

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE DIREITO  
MISYARA AUGUSTA MORAIS RABELO**

**Diretivas Antecipadas de Vontade:  
Legalização do instituto no ordenamento jurídico brasileiro**

**Juiz de Fora  
2016**

**MISYARA AUGUSTA MORAIS RABELO**

**Diretivas Antecipadas de Vontade:  
Legalização do instituto no ordenamento jurídico brasileiro**

Monografia apresentada à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito, na área de Bioética, sob orientação do Prof. Dr. João Beccon de Almeida Neto.

**Juiz de Fora**

**2016**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**MISYARA AUGUSTA MORAIS RABELO**

**Diretivas Antecipadas de Vontade:  
Legalização do instituto no ordenamento jurídico brasileiro**

Monografia apresentada à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito, na área de Bioética, submetida à Banca Examinadora composta pelos membros:

---

Orientador: Prof. Dr. João Becon de Almeida Neto  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof<sup>a</sup>. Me<sup>a</sup> Maria José Guedes Gondim Almeida  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Bruno Stigert de Sousa  
Universidade Federal de Juiz de Fora

PARECER DA BANCA

( ) APROVADO

( ) REPROVADO

Juiz de Fora, 01 de dezembro de 2016

## **AGRADECIMENTO**

A Deus, por iluminar minha trajetória, colocando anjos no meu caminho. Por me dar a oportunidade de estudar numa instituição de excelência. E me cobrir de sabedoria nos momentos de decisões difíceis.

Aos meus familiares, pelo amor, apoio e compreensão.

Aos meus amigos, por se fazerem presentes mesmo que distantes.

Aos amigos da Faculdade de Direito, pelo companheirismo durante todos os anos de faculdade.

À Roberta, pela ajuda com as traduções.

Ao Matheus, pelo companheirismo, apoio e contribuição em cada detalhe desse trabalho.

À Faculdade de Direito da UFJF, pela formação de excelência, pelo crescimento tanto profissional como pessoal, pelo conhecimento compartilhado, pelos melhores Docentes.

À Zezé, por despertar em mim o amor pela bioética e interesse pelas Diretivas Antecipadas de Vontade.

Ao Prof. Dr. Bruno Stigert de Souza e à Prof<sup>a</sup>. Me.<sup>a</sup> Maria José Guedes Gondim Almeida, por aceitarem o convite para compor a banca examinada. É uma honra tê-los como examinadores

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. João Becon de Almeida Neto, por aceitar prontamente, com um sorriso nos olhos, que eu fosse sua orientanda e por contribuir com minha formação acadêmica.

Dedico este trabalho a todos que me inspiraram a fazê-lo, em especial, aos pacientes que sofrem de forma imensurável, por anos, e não podem escolher por tratamentos médicos que ponham fim a esse sofrimento.

“A dor é inevitável, o sofrimento é  
opcional”  
Carlos Drummond de Andrade

## RESUMO

O avanço biotecnológico, por meio de instrumentos e procedimentos sofisticados, propiciou ao homem dominar os fenômenos naturais, como a criação e a morte. E com o passar dos anos, esse desenvolvimento inaugurou uma nova busca pelo prolongamento da vida a qualquer custo, independente dos valores humanos e princípios que norteiam o direito constitucional, como o princípio da dignidade humana e a autonomia.

Com essa busca incessante, o homem conseguiu controlar algumas doenças, por meio de tratamentos exaustivos e degradantes para o paciente. No entanto, sem respeitar a vontade e o direito do paciente em ter uma morte tranquila e digna.

Com as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), busca-se assegurar aos pacientes que as suas vontades sejam respeitadas, por meio de um documento, confeccionado previamente, no momento que o indivíduo se encontra consciente e autodeterminado, manifestando antecipadamente sua vontade, quanto aos procedimentos e tratamentos médicos que gostaria ou não de ser submetidos, caso se encontre em estado terminal e impossibilitado de se manifestar.

Palavras-chave: Diretivas Antecipadas de Vontade, Distanásia, Paciente Terminal, Dignidade da Pessoa Humana, Autonomia e Ordenamento Jurídico.

## **ABSTRACT**

*The biotechnological advance, through sophisticated instruments and procedures, allowed man to master natural phenomena such as creation and death. And over the years, this development has inaugurated a new quest for the extension of life at any cost, independent of the human values and principles that guide constitutional law, such as the principle of human dignity and autonomy.*

*With this incessant search, man has managed to control some diseases, through exhaustive and degrading treatments for the patient. However, without respecting the patient's will and right to have a quiet and dignified death.*

*With the Advance Directives of Will (DAV), it is sought to assure patients that their wishes are respected, through a document, prepared in advance, at the moment that the individual is conscious and self-determined, manifesting in advance their will, regarding the Procedures and medical treatments that would or would not be submitted, if it is in a terminal state and unable to manifest itself.*

**Keywords:** Anticipated Will Policies, Dysthanasia, Terminal Patient, Dignity of the Human Person, Autonomy and Legal Ordering.

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1. Introdução.....   | 10 |
| 2. Desenvolvimento Biotecnológico .....                    | 13 |
| 2.1. A relação do indivíduo com a morte .....              | 13 |
| 2.2 Os progressos da medicina.....                         | 14 |
| 2.3 Princípios Bioéticos .....                             | 16 |
| 3. Diretivas Antecipadas de Vontade.....                   | 20 |
| 3.1 Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia .....              | 21 |
| 4. Ordenamentos Jurídicos Internacionais.....              | 22 |
| 4.1 Estados Unidos da América .....                        | 23 |
| 4.2 Espanha .....  | 24 |
| 4.3 Portugal.....  | 27 |
| 4.5 Itália.....  | 30 |
| 5. Ordenamento Jurídico Brasileiro .....                   | 34 |
| 5.1 Resoluções do Conselho Federal de Medicina .....       | 34 |
| 5.2 Projetos de Lei do Senado .....                        | 38 |
| 5.3 Constituição Federal .....                             | 40 |
| 5.3.1 Dignidade da Pessoa Humana.....                      | 41 |
| 5.3.2 Autonomia .....                                      | 43 |
| 5.4 Código Civil .....                                     | 45 |
| 5.5 Código Penal.....                                      | 46 |
| 5.5.1 Homicídio .....                                      | 47 |
| 5.5.2 Induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio ..... | 49 |
| 5.5.3 Omissão de Socorro.....                              | 50 |
| 6. Conclusão.....  | 53 |
| 7. Referências Bibliográficas .....                        | 56 |

## 1. Introdução

O desenvolvimento da Biotecnologia tem como proposta a melhoria da qualidade de vida, bem como a descoberta de técnicas e instrumentos que propiciem ao ser humano ter controle sobre os fenômenos naturais, entre eles a morte. Em meados do século XX, a evolução biotecnológica proporcionou, por modernos recursos, o prolongamento artificial da vida, isto é, o desenvolvimento de procedimentos distanásicos. Contudo, paralelo a esse avanço biotecnológico, também houve o aperfeiçoamento da bioética médica fundada nos deveres *prima facie*<sup>1</sup> e a observância da autonomia do paciente. A autonomia do paciente vem tendo cada vez mais relevância e influência nas decisões médicas, grande parte dos profissionais da área da saúde acatam as vontades do paciente, quanto aos tratamentos médicos aos quais quer ser submetido, ao invés de ministrarem tratamentos desumanos e ineficazes, baseados na busca desenfreada pela salvação incondicionada da vida.

