há Lei específica que regule essa prática, mais existe o projeto no tribunal fundamentando a importância de efetivar esse instituto protegendo os atos do médico e do paciente.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Thiane Fernandes. **Aspectos controvertidos da eutanásia e da ortotanásia pensados sob a ótica da bioética e do biodireito**. p. 349, 2015. Disponível em: <http://site.fdv.br/wp-content/uploads/2017/03/Parte-2-20-Aspectos-controvertidos-da-eutana%CC%81sia-Thiane-Arau%CC%81jo.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.



AGNOL, Darlei Dall'. **Bioética**. Rio de Janeiro: Editora Zahr, 2005. Acesso em: 20 set. 2020.

ALVES, Cristiane Avancini. Diretivas antecipadas da vontade e testamento vital: considerações sobre linguagem e fim da vida. **Revista Jurídica**. São Paulo, v. 61, nº 427, p. 89-101, maio, 2013. Acesso em: 08 nov. 2020.

ARGENTINA. **Lei nº 26.529, de 21 de outubro de 2009**. Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. El Senado y Cámara de Diputados. Disponível em: [http://www.uba.ar/archivos\\_secyt/image/Ley%2026529.pdf](http://www.uba.ar/archivos_secyt/image/Ley%2026529.pdf). Acesso em: 08 nov. 2020.

ARGENTINA. **Lei nº 26.742, de 24 de maio de 2012**. Modifícase la Ley nº 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. El Senado y Cámara de Diputados. Disponível em: [http://www.uba.ar/archivos\\_secyt/image/Ley%2026742.pdf](http://www.uba.ar/archivos_secyt/image/Ley%2026742.pdf). Acesso em: 08 nov. 2020.

AMARAL, Ana Cláudia Corrêa Zuin Mattos do; PONA, Éverton Willian. Entre autonomia privada e dignidade: testamento vital e “como se vive a própria morte” – os rumos do ordenamento brasileiro. *In*: XXII Encontro Nacional do CONPEDI / UNICURITIBA – Curitiba. **Anais eletrônicos** [...] 2013. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/publicacao/unicuritiba/livro.php?gt=148>. Acesso em: 05 set. 2020.

ANASTÁCIO, Katiusse Silveira. **Testamento vital: a (im) possibilidade de proteger os direitos e garantias de vontade no ordenamento jurídico brasileiro**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito) - Universidade do Sul de Santa Catarina. Disponível em: [https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/9804/KATIUSSE%20TCC%20corre%C3%A7%C3%A3o%20final\\_08.07.2020.doc?sequence=1&isAllowed=y](https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/9804/KATIUSSE%20TCC%20corre%C3%A7%C3%A3o%20final_08.07.2020.doc?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 10 nov. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2018. Acesso em: 10 jul. 2020

BARROS, Ana Lucia da Costa. **A efetivação do controle judicial sobre os direitos sociais prestacionais**. 2015. Monografia (Pós-Graduação Lato Sensu) – Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [https://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/biblioteca\\_videoteca/monografia/Monografia\\_pdf/2015/AnaLuciadaCostaBarros\\_Monografia.pdf](https://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/biblioteca_videoteca/monografia/Monografia_pdf/2015/AnaLuciadaCostaBarros_Monografia.pdf). Acesso em: 23 mar. 2020.

BAROSSO, Luiz Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho. Dignidade e autonomia individual no final da vida. **Revista Consultor Jurídico**. São Paulo, n.p, 2012. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/63963/bioetica-e-biodireito-e-o-direito-de-morrer-com-dignidade>. Acesso em: 23 jun. 2020.

BARROSO, Luis Roberto; MARTEL, Leticia Campos Velho. **Revista da Faculdade de Uberlândia**, v. 38, p. 235-274, 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revistafadir/issue/view/824>. Acesso em: 08 set. 2020.

BANDEIRA, Beatriz Pirajá. **Autonomia da vontade do paciente, cidadania e a recusa de cobertura pelas empresas de medicina pré-pagas**. 2019. Dissertação (Mestrado em Direito Empresarial e Cidadania) - Centro Universitário, Curitiba, 2019. Disponível em: <https://www.unicuritiba.edu.br/images/mestrado/dissertacoes/2019/BEATRIZ-PIRAJA-BANDEIRA.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2020.