Objetivando proteger a autonomia do paciente, por meio da garantia legal do cumprimento da sua manifestação de vontade e tentando inibir práticas desumanas de prolongamento da vida, em 1967, nos Estados Unidos da América (EUA), a Sociedade Americana para a Eutanásia, propôs a adoção do testamento vital como um documento, pelo qual o paciente poderia dispor sobre a interrupção de tratamentos médicos considerados excessivos. No entanto, apenas em 1991 foi aprovada nos EUA a primeira lei federal, denominada *Patient Self-Determination Act* (PSDA)<sup>2</sup>, que reconhece o direito à autodeterminação do paciente, servindo de diretriz para a elaboração, pelos Estados Federados<sup>3</sup>, de leis mais específicas.

---

<sup>1</sup> Willian David Ross foi o pioneiro na elaboração dos deveres *prima facie*. Em 1930 escreveu o livro **The Right and the Good**, no qual esclarece que a vida moral está fundamentada em alguns princípios básicos, evidentes e incontestáveis. Esses princípios são denominados pelo autor de obrigações/deveres. Segundo Ross, todos os seres humanos consideram o cumprimento dessas obrigações obrigatório numa primeira análise e que a única objeção para o cumprimento dessas é a existência de um conflito, isto é, caso essas obrigações conflitem com outra obrigação de igual ou maior valor, numa situação determinada, deverá ser analisado no caso concreto qual das obrigações tem o melhor custo/benefício para o paciente. São deveres *prima facie* de Ross a beneficência, a não maleficência e a justiça.

<sup>2</sup> A Lei de Autodeterminação do Paciente, *Patient Self-Determination Act*(PSDA), foi aprovada pelo Congresso dos Estados Unidos em 1990 e entrou em vigor no dia 01 de dezembro de 1991. Essa lei visa promover o conhecimento e a discussão de questões sobre saúde, em especial as decisões médicas relacionadas ao final da vida do paciente. O mecanismo utilizado pela lei estadunidense para incentivar a discussão sobre o assunto foi a exigência federal de que qualquer instituição de cuidados

No cenário nacional, as primeiras manifestações referentes aos direitos e à autonomia dos pacientes, especificamente quanto ao instituto das Diretivas Antecipadas de Vontade<sup>4</sup>, surge com a propositura do Projeto de Lei nº 549/2009, dispondo sobre “os direitos da pessoa que se encontra em fase terminal de doença, no que diz respeito à tomada de decisões sobre a instituição, a limitação ou a suspensão de procedimentos terapêuticos, paliativos e mitigadores do sofrimento”.

O Projeto de Lei supracitado prevê, ainda, os requisitos indispensáveis para confecção e validação do instituto Diretivas Antecipadas de Vontade, utilizando vários conceitos sobre a bioética que envolvem a terminalidade da vida, conceitos esses que são corriqueiramente confundidos e tratados de forma errônea<sup>5</sup>.

Relacionado ao assunto das Diretivas Antecipadas de Vontade, também foram propostos mais três outros Projetos de Lei, sendo eles respectivamente: Projeto de Lei nº 79 de 2003, Projeto de Lei nº 101 de 2005 e Projeto de Lei nº 103 de 2005<sup>6</sup>.

Apesar dessas tentativas de regulamentação do tema pelo Poder Legislativo, atualmente, não existe uma previsão expressa em lei que possibilite a o paciente terminal escolher quais os procedimentos médicos a que gostaria ou não de ser submetido. Essa ausência legal pode gerar uma errônea criminalização da conduta do médico que respeita as vontades do paciente terminal, pelo Ministério Público,

---

à saúde que deseje receber fundos do Medicare (sistema de seguros de saúde gerido pelo governo dos EUA e destinado às pessoas de idade igual ou maior que 65 anos) deve informar aos pacientes no momento da admissão sobre as leis estaduais que regem o tema da autodeterminação. Dessa forma, os médicos devem estar preparados para sanar as dúvidas dos pacientes sobre questões de autodeterminação e devem conhecer as leis estaduais.

<sup>3</sup> Os Estados Unidos da América é um país que adota a forma de governo republicano, com um sistema de governo presidencialista e a forma de estado federalista. O federalismo norte-americano é dual, ou seja, há uma separação rígida de competências entre o governo central e os governos estaduais, assim, existem atribuições especificamente delimitadas para cada esfera de governo, de forma que nenhuma esfera de governo possa exceder os limites de suas atribuições já devidamente previstos na Constituição Federal. Devido a essa forma de organização de estado, nos EUA, os Estados Federativos têm competência para elaborar leis referentes a Eutanásia, Testamento Vital e demais assuntos que envolvam a autonomia do paciente.

<sup>4</sup> O instituto das Diretivas Antecipadas de Vontade é a manifestação prévia de vontade do paciente, quanto aos procedimentos médicos a que desejaria ser submetido ou não, caso se encontrasse em estado terminal e não pudesse se manifestar. Esse instituto será retomado de forma detalhada no capítulo “Diretivas Antecipadas de Vontade”.

<sup>5</sup> Os conceitos bioéticos, muitas vezes, são utilizados de forma equivocada e sem uma delimitação precisa, como, por exemplo, a distinção e a aplicação da eutanásia e a ortotanásia, que serão retomadas posteriormente no presente trabalho.

<sup>6</sup> Os Projetos de Lei nº 79/03, nº 101/05 e nº103/05, propostos pelos senadores Augusto Botelho, Pedro Simon e Papaléo Pase, respectivamente, estão disponíveis no site do Senado Federal.

que alega que esses profissionais estão incorrendo nos crimes previstos nos arts. 121, 122 e 135 do Código Penal Brasileiro<sup>7</sup>.

O Conselho Federal de Medicina, tendo por objetivo preservar a dignidade da pessoa humana e a autonomia do paciente, bem como o resguardo do profissional por acatar essa predeterminação de vontade, editou a Resolução nº 1.995/2012. O documento disciplina quando, como e de que forma o paciente poderá predeterminar quais os procedimentos médicos que devem ou não ser utilizados no seu tratamento.

A resolução supracitada foi um marco ao introduzir de forma específica e detalhada as Diretivas Antecipadas de Vontade no ordenamento jurídico brasileiro. Porém, essa regulamentação se dá apenas no âmbito da atuação moral e ética da medicina, não possuindo força de lei. Assim, não há respaldo legal aos médicos que acatam as Diretivas Antecipadas de Vontade, sendo considerados praticantes de uma conduta que é erroneamente denominada de eutanásia.

Este trabalho pretende examinar a validade e a aplicação das Diretivas Antecipadas de Vontade no direito brasileiro, bem como se existe a necessidade de regulamentação do instituto pelo Poder Legislativo, prevendo de forma específica os critérios formais, as limitações e os requisitos para a confecção do documento, que expressará a escolha prévia dos pacientes terminais, quanto aos procedimentos médicos a que serão submetidos.

---

<sup>7</sup> O Código Penal prevê o crime de homicídio no artigo 121, o crime de induzimento, instigação e auxílio ao suicídio no artigo 122 e o crime de omissão de socorro no artigo 135.

## 2. Desenvolvimento Biotecnológico

### 2.1. A relação do indivíduo com a morte

Desde os primórdios, os seres humanos buscam incansavelmente desenvolver mecanismos capazes de dominar os fenômenos naturais, principalmente a temporalidade da vida, por meio do prolongamento desta, colocando, assim, a ocorrência da morte em suspenso. Diversos são os fatores que influenciam nessa busca: muitos se apoiam na ideia de terem uma boa qualidade de vida, sucesso profissional e pessoal; outros não querem morrer, motivados pelo desejo de não “deixarem para trás” pessoas amadas; outros, ainda, têm um inexplicável medo do que lhes aconteceria depois da morte, para onde iriam e o que encontrariam; existem, também, as pessoas que rejeitam a morte por se apegarem a questões religiosas e a sacralização da vida<sup>8</sup>. Independentemente dos motivos, é inquestionável que há uma recusa, da grande maioria dos indivíduos, em aceitarem a morte como um fenômeno natural, logo, forma-se um tabu e a discussão sobre o assunto é vista como macabra. No entanto, a relação do indivíduo com a morte nem sempre foi dramática, ocorrendo uma transformação na forma como as pessoas compreendem e lidam com o término da vida.

Os valores que permeiam as sociedades são fatores que influenciam na forma como as pessoas enfrentam a morte. Ocorrendo, assim, uma mudança dessa percepção ao longo da história da humanidade. Na Idade Média, a relação com a morte se dava de maneira natural, familiar e sem questionamentos. As pessoas estavam tão sincronizadas com os fenômenos naturais que acreditavam receber sinais de que o momento derradeiro estava se aproximando e assim se preparavam para ele. Essa percepção da morte permaneceu por muito tempo entre as civilizações cristãs do Ocidente. Posteriormente, ocorreu uma racionalização da morte e a necessidade de eternização dos indivíduos, por meio dos seus atos e

---

<sup>8</sup> Para saber sobre a sacralização da vida, ler Dworkin na obra **Domínio da Vida**: Aborto, eutanásia e liberdades individuais.

criações<sup>9</sup>. Por fim, nos tempos atuais, há a total negação da morte por parte da sociedade, a tendência é ocultar do moribundo a real gravidade do seu quadro clínico. O antigo costume de morrer em casa é substituído pelo prolongamento da vida em hospitais, e a assistência familiar dá lugar a sofisticados tratamentos médicos.

## 2.2 Os progressos da medicina

Além da transformação na forma como os pacientes encaram a morte ao longo dos séculos, o progresso médico foi de fundamental importância para a negação da morte.

Na Roma Antiga, um indivíduo vivia em torno de 20 a 30 anos. Essa baixíssima expectativa de vida tinha relação direta com a insuficiência nutricional e a atmosfera citadina, que propiciava a transmissão de doenças, como a malária<sup>10</sup>.

No período medieval, esse cenário marcado pela morte precoce não se alterou, pelo contrário, agravou-se. Diferentemente dos romanos, os medievais não tinham o costume de se banhar. Independentemente da classe social, passavam meses sem tomar banho, as roupas que usavam não eram lavadas com frequência e os espaços físicos que frequentavam também não era muito limpos. A precária infraestrutura e a ausência de hábitos de higiene propiciavam rapidamente a proliferação de doenças, como a lepra e a peste bubônica (peste negra), sendo esta doença a mais devastadora da época, desfalecendo um terço da Europa<sup>11</sup>.

Na sociedade moderna, houve uma significativa mudança e uma melhora incomparável da qualidade de vida, gerando, conseqüentemente, o aumento da expectativa de vida. Essa melhora da qualidade de vida ocorreu por diversos fatores, entre eles, a melhora das condições sanitárias e o desenvolvimento de hábitos de higiene pessoal, diminuindo o alcance de epidemias. Em 1791, o químico francês

---

<sup>9</sup> O historiador francês Philippe Ariès analisa, na obra **História da Morte no Ocidente**, a relação do homem com a morte no decorrer dos séculos. O autor delimita quatro concepções de morte: Morte Domada, A Morte de Si Mesmo, A Morte do Outro e Morte Interdita. Essas concepções estão intrinsecamente relacionadas com os valores de cada momento histórico.

<sup>10</sup> OSBOURNE, R. **Introduction: Roman Poverty in Context**. In: ATKINS, M.; OSBOURNE, R. **Poverty in the Roman World**. p. 1-20, 2006.

<sup>11</sup> PRATTA, Elisângela Maria Machado et al. **O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução**.p. 203-211,2009

Nicholas Leblanc descobriu um método eficiente e barato para fabricar sabão<sup>12</sup>, generalizando, assim, os banhos.

Outro fator importante foi a evolução dos saberes médicos. Em 1848, o médico húngaro Ignaz Semmelweis observou que o ato de lavar as mãos com cloro, antes do parto, influenciava na redução da mortalidade materna<sup>13</sup>. Além disso, foi inventado o microscópio acromático<sup>14</sup>. No entanto, a maior inovação para a medicina, no século XIX, foi a descoberta, por Louis Pasteur, de que as bactérias eram as responsáveis pela maior parte das doenças. Esse aprimoramento biomédico, preocupado com a higiene e o saneamento básico; com a vacinação em massa; bem como com o desenvolvimento tecnológico da agropecuária, permitindo, assim, a distribuição de alimentos de qualidade à grande massa populacional, propiciando a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e elevando a expectativa de vida até então existente<sup>15</sup>.

Posteriormente, no ano de 1950, foi descoberto que os Radicais Livres são compostos moleculares que contribuem para o envelhecimento das células<sup>16</sup>. Além disso, a descoberta dos benefícios do HDL (colesterol bom) e da atividade física expandiram os limites da vida média.

A medicina dispõe de inúmeras drogas que são capazes de estabilizar, curar e evitar doenças. As drogas capazes de estabilizar os pacientes são utilizadas quando o paciente tem doença gravíssima e incurável, como, por exemplo, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que até poucos anos atrás tinha como prognóstico a baixa expectativa de vida e hodiernamente tem uma elevada expectativa de vida, se o paciente tratar a doença. Já as drogas capazes de curar os pacientes são aquelas usadas nos casos de doenças letais, como nos tratamentos de quimioterapia e radioterapia, quando diagnosticado câncer no paciente. Por fim,

---

<sup>12</sup> WISNIAK, J et al. **Carbonato de sódio-From recursos naturais para Leblanc e costas.**p.99-112, 2003.