BERTINATO, Carolina Barreto. **Diretivas antecipadas de vontade**: uma importante ferramenta na relação entre o idoso enfermo, sua família e os profissionais da saúde. 2015. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR, Curitiba, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/309490992\\_DIRETIVAS\\_ANTECIPADAS\\_DE\\_VONTADE\\_UMA\\_IMPORTANTE\\_FERRAMENTA\\_NA\\_RELACAO\\_ENTRE\\_O\\_IDOSO\\_ENFERMO\\_SUA\\_FAMILIA\\_E\\_OS\\_PROFISSIONAIS\\_DA\\_SAUDE](https://www.researchgate.net/publication/309490992_DIRETIVAS_ANTECIPADAS_DE_VONTADE_UMA_IMPORTANTE_FERRAMENTA_NA_RELACAO_ENTRE_O_IDOSO_ENFERMO_SUA_FAMILIA_E_OS_PROFISSIONAIS_DA_SAUDE). Acesso em: 30 ago. 2020.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Código Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm). Acesso em: 10 jul. 2020

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 23 set. 2020.

BRASIL, **Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957**. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e de outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l3268.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3268.htm). Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 149, de 03 de maio de 2018**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL, Seção Judiciária do Distrito Federal. 14ª Vara Federal. Ação civil pública nº 2007.34.00.014809-3. Disponível em: Acesso em: 2 de mar. 2019.

BUSS, Beatriz Prá. **Viabilidade do Testamento Vital no Ordenamento Jurídico Brasileiro. 2018**. Monografia (Bacharel em Direito) - Universidade do Sul de Santa Catarina, 2018. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/5068/TCC%20Beatriz%20Assinado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 06 nov. 2020.

CARVALHO, Hohanna Sabryna dos Santos Sousa. **Testamento vital: efeitos e aplicabilidade no ordenamento jurídico brasileiro**. 2017. Trabalho de Conclusão

de Curso (Graduação em Direito) -Universidade Federal, Paraíba. 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/11382?locale=pt\\_BR](https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/11382?locale=pt_BR). Acesso em 28 ago. 2020

CERVI, Taciana Damo. Cuidados paliativos e autonomia do paciente terminal: reflexões sobre o testamento vital no Brasil. **Revista Videre**, v.10. n. 20, p. 103, jul./dez.,2018. Acesso em: 20 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006**. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Brasília: República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/ortotanasia-1805.htm>. Acesso em: 02 jan. 2019.

CURY, Paulo Jose Simão. **O testamento vital e o seu fundamento no princípio da dignidade da pessoa humana**. 2016. Dissertação (Pós- Graduação em Direito) - Instituição Toledo de Ensino, Centro de Pós Universitário, Bauru, 2016. Acesso em: 23 mar. 2020.

CRIPPA, Analise; PITHAN, Livia Haygert; BOHNEMBERGER, Marcelo (org.). **Bioética como análise de casos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2019. Acesso em: 08 set. 2020.

DADALTO, Luciana; GRECO, Dirceu Bartolomeu; TUPINAMBÁS, Unai. Diretivas Antecipadas de Vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**. São Paulo, 2013, vol. 21, n. 3, p.463-476. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300011>. Acesso em: 15 abr. 2020.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do DF (14ª vara cível). Agravo de instrumento nº 200734000148093. A antecipação de tutela foi deferida para suspender os efeitos da Resolução CFM n. 1.805 de 2006. O Conselho Federal de Medicina agravou de instrumento. Apelante: Ministério Público. Apelado: Conselho Regional de Medicina. Relator: Roberto Luis Luchi Demo. Distrito Federal, 1 de dezembro de 2010. **Lex**: jurisprudência do TJDF, Distrito Federal, 2010. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

DADALTO, Luciana. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). **Revista de Bioética y Derecho**. São Paulo, n. 28, p. 61-71, mai., 2013. Disponível em: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/>. Acesso em: 5 abr. 2020.

DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 4ª ed. São Paulo: Editora Foco, 2018. Acesso em: 5 abr. 2020.

DADALTO, Luciana. **Testamento vital**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015. p. 11. Acesso em: 23 set. 2020.

DANTAS, Isabella Barbosa. **Testamento vital: Análise De Sua Validade No Ordenamento Jurídico Brasileiro**. 2020. Monografia (Graduação em Direito Civil e Processo Civil) - Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo, Presidente Prudente, 2020. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/Direito/article/view/8378>. Acesso em: 11 de jul. 2020.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro: Direito das Sucessões**. 17 ed. São Paulo: Saraiva, 2009. Acesso em: 02 fev. 2020.