<sup>13</sup> MIRANDA, Marcelo et al. **Semmelweis y su aporte científico a la medicina:** Un lavado de manos salva vidas. p. 54-57, 2008.

<sup>14</sup> O microscópio foi criado por Galileu Galilei, aproximadamente em 1600, com a utilização de um tubo e duas lentes. Duzentos anos depois, em 1830 o físico alemão Ernst Abbé criou o microscópio acromático, que possibilitou um estudo mais pormenorizado da microbiologia e histologia, colaborando para a descoberta de novos micro-organismos e o avanço da medicina.

<sup>15</sup> KALACHE, Alexandre et al. **O envelhecimento da população mundial:** um desafio novo.1987

<sup>16</sup> FERREIRA, A. L. A et al. **Radicais livres:** conceitos, doenças relacionadas, sistema de defesa e estresse oxidativo. p. 61-68, 1997.

as drogas que são utilizadas para evitar doenças, como, por exemplo, a trombose e poliomielite.

Além das drogas, foram criados aparelhos eletrônicos sofisticados, que são capazes de fazer um diagnóstico apurado, passando informações, muitas vezes instantâneas, e importantíssimas sobre o paciente. Todos esses fatores propiciaram para que a média mundial da expectativa de vida fosse elevada para 71,4 anos no ano de 2015, conforme dados da Organização Mundial da Saúde<sup>17</sup>.

O desenvolvimento da Biotecnologia, atualmente, tem como proposta, não somente a melhoria da qualidade de vida, mas principalmente a descoberta de técnicas e instrumentos que propiciam ao ser humano ter controle sobre a vida e a morte. São exemplos dessas técnicas a inseminação artificial *in vitro*<sup>18</sup>; a manipulação genética, que possibilita a exclusão de genes portadores de doença, assim como a escolha do sexo do feto; a produção de órgãos em 3D, sendo que essa técnica ainda está em fase de pesquisa; e modernos recursos e aparelhos que prolongam a vida artificialmente.

### **2.3 Princípios Bioéticos**

Os médicos, porém, mesmo com todo esse aparato e conhecimento científico-tecnológico, continuam enfrentando limitações e dificuldades, agora relacionadas à ética médica e à relação médico-paciente. Surge, assim, a necessidade de um processo de humanização da medicina, na verdade, pode-se dizer reumanização, pois, ao analisar a história da profissão, verifica-se que suas raízes assentam na filosofia da natureza e numa visão holística, que entendia ser o homem a comunhão do corpo com o espírito. Nessa perspectiva, a doença não deve ser considerada isoladamente, restringindo-se ao órgão doente, mas deve-se considerar tudo ao redor do enfermo que poderá influenciar no aspecto biológico, principalmente seus sentimentos e vontades<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> OMS, Organização Mundial da Saúde. **Life expectancy at birth.**

<sup>18</sup> A técnica da inseminação artificial *in vitro* consiste na coleta dos gametas, sendo o feminino o ovócito e o masculino o espermatozoide, para que a fecundação seja feita em laboratório e depois há a transferência desses embriões de volta para o útero materno

<sup>19</sup> GALLIAN, Dante Mc. **A (re)humanização da medicina.**

Conjuntamente com a reumanização da medicina, também está em voga o *Princípioalismo Bioético de Beauchamp e Childress*<sup>20</sup>, que se baseia na releitura da teoria *prima facie*, de William David Ross<sup>21</sup>, bem como no “*The Belmont Report*”<sup>22</sup>.

O Princípioalismo, a fim de solucionar casos que envolvam discussões éticas, orienta-se por quatro princípios *prima facie*: não maleficência; beneficência; respeito à autonomia e justiça. Esses princípios são operacionais e devem ser aplicados conforme o caso concreto, porém nem sempre são suficientes para a tomada de decisão, pois têm caráter relativo, ou seja, na prática pode haver conflitos entre eles, não podendo serem aplicados igualmente. Dessa forma, pode surgir a necessidade da aplicação de outros valores para aprofundar a análise bioética.

O Princípio da Não Maleficência é a espinha dorsal da ética médica. Norteado por esse princípio, o profissional da saúde tem o dever de não causar mal ou danos ao paciente, intencionalmente. No exercício da medicina é bastante comum que a escolha por um procedimento a ser adotado, bem como as condutas realizadas, baseadas no mesmo, gere um risco de causar danos ao paciente, como, por exemplo, o que parece uma simples retirada de sangue para realizar um teste diagnóstico pode causar uma hemorragia no local de retirada do sangue e, caso o paciente apresente problemas de hemóstase, esse risco é significativamente aumentado. Assim, quanto maior o risco envolvido no procedimento adotado, maior deve ser a necessidade e justificativa para a sua escolha, principalmente, para que essa escolha seja considerada eticamente correta. Quase toda intervenção diagnóstica ou terapêutica envolve um risco de dano, por isso é de fundamental importância o Princípio da Não Maleficência<sup>23</sup>.

A Beneficência quer dizer fazer o bem. Refere-se à obrigação moral do profissional da área de saúde em agir sempre visando o benefício do paciente, não

---

<sup>20</sup> Os bioeticistas Beauchamp e Childress, o primeiro seguidor da ética utilitarista e o segundo defensor do deontologismo, reelaboraram os três princípios bioéticos desenvolvidos por Ross e acrescentaram a esses, o princípio da autonomia. Esses autores deram visibilidade para os princípios bioéticos por meio do Princípioalismo.

<sup>21</sup>Ross, W. **The Right and the Good**, 1930

<sup>22</sup> O “The Belmont Report” é um documento elaborado em 1978, por uma comissão nacional do governo dos Estados Unidos da América, definindo as bases éticas que protegeriam os seres humanos submetidos à pesquisa biomédica. Nesse documento são reconhecidos os deveres *prima facie* de Ross, introduzindo-se a necessidade do consentimento dos integrantes da pesquisa para publicação das informações coletadas, em respeito à autonomia dos sujeitos pesquisados.

<sup>23</sup> Kipper DJ, Clotet J. **Princípios de Beneficência e Não-Maleficência**, 1998.

só do ponto de vista técnico-assistencial, mas também do ponto de vista ético. O princípio da Beneficência cobra do profissional uma postura superior à Não Maleficência, que, além de não causar o mal/dano intencionalmente, é necessário que esse contribua para o bem-estar do paciente, seja físico, mental ou emocional. É preciso avaliar a utilidade do ato a ser praticado, tentando sempre minimizar os riscos e maximizar os benefícios do procedimento a ser realizado<sup>24</sup>.