DONILDA, Alcione Maria Araujo. **Diretivas antecipadas de vontade e sua configuração no ordenamento jurídico brasileiro**. 1. ed. Recife: Devry, 2016. Acesso em: 19 set. 2020.

FRANÇA. **Loi n° 87, de 2 de fevrier de 2016**. Du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Paris: Président de la République. Disponível em: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253/>. Acesso em: 08 nov. 2020.

FLORA, Maria Lydia Gomes. **Dignidade e liberdade nos limites da vida: um debate constitucional sobre o testamento vital**. 2016. Dissertação (Pós-Graduação em Direito) - Faculdade de Direito do Sul de Minas, 2016. Disponível em: <https://www.fdsu.edu.br/mestrado/arquivos/dissertacoes/2016/15.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2020.

FRANÇA, Genival Veloso. **Comentários ao Código de ética médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional, 2019. Acesso em: 20 set. 2020.

RANGEL, Tauã Lima Verdán (Coord.). **Bioética, biodireito & dimensões contemporâneas do direito**. 1. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Pequenos escritos interdisciplinares, 2018. Acesso em: 20 set. 2020.

GARBIN, Rosana Broglio. **Os fundamentos constitucionais das diretivas antecipadas de vontade em matéria de cuidados de saúde e a dogmática jurídica para a validade e eficácia das disposições**. 2018. Tese (Doutorado em Ciências Jurídico Políticas) - Universidade de Lisboa, Portugal, 2018. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37290/1/uIsd732757\\_td\\_Rosana\\_Garbin.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37290/1/uIsd732757_td_Rosana_Garbin.pdf). Acesso em: 20 mar. 2020.

GENOVEZ, Juliane dos Santos. **O testamento vital e o melhor interesse do paciente à luz dos princípios da autonomia da vontade e da dignidade da pessoa humana**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/3250/1/TCC%20-%20vers%C3%A3o%20final.pdf>. Acesso em: 10 de jul. 2020.

GIACOMOLLI, Lucas. **Direito à morte digna**. 2015. Monografia (Bacharel em Direito) - Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, 2015. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/1435/1/2015LucasGiacomolli.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2020.

GRINBERG, Max; CHEHAIBAR, Graziela Zlotnik. Living Wills. Bioética como análise de casos. **Revista de Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo. v. 99, n. 6, p. 1166, dez., 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012001500015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001500015&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 set. 2020.

GOUVEIA, Lene Revoredo. Diretivas antecipadas de vontade - testamento vital: aplicação do fundamento constitucional da dignidade da pessoa humana. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca**. São Paulo, v.12, n.2, dez. 2017. Disponível em: <https://www.revista.direitofranca.br/index.php/refdf/article/view/515>. Acesso em: 15 abr. 2020.

GOZZO, Débora; LIGIERA, Wilson Ricardo (Org.). **Bioética e direitos fundamentais**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. Acesso em: 20 set. 2020.

GOLDIM, Jose Roberto. Bioética origem e complexidade. **Revista Hospital de Clinicas Porto Alegre (HCPA)**. v. 6, n. 2. p. 86-96, 2006. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/100251/56009>. Acesso em: 11 mai. 2019.

GORDILHO, Heron José de Santana; STURZA, Janaina Machado (Coord). Biodireito e Direitos dos Animais. Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito **CONPEDI** - Florianópolis, 2020. Disponível em: <http://conpedi.danielolr.info/publicacoes/olpbq8u9/rmcuswgm/We3KErKG0O6Uy4Kl.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

GUSELLA, Gabriela Azeredo; ZAGANELLI, Margareth Vetis; NOGUEIRA, Pedro Lenno Rovetta. Diretivas antecipadas de vontade: uma análise dos requisitos de validade à luz da legislação brasileira. **Revista Jurídica Derecho y Cambio Social**. Peru, n. 61, p. 239-264, jul./set., 2020. Disponível em: <https://lnx.derechocambiosocial.com/ojs-3.1.1-4/index.php/derechocambiosocial/article/view/294>. Acesso em: 20 abr. 2020

LISBOA, Roberto Senise; BONNA, Alexandre Pereira. **Coord**. Testamento vital e dignidade: a manifestação antecipada para o momento do enfrentamento da partida. *In*: XXVIII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI/CESUPA, BELÉM – PA, DIREITO CIVIL CONTEMPORÂNEO. v. 28, 2019, Florianópolis. **Anais eletrônicos** [...] 2019. Disponível em: <https://www.conpedi.org.br/>. Acesso em: 23 set. 2020.

LIMA, Meiriany Arruda. O testamento vital à luz do ordenamento jurídico e o princípio para *homine*. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, n.1, v. 7, p. 12-28, jan./mar., 2018. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/422>. Acesso em: 20 ago. 2020

MALLET, Miguel Tabbal. **Testamento vital**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Jurídicas) - Universidade Católica do Rio Grande. Disponível em: <https://docplayer.com.br/37672276-Testamento-vital-miguel-tabbal-mallet-1-resumo.html>. Acesso em: 22 jan. 2020

MARQUES, Anna Valeria de Miranda Araújo Cabral; ALMEIDA, Ana Claudia Albuquerque de. Diretivas antecipadas de vontade através do testamento vital: oportunidade de humanização da morte. **Revista Direito e Desenvolvimento**, João Pessoa, n. 10, v. 5, p. 9-27, jul./dez., 2014. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/direitoedesenvolvimento/article/view/256>. Acesso em: 16 ago. 2020.

MASSAROLI, Fabio de. **As diretivas antecipadas na jurisprudência brasileira**. 2017. Dissertação (Curso de Direito) - Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. Joaçaba, 2017. Disponível em: <http://groundsmart-mail.com/documents/as-diretivas-antecipadas-de-vontade-na-7-carta-enciclica-evangelium-vitae-do.html>. Acesso em: 27 ago. 2020.

MARTINEZ, Sergio; LIMA, Adaiana. O testamento vital e a relação médico-paciente na perspectiva da autonomia privada e da dignidade da pessoa humana. **Revista de Bioética y Derecho**. v. 37, p. 103-120, 2016. Acesso em: 20 set. 2020.

MABTUM, Matheus Massaro; MARCHETTO, Patricia Borda. Diretivas antecipadas de vontade como dissentimento livre e esclarecido e a necessidade de aconselhamento médico e jurídico. **Revista Scielo Books**. Editora UNESP. São Paulo, p. 89-131, 2015. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/qdy26/pdf/mabtum-9788579836602-05.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MENDONÇA, Patrícia Esteves de. **Testamento vital: a dignidade pessoal, entre a heteronomia e a autonomia da vontade**. 2017. Dissertação (Pós-Graduação em Direito) - Universidade Católica, Petrópolis, 2017. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=5156767](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5156767). Acesso em: 02 abr. 2020.

MOREIRA, Pedro Dos Santos Rodrigues Petito. **“boa morte”: a eutanásia disciplinada em legislações pátria e alienígenas e o que a (des)legitima**. 2018. Monografia (graduação em direito) – Universidade federal do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/5621/1/psrmoreira.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

MELO, Juliana Nicolini. **Testamento vital: a possibilidade de inclusão do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: [https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2019/01/juliana\\_melo.pdf](https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2019/01/juliana_melo.pdf). Acesso em: 23 abr. 2020.

MONTE, Fernando Queiroz. Ética médica: evolução histórica e conceitos. **Revista Bioética**. Fortaleza, n. 03, p. 407-428, 2009. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/507](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/507). Acesso em: 19 ago. 2020.

MELO, Ana Carolina Pereira. **A polêmica da legalização da eutanásia no Brasil: o dever ético de respeito às vontades antecipadas dos pacientes terminais**. Jus Navegandi. Set. 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/42873/a-polemica-dalegalizacao-da-eutanasia-no-brasil-o-dever-etico-de-respeito-as-vontadesantecipadas-dos-pacientes-terminais>. Acesso em: 23 abr. 2020.

MOURA, Niderlee e Silva Souza. O princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento para o livre exercício da personalidade humana e a autonomia da vontade do paciente. **Revista Jus Navegandi**. Teresina, n. 5893, 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/61417/o-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana-como-fundamento-para-o-livre-exercicio-da-personalidade-humana-e-a-autonomia-da-vontade-do-paciente>. Acesso em: 10 mar. 2020.

MORAES, Alexandre. Direito constitucional. **Editora Atlas**: São Paulo. v. 13, p. 1-594, 2003. Disponível em: [https://jornalistaslivres.org/wp-content/uploads/2017/02/DIREITO\\_CONSTITUCIONAL-1.pdf](https://jornalistaslivres.org/wp-content/uploads/2017/02/DIREITO_CONSTITUCIONAL-1.pdf). Acesso em: 08 set. 2020.