Autonomia é a capacidade que uma pessoa possui para fazer suas próprias escolhas, isto é, escolher o que é melhor para si. A capacidade de escolha é complexa e envolve duas condições fundamentais, sendo a primeira, a capacidade do indivíduo de agir conscientemente, o que pressupõe compreensão, razão e deliberação, para decidir coerentemente entre as diversas alternativas que lhe são apresentadas. Já a segunda condição relaciona-se com a autodeterminação: a libertação do indivíduo das influências controladoras que poderia condicionar as suas escolhas<sup>25</sup>.

O Princípio da Autonomia na bioética significa respeitar o direito de escolha autônoma das pessoas, conforme seus projetos de vida, seus valores e convicções. Esse princípio está fundado na dignidade da pessoa humana e visa preservar os direitos fundamentais<sup>26</sup>.

O profissional da saúde deve dar ao seu paciente todas as informações possíveis sobre sua doença, seu diagnóstico, seu estado atual e prognóstico, a fim de promover a compreensão adequada do quadro clínico e fornecer condições essenciais, para que o paciente possa tomar uma decisão sobre quais procedimentos e tratamentos gostaria que fossem adotados. O respeito à autonomia do paciente, pelo profissional da saúde, resulta no consentimento informado, que é uma decisão voluntária, podendo ser escrita ou verbal, realizada por uma pessoa capaz e autônoma, aceitando ou não o tratamento indicado, após tomar conhecimento dos riscos, benefícios e consequências. O papel do corpo médico é informar as opções existentes, discutir com o paciente e até ajudá-lo a escolher o

---

<sup>24</sup> Kottow MH. **Introducción a la Bioética**, 1995.

<sup>25</sup> Beauchamp TL, Childress JF. **Principles of Biomedical Ethics**, 1994.

<sup>26</sup> Munhõz DR, Fortes PAC. **O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido**.1998.

tratamento mais benéfico, mas nunca impondo sua opinião<sup>27</sup>. Porém, existem algumas situações em que é impossível observar o consentimento informado, em razão da falta de autonomia do paciente, como nos casos de incapacidade, seja das crianças e adolescentes ou adultos com diminuição da consciência, gerada por patologias neurológicas ou psiquiátricas severas; casos de urgência ou de risco grave para a saúde de outras pessoas<sup>28</sup>.

O conceito filosófico de justiça, do que é justo, reflete critérios de merecimento, o que é devido ou merecido pelo indivíduo. Esses critérios meritórios, muitas vezes, são colidentes e conflitantes. Dependendo de qual premissa será adotada, para determinar o que é justo, por exemplo, pode-se considerar que é justo dar para cada um uma porção igual; ou, então, dar para cada um, de acordo com sua necessidade; ou, ainda, dar para cada um, de acordo com sua contribuição. Todas essas premissas podem ser consideradas argumentos válidos para analisar qual seria a distribuição mais justa e equânime de bens e recursos públicos, considerando que esses bens são comuns a todos os cidadãos. Percebe-se que a justiça está diretamente relacionada à busca por uma equidade na distribuição de bens e recursos, tentando, assim, igualar as oportunidades de acesso a esses bens. Dessa forma, as questões relativas à justiça social são cada vez mais prementes e precisam ser consideradas quando se analisa a necessidade de uma distribuição justa de assistência à saúde, visando proteger a vida e a integridade das pessoas, bem como evitara discriminação, a marginalização e a segregação social por falta de cuidados médicos, logo, as pessoas têm direito a um mínimo de cuidados, respeito às diferenças individuais, o que gera a necessidade de buscar por alternativas apropriadas para melhor atendê-las e proporcionar igualdade de tratamento entre todos os beneficiários do sistema de saúde.

O desenvolvimento da Bioética, fundado nos deveres *prima facie*, principalmente no Princípio da Autonomia, tem transformado profundamente a atuação médica, que antes era pautada pela tentativa incansável de utilizar todos os meios possíveis e impossíveis para recuperar e manter a vida dos indivíduos, passando agora a ser pautada pelo respeito à autonomia do paciente, como pelas escolhas por seus tratamentos médicos, por exemplo. É importante destacar que

---

<sup>27</sup> Clotet J. **O Consentimento Informado: uma questão do interesse de todos**, 2000.

<sup>28</sup> Gracia, D. **Ética y Vida – Estudios de Bioética**, 1998.

esse respeito à opinião do paciente não é algo tão óbvio e simples, pois historicamente os profissionais da saúde tiveram uma formação voltada para a busca incessante pela manutenção da vida e o salvamento do indivíduo a qualquer custo. Dessa forma, muitas vezes a escolha dos pacientes é diretamente conflitante com a crença e o desejo do corpo médico<sup>29</sup>.

Contudo, essa transformação não beneficia a todos que dela necessitem, como nos casos dos pacientes incapazes de manifestarem suas vontades, por se apresentarem em estado de inconsciência. Visando contornar essa situação, surgem mecanismos capazes de tentar garantir o respeito à autonomia do paciente, por meio de uma manifestação antecipada de vontade.

### 3. Diretivas Antecipadas de Vontade

A manifestação antecipada de vontade foi efetivamente reconhecida como um instituto e positivada em 1991, quando o Congresso estadunidense aprovou a *Patient Self-Determination Act*, isto é, a lei federal que reconhecia o direito do paciente de se autodeterminar<sup>30</sup> e, em meados da década de 90, esse instituto já havia sido expressamente reconhecido por quase todos os estados norte-americanos.

Diretivas Antecipadas de Vontade é uma nomenclatura amplamente utilizada para referenciar a manifestação antecipada de vontade do paciente terminal e é dividida em duas modalidades com finalidades semelhantes, mas com formulação e aplicação distintas.

A primeira é o *Durable Power of Attorney for Health Care* (DPAHC)<sup>31</sup>, traduzido para o português como Mandato Duradouro. O Mandato Duradouro é um documento escrito, uma espécie de procuração, no qual o outorgante nomeia uma pessoa de sua confiança que deverá ser consultada pelos médicos, para tomar as

---

<sup>29</sup> Nos casos concretos em que exista um conflito entre os interesses do paciente e os valores e convicções de natureza religiosa, moral, humanística ou filosófica do médico, este não é obrigado a praticar uma conduta contrária aos seus valores e convicções para atender aos interesses do paciente, cabendo nesses casos a objeção de consciência. No entanto, também não é razoável permitir que o médico desrespeite as vontades do paciente, impondo-lhe seus valores. Dessa forma, o médico deve encaminhar o paciente a outro profissional que aceite realizar a conduta desejada pelo paciente, desde que essa não seja legalmente proibida. Um exemplo de direito à objeção de consciência médica está presente nos casos de interrupção de gravidez originária de estupro.

<sup>30</sup> Koch KA. **Patient self-determination act**. J FlaMed Assoc. 1992.

<sup>31</sup> ASSOCIATION, Hydrocephalus. **Fact Sheet: Durable Power of Attorney for Health Care**. 2012.

decisões sobre os cuidados, tratamentos e procedimentos médicos a serem adotados ou esclarecer alguma dúvida sobre o Testamento Vital, sempre tendo por base a vontade do paciente.

A segunda modalidade de Diretivas Antecipadas de Vontade é o Testamento Vital<sup>32</sup>, um documento escrito, redigido e assinado por uma pessoa plenamente capaz, isto é, consciente e autodeterminada, para dispor dos cuidados, tratamentos e procedimentos médicos a que desejaria ou não ser submetida, caso estivesse impossibilitada de manifestar livremente sua vontade, quando se encontrar em estado terminal, isto é, quando não houver possibilidade de reversão do quadro clínico. É importante no momento da confecção do documento a ajuda de um médico de confiança, para auxiliar quanto aos termos técnicos e saberes exclusivamente médicos, mas esse auxílio não é um requisito obrigatório, sendo, portanto, dispensável. Também é aconselhável a orientação de um advogado para que não haja disposições contrárias ao ordenamento jurídico.

### **3.1 Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia**

A eutanásia, ortotanásia e distanásia são termos referentes à terminalidade da vida, que se diferenciam pelo momento em que esta ocorre.

A eutanásia é também chamada “boa morte” ou “morte piedosa”, sendo a prática da abreviação da vida. O paciente sabendo que tem uma doença incurável ou que o levará a não ter condições mínimas de uma vida digna, solicita ao médico ou a terceiro que o mate, com o objetivo de evitar sofrimentos, como dores físicas e psicológicas, que ocorrerão com o desenvolvimento da doença. A eutanásia é expressamente proibida na legislação brasileiro, conforme prevê o artigo 122 do Código Penal.

Já a ortotanásia é a morte no seu devido tempo, sem prolongar o sofrimento, isto é, a ausência de aparelhos e medicamentos, que tem por finalidade única o prolongamento da vida de forma artificial e fútil, além do que seria o processo natural. Essa prática de não utilização de meios artificiais vem sendo entendida

---

<sup>32</sup> Os países que adotam as Diretivas Antecipadas de Vontade apresentam denominações distintas para a modalidade do Testamento Vital, como, por exemplo, o Living Will nos EUA, Testamento Biológico na Itália, Instrucciones Previa na Espanha e Testamento do Paciente em Portugal.

como possível pela legislação brasileira, assim o médico não é obrigado a submeter o paciente à distanásia, para cumprir protocolo, podendo, portanto, suspender procedimentos e tratamentos extraordinários<sup>33</sup>, garantindo apenas os cuidados necessários para aliviar as dores, numa perspectiva de assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Por fim, a distanásia, também denominada de “obstinação terapêutica” e “futilidade médica” é a conduta, pela qual tudo deve ser feito, mesmo que o tratamento seja inútil e cause sofrimento imensurável ao paciente terminal. Dessa forma, esse procedimento, na realidade, não objetiva prolongar a vida, mas retardar o processo de morte, e por isso, também é chamado de “morte lenta”.

A diferenciação dos conceitos de eutanásia, ortotanásia e distanásia é de fundamental importância, para a compreensão das Diretivas Antecipadas de Vontade, as quais não são uma manifestação de vontade do paciente terminal pela abreviação de sua vida, logo, não há aqui o desejo de que se pratique a eutanásia, mas, tão somente, que sejam suspensos os tratamentos inúteis, que apenas prolongam artificialmente o processo de morte do paciente, podendo esses provocar uma situação indigna para o mesmo. Dessa forma, o instituto objetiva que os médicos respeitem a vontade do paciente de morrer no momento devido.

#### **4. Ordenamentos Jurídicos Internacionais**

No cenário internacional o reconhecimento legal, isto é, a posituação do instituto das Diretivas Antecipadas de Vontade está consolidado em grande parte dos países europeus<sup>34</sup> e em alguns países americanos<sup>35</sup>. A análise do surgimento do instituto nos EUA, bem como a evolução do seu debate e validação na Europa,

---

<sup>33</sup> Os tratamentos extraordinários, fúteis e inúteis, apesar de não apresentarem idêntica definição no âmbito médico, são utilizados como sinônimos quando relacionados com a distanásia. Esses tratamentos, embora sejam de reconhecida utilidade clínica, mostram-se inapropriados para determinadas situações, como nos pacientes terminais, pois não conseguem reverter o quadro clínico desses paciente. Muitas vezes, é extremamente difícil delimitar quais são os tratamentos ordinários, ou seja, obrigatórios para salvar a vida do paciente ou oferecer alívio e controle de seus sintomas; e quais são extraordinários, aqueles incapazes de proporcionar uma melhora do paciente. Surge, então, um novo conceito, que é o do tratamento proporcional para cada caso.

<sup>34</sup> No continente europeu, as Diretivas Antecipadas de Vontade estão positivadas no ordenamento jurídico da Holanda, Espanha, França, Bélgica, Portugal, Alemanha.

<sup>35</sup> Os EUA, Argentina, Uruguai, México e Porto Rico são exemplos de países americanos que introduziram as Diretivas Antecipadas de Vontade nos seus ordenamentos jurídicos.

por intermédio dos primeiros países a reconhecer a relevância do tema, como Espanha, Portugal e Itália, é de extrema importância para a compreensão dos fundamentos, das características essenciais e das possíveis variações, conforme adequação a cada país, das Diretivas Antecipadas de Vontade.

#### **4.1 Estados Unidos da América**

Analisar a origem histórica e a forma como têm sido utilizadas as Diretivas Antecipadas de Vontade, pelos vários ordenamentos jurídicos, nos quais são positivadas, é fundamental para compreendermos o instituto e tentarmos perceber porque ele ainda não é legalizado no Brasil.

A primeira manifestação que explanou sobre a necessidade da criação de um instrumento capaz de garantir aos pacientes terminais que suas vontades fossem respeitadas ocorreu no ano de 1967, nos Estados Unidos, quando a Sociedade Americana para a Eutanásia propôs a adoção do Testamento Vital como um documento, pelo qual o paciente poderia dispor sobre a interrupção de tratamentos médicos considerados excessivos. Posteriormente, em 1969, o advogado Louis Kutner apresentou um modelo de declaração prévia de vontade do paciente, visando solucionar o impasse entre pacientes, médicos e familiares. Em 1976, nasce o primeiro diploma legal que veio a reconhecer o testamento vital, no Estado da Califórnia, por meio da aprovação do *Natural Death Act*, que influenciou na aprovação de leis que regulamentavam o referido instituto por vários estados da federação. No entanto, apenas quando o caso Nancy Cruzan<sup>36</sup> chegou à Suprema Corte Americana, em 1990, houve de fato uma mobilização para a feitura de uma lei federal acerca do tema nos Estados Unidos da América. Assim, em 1991, finalmente, é aprovada, nos EUA, a primeira lei federal, chamada de *Patient Self-Determination Act* (PSDA), que reconhece o direito à autodeterminação do paciente, servindo de diretriz para a elaboração de outras leis mais específicas, pelos Estados Federados.