MYSZCZUK, Ana Paula; MEIRELLES, Jussara Maria Leal de. Bioética, biodireito e interpretação (bio) constitucional bioethics, biolaw and (bio) constitutional interpretation. *In*: XVII Congresso Nacional do COMPEDI, Brasília- Distrito Federal. **Anais eletrônicos** [...] 2008. Disponível em: [http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/brasil/03\\_107.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/brasil/03_107.pdf). Acesso em: 23 ago. 2020.

NASCIMENTO, Alexandre Lacerda (Coord). Uma lupa na abordagem superficial dos registros públicos. **Revista Cartório com Você**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 32-34, set/out., 2016. Disponível em: [http://sinoregsp.org.br/wp-content/uploads/2017/06/cartorios\\_com\\_voce\\_5.pdf](http://sinoregsp.org.br/wp-content/uploads/2017/06/cartorios_com_voce_5.pdf). Acesso em: 08 nov. 2020.

NETO, Júlio Ignácio da Silva. **Eutanásia: relação entre vida e legalidade**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito). Fundação Educacional do Município de Assis, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqTccs/1321400023.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.

ORSELLI, Helena de Azeredo; FLORES, Paola Cristina Santos. A reprodução humana medicamente assistida na forma heteróloga: apontamentos sobre os principais aspectos bióticos, médicos e jurídicos. **Revista Jurídica**. v. 17, nº 34, p. 155 - 186, jul./dez. 2013. Acesso em: 28 jun. 2019.

PORFÍRIO, Francisco. Bioética. **Revista Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/filosofia/bioetica.htm>. Acesso em: 31 out. 2020.

PORTUGAL, **Associação Portuguesa de Bioética. Projecto nº P06/APB/06.** Que regula o exercício do direito a formular directivas antecipadas de vontade no âmbito da prestação de cuidados de saúde e cria o correspondente registo nacional. Relatores: Helena Melo; Rui Nunes, 2006. Disponível: [http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802554221200319873p\\_06\\_apb\\_06\\_testamento\\_vital.pdf.pdf](http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802554221200319873p_06_apb_06_testamento_vital.pdf.pdf). Acesso em: 10 set. 2020.

PORTUGAL. **Lei nº 25, de 16 de julho de 2012.** Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registro Nacional do Testamento Vital. Diário da República. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/179517/details/normal?q=Lei+n.%C2%BA%2025/2012+de+16+de+julho>. Acesso em: 30 abr. 2020.

PEREIRA, Luciana Mendes. Resenha crítica da obra: testamento vital: à luz do direito e análise do discurso. **Revista Eletrônica Braz Cuba**, v. 9, n. 1, p. 1-3. Disponível em: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/>. Acesso em: 10 de jul. 2020.

RODRIGUES, Marie Sassim. **Os modelos explicativos da bioética e seus fundamentos filosóficos:** semelhanças, diferenças e condições de aplicação. 2015. Tese (Prevenção de acidentalidade viária com motociclistas) - Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales – UCES. Buenos Aires. Disponível em: <http://copec.eu/wcca2015/proc/works/51.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

RAMOS, Cesar Augusto. Aristóteles e o sentido político da comunidade ante o liberalismo. **Kriterion: Revista de Filosofia**, Belo Horizonte, n. 129, v. 55. jan./jun., 2014. Acesso em: 20 set. 2020.

RABELO, Misyara Augusta Morais. **Diretivas antecipadas de vontade: legalização do instituto no ordenamento jurídico brasileiro.** 2016. Monografia (Bacharel em Direito) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/3592/1/misyaraaugustamoraisrabelo.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2020.

RIBEIRO, Christian Barroso. **Eutanásia: direito de morrer à luz do princípio da dignidade da pessoa humana.** 2017. Monografia (Bacharel em Direito) - Faculdade Minas Gerais, Belo Horizonte. 2017. Disponível em: <http://famigvirtual.com.br/famig-monografias/index.php/mono/catalog/book/448>. Acesso em: 20 mai. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do RS (21ª vara cível). Apelação Cível nº 70042509562. **Constitucional. Manutenção artificial de vida. Dignidade da pessoa humana:** Paciente, atualmente, sem condições de manifestar sua vontade. Respeito ao desejo antes manifestado. Apelante: Associação dos Funcionários Públicos do ERGS Constitucional. Apelado: G. O. F., G. S. B. Relator: Relator: Armínio José Abreu Lima da Rosa. Porto Alegre, 01 de junho de 2011. Lex: jurisprudência do TJRS, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/download/797/467>. Acesso em: 20 ago. 2020.