---

<sup>36</sup> Em 1985, o caso intitulado Caso Conroy, de uma senhora de 84 que, apesar de consciente, alimentava-se apenas de modo intravenoso, não conseguia engolir nem se comunicar e o prognóstico médico era de sobrevida de um ano, também teve grande repercussão nos EUA, pois seu sobrinho solicitou a retirada do equipamento de alimentação, mas Claire Conroy faleceu antes do julgamento do caso. Dessa forma, o caso não foi apreciado pela Suprema Corte Americana. Posteriormente, em 1990, o caso Nancy Cruzan foi apreciado pela Suprema Corte

O testamento vital adquiriu seu esplendor com a aprovação nos Estados Unidos da chamada Lei de Autodeterminação do paciente, tendo sua base com o conhecido caso Nancy Cruzan. Em novembro de 1990, o Tribunal Supremo dos Estados Unidos reconheceu o direito dos pacientes capazes de recusar um tratamento médico não desejado e fixou um procedimento para a tomada de decisões por parte dos representantes legais dos pacientes não competentes.<sup>37</sup>

O caso Nancy Cruzan foi um divisor de águas no debate sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade nos Estados Unidos da América. A partir da polêmica que envolveu o caso, foi elaborada a denominada Lei de Autodeterminação do Paciente, que implementação do Testamento Vital no país norte americano.

## 4.2 Espanha

A *Asociación Pro Derecho a Morir Dignamente*<sup>38</sup> foi a primeira instituição a discutir sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade<sup>39</sup>, ao elaborar um modelo de declaração prévia de vontade do paciente terminal, em 1986, tendo por base a Lei Geral da Sanidade<sup>40</sup>. No entanto, apenas com a Lei Catalã nº 21/2000, de 19 de dezembro, que trata das instruções prévias em seu artigo 8º, é que o instituto foi positivado pela primeira vez na Espanha, influenciando várias outras comunidades autônomas a regular o tema, como Galícia, Madrid, Aragón, Navarra, Catambria entre outras.

Ao comparar as disposições legais das comunidades autônomas sobre o tema, observam-se algumas diferenças quanto à nomenclatura; à delimitação da

---

<sup>37</sup> Tradução Livre “El TV adquirió su esplendor tras la aprobación en Estados Unidos de la llamada Patient Self Determination Act (PSDA), Ley de Autodeterminación del Paciente, a raíz del conocido y publicitado caso de Nancy Cruzan. En noviembre de 1990, el Tribunal Supremo de Estados Unidos reconoció el derecho de los pacientes competentes a rechazar un tratamiento médico.”

<sup>38</sup> A *Asociación Pro Derecho a Morir Dignamente* é uma associação federal registrada, sem fins lucrativos, que objetiva promover o direito do indivíduo de dispor do seu corpo e sua vida livremente, bem como, de defender os direitos dos pacientes terminais de morrer sem sofrimento. Tradução do trecho: “Es una asociación sin ánimo de lucro, registrada em el Ministerio del Interior com los siguientes fines: Promover el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla. Defender, de modo especial, el derecho de los enfermos terminales e irreversibles a morir sin sufrimientos, si este es su deseo expreso.”

<sup>39</sup> *Instrucciones Previas* é a denominação utilizada para as Diretivas Antecipadas de Vontade na Lei de Autonomia del Paciente, Lei 41/2002, que regula o tema na legislação espanhola.

<sup>40</sup> ESPANHA. Gobierno. **LEY GENERAL DE SANIDAD**, 1986.

capacidade para elaborar a manifestação de vontade e à distinção, realizada por algumas comunidades, entre instruções prévias e mandato duradouro. Quanto à primeira diferença, a maioria prevê “vontade antecipada”: apenas cinco, das dezoito comunidades autônomas que regulam o tema, usam a expressão “instruções prévias”. Já quanto à segunda diferença, apenas as comunidades de Andaluzia, Valência e Navarra reconhecem a capacidade do menor de idade para realizar suas instruções prévias. E, finalmente, quanto à terceira diferença, apenas a Lei de Madrid diferencia as instruções prévias do mandato duradouro. Faz-se necessário salientar que em todas as legislações está prevista a figura do representante/procurador, a única diferença é que na Lei de Madrid, este está previsto no Mandato Duradouro, separadamente das Instruções Prévias.

O Convênio de Oviedo<sup>41</sup>, tratado internacional, do qual a Espanha era signatária e foi ratificado, passando a vigorar no país em 1º de janeiro de 2000, foi a primeira norma que abordou de forma específica o tema sobre manifestação antecipada de vontade do paciente terminal no âmbito nacional. Posteriormente, em 2002, foi promulgada a Lei nº 41/2002<sup>42</sup>, sendo a primeira lei nacional da Espanha que dispõe sobre instruções prévias no seu artigo 11:

#### Artigo 11. Instruções prévias.

1. 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.

2. 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.

---

<sup>41</sup> O Convênio de Oviedo foi firmado em 1997 na cidade espanhola de Oviedo, com o objetivo de proteger os Direitos Humanos e a Dignidade do Ser Humano, quanto às aplicações biológicas e médicas, principalmente, quanto a âmbitos novos, como a biomedicina. Conhecido como Convênio sobre Direitos Humanos e Biomedicina, esse tratado foi impulsionado pelo Conselho Europeu. COUNCIL OF EUROPE. **Convenio de Oviedo**.1997.

<sup>42</sup> ESPANHA. Gobierno. LEY 41/2002, de 14 de noviembre. **Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**. 2002

3. Não serão aplicadas as instruções prévias contrárias ao ordenamento jurídico, à “lexartis”, 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.

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

5. 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.<sup>43</sup>

Em suma, as instruções prévias na Espanha são as instruções direcionadas ao corpo médico, sobre a vontade do paciente de não querer que se prolongue artificialmente sua vida, por meio dos procedimentos distanásicos, ou seja, por meio de tratamentos extraordinários, suspendendo, assim, os esforços terapêuticos inúteis. Também pode estabelecer o encerramento da utilização de medicamentos para diminuir a dor, entre outras medidas. Nas instruções prévias, também, pode haver a nomeação de um representante que tomará as decisões quanto aos tratamentos a serem adotados, caso o paciente não possa se manifestar, evidenciando que a lei espanhola fundiu as instruções prévias e o mandato duradouro. Finalmente, é possível que o paciente expresse sua vontade de doar seus órgãos e o destino que gostaria que fosse dado ao seu corpo.

As instruções prévias espanholas devem ser necessariamente escritas, podendo ser feitas nos cartórios, perante um notário, ou um funcionário público, por este ter fé pública, ou, ainda, perante três testemunhas. Além disso, não se devem constar disposições contrárias ao ordenamento jurídico. Um ponto de destaque é que, contrariamente a algumas leis de comunidades autônomas, como já mencionado, a lei estatal prevê expressamente que é capaz para fazer as instruções prévias as pessoas que tenham atingido a maioridade.