RODRIGUES, Camila Mello e Silva Fortuna. **Direito à morte digna**: eis a questão, o testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro. 2019. Dissertação (Pós graduação em Direito) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: <https://portaladm.estacio.br/media/4679622/camila-mello-e-silva-fortuna-rodrigues.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2020.

SÁ, Karoline Tais Cord de. **Diretivas Antecipadas De Vontade No Ordenamento Jurídico Brasileiro**. 2017. Monografia (Bacharel em Direito) - Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, 2017. Disponível em: [https://bdm.unb.br/bitstream/10483/18870/1/2017\\_KarolineTaisCorddeSa.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/18870/1/2017_KarolineTaisCorddeSa.pdf). Acesso em: 06 nov. 2020.

SANTOS, Elane Linhares dos. **Testamento vital: direito a morte digna**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Ciências Sociais Aplicadas Direito) - Universidade Católica de Salvador, Bahia, 2019. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/537>. Acesso em: 02 set. 2020.

SANTOS, Scheila Barbosa dos. **Direitos fundamentais e ortotanásia**: entre a saúde e a autonomia do paciente terminal. 2015. Dissertação (Mestrado em Direitos Fundamentais e Democracia) - Centro Universitário Autônomo do Brasil, Curitiba. 2015. Disponível em: [https://www.unibrasil.com.br/wp-content/uploads/2018/03/mestrado\\_unibrasil\\_ScheilaSantos.pdf](https://www.unibrasil.com.br/wp-content/uploads/2018/03/mestrado_unibrasil_ScheilaSantos.pdf). Acesso em: 20 jul. 2020.

SAIRON, Isabela. **Diretivas antecipadas de vontade**: perspectivas de enfermeiros. 2016. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal (UFSC), Santa Catarina. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/174428/344631.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 abr. 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 5. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. p 29. Acesso em: 28 jun. 2019.

SCARIOT, Franco. **Questões éticas em pacientes terminais segundo o personalismo ontológico de Elio Sgreccia**. 2016. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Universidade de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <https://repositorio.uces.br/xmlui/bitstream/handle/11338/1186/Dissertacao%20Franco%20Scariot.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 ago. 2020

SILVA, Gabriela Barbosa. Bioética e biodireito e o direito de morrer com dignidade. **Revista Jus Navegandi**. p.1 2018. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/63963/bioetica-e-biodireito-e-o-direito-de-morrer-com-dignidade>. Acesso em: 06 mar. 2020.

SZLACHTA, Luna Carla Sá. **Direito À Morte Digna Do Brasil. 2010 ou 2016**. Monografia (Artigo Científico em Direito). Faculdades Integradas Santa Cruz. Londrina. Disponível em: <https://santacruz.br/revistas/index.php/JICEX/article/download/914/987>. Acesso em: 27 ago. 2020.

TORRES, Marcelo Monteiro. **Revista Eletrônica do CEAF**, v. 1, n. 2, fev./maio., 2012. Disponível em: [https://www.mprs.mp.br/media/areas/biblioteca/arquivos/revista/edicao\\_02/vol1no2art2.pdf](https://www.mprs.mp.br/media/areas/biblioteca/arquivos/revista/edicao_02/vol1no2art2.pdf). Acesso em: 21 abr. 2020.

VITOR, Marta Gomes Neto dos Santos. **As diretivas antecipadas de vontade e o consentimento em situações de urgência**. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito da Universidade Lusíada de Lisboa, 2017. Disponível em: [http://dspace.lis.ulusiada.pt/bitstream/11067/3735/1/md\\_marta\\_vitor\\_dissertacao.pdf](http://dspace.lis.ulusiada.pt/bitstream/11067/3735/1/md_marta_vitor_dissertacao.pdf). Acesso em: 09 set. 2020.

UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Convenção que constitui a organização das nações unidas para a Educação, Ciência e Cultura – 1945**. Londres, 19 nov., 1945. disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/UNESCO-Orgniza%C3%A7%C3%A3o-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas-para-a-Educa%C3%A7%C3%A3o-Ci%C3%Aancia-e-Cultura/convencao-que-constitui-a-organizacao-das-nacoes-unidas-para-a-educacao-ciencia-e-cultura.html>. Acesso em: 21 set. 2020.

UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE– UNIARP. **Normalização de trabalhos acadêmicos**. Caçador: EdUNIARP, 2019.