---

<sup>43</sup> Idem ao 42.

O Decreto Real nº 124/2007 é um instrumento de efetivação das instruções prévias na Espanha, pois estabelece e regula a criação de um arquivo de dados pessoais, denominado Registro Nacional de Instruções Prévias, dos indivíduos que fizeram suas instruções prévias. Como nem todas as Comunidades Autônomas têm leis específicas que regulam o assunto, o Decreto Real estabelece que as pessoas que residam em comunidades que não tenham previsão legal das instruções prévias possam redigir o documento e apresentá-lo perante a autoridade da Comunidade Autônoma onde residam, para que esta remeta o documento para o Registro Nacional, onde será feita uma inscrição provisória, conforme dispõe 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.<sup>44</sup>

Dessa forma, fica evidenciado que a Espanha está bastante avançada na regulamentação das Diretivas Antecipadas de Vontade, resguardando, assim, a autonomia de seus cidadãos.

### **4.3 Portugal**

Portugal, assim como a Espanha, é um dos países da União Europeia signatários do Convênio de Oviedo. Esse tratado foi ratificado no país pela

---

<sup>44</sup> Decreto Real nº 124 de 2007, artigo 5, 1. Cuando una comunidad autónoma no haya regulado el procedimiento al que se refiere el artículo 11.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la persona que dese e otorgar instrucciones previas o, em su caso, su representante legal o la persona designada a tal efecto, en el propio documento, por el otorgante, las presentará ante la autoridad sanitaria de dicha comunidad autónoma, la cuale nel plazo y condiciones fija do senel artículo 3 de este real decreto.

Resolução da Assembleia da República nº 1/2001<sup>45</sup>. Entretanto, a ausência de lei estatal regulamentadora do tema comprometia a efetivação e cumprimento do disposto no tratado. Ante ao silêncio do ordenamento jurídico lusitano, a Associação Portuguesa de Bioética (APB)<sup>46</sup> elaborou dois documentos, para orientar os portugueses quanto ao disposto no artigo 9º da Convenção de Oviedo, referente aos desejos expressados anteriormente:

Art.9º: Serão tomados em consideração os desejos expressados anteriormente pelo paciente no que diz respeito a intervenção médica, que será realizada no momento em que esse se encontre em situação que não possa expressar sua vontade.<sup>47</sup>

O primeiro documento elaborado pela APB foi o Parecer P/05/APB/06<sup>48</sup>, sobre diretivas antecipadas de vontade, denominadas no parecer por testamento do paciente. Esse parecer, primeiramente, explica o que são as diretivas antecipadas de vontade; narra os casos que deram embasamento para o seu surgimento nos EUA; diferencia as modalidades de diretivas antecipadas e, posteriormente, analisa a validade das diretivas antecipadas de vontade, em especial, nos casos que envolvam Testemunhas de Jeová, nos quais se utilizaria o instituto para expressar a recusa a ser submetido a transfusões sanguíneas.

O segundo documento elaborado pela APB foi o Projeto de Diploma P/06/APB/06<sup>49</sup>, um projeto de lei, para regulamentar o artigo 9º da Convenção de Direitos Humanos e Biomedicina<sup>50</sup>, sendo a fundamentação desse projeto retirada

---

<sup>45</sup> PORTUGAL, **Decreto do Presidente da República n. 1/2001**. 2001.

<sup>46</sup> A Associação Portuguesa de Bioética (APB) foi fundada em julho de 2002, e tem por objetivo investigar, promover e difundir a bioética, enquanto área científica e de intervenção social, esta associação é vinculada ao Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto.

<sup>47</sup> Artículo 9 (Deseos expresados anteriormente) Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente com respecto a una intervención médica por un paciente que, e nel momento de la intervención, no se encuentre em situación de expressar su voluntad.

COUNCIL OF EUROPE. **Convenio de Oviedo**.1997.

<sup>48</sup> ASSOCIAÇÃO, Portuguesa de Bioética (APB). **PARECER N.º P/05/APB/06 SOBRE DIRECTIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE**. 2006

<sup>49</sup> ASSOCIAÇÃO, Portuguesa de Bioética (APB). **PROJECTO DE DIPLOMA N.º P/06/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**. 2006

<sup>50</sup> Convenção de Direitos Humanos e Biomedicina é a outra denominação dada ao Convênio de Oviedo

do próprio ordenamento jurídico português. O principal argumento utilizado no projeto é a dignidade da pessoa humana, bem como os direitos da pessoa à integridade pessoal e ao desenvolvimento da personalidade, previstos nos artigos 1º, 25º, 26º, 27º e 41º da Constituição da República Portuguesa<sup>51</sup>. O segundo argumento é a autonomia do paciente, sendo retirado da Lei de Bases da Saúde<sup>52</sup>, lei essa que reconhece que os pacientes têm direito a ter acesso a todas as informações relativas à sua situação de saúde, os tratamentos possíveis e a provável evolução do seu estado. E, baseado nessas informações, o paciente tem o poder de decidir se recebe ou recusa a prestação de cuidados indicados, valorizando assim a autonomia do indivíduo, no que concerne à sua saúde. O terceiro argumento, a proibição de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos sem o consentimento do paciente, foi retirado do artigo 156º do Código Penal Português<sup>53</sup>.

A discussão sobre a elaboração de uma norma que regulamentasse e efetivasse a manifestação antecipada de vontade do paciente terminal, já prevista no artigo 9º do Convênio de Oviedo, perdurou por anos, até que, em 12 de julho de 2012, Portugal promulgou a Lei nº 25/2012, que trata do Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) – Testamento Vital, conforme prevê o artigo 1º:

Art. 1.º: A presente lei estabelece o regime das diretivas antecipadas de vontade (DAV) em matéria de cuidados de

---

<sup>51</sup> PORTUGAL, **Constituição da República Portuguesa**. 1976

<sup>52</sup> A Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90, foi promulgada em 24 de agosto de 1990, tendo como respaldo legal o artigo 64º da Constituição Portuguesa, que dispõe ser direito de todos à proteção da saúde.

<sup>53</sup> PORTUGAL, **Código Penal Português**.1995

Artigo 156º: Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários  
1 - As pessoas indicadas no artigo 150º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.

2 - O facto não é punível quando o consentimento: a) Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde; ou b) Tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde; e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado.

3 - Se, por negligência grosseira, o agente representar falsamente os pressupostos do consentimento, é punido com pena de prisão até 6 meses ou com pena de multa até 60 dias. 4 - O procedimento criminal depende de queixa.

saúde, designadamente sob a forma de testamento vital (TV), regula a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital<sup>54</sup>.

A lei portuguesa deve ser analisada por três núcleos principais: o Testamento Vital, o Mandato Duradouro e o Registo Nacional de Testamento Vital (RENTEV). O Testamento Vital está regulamentado na primeira parte da lei, entre os artigos 2º e 10. Esses dispositivos definem o conteúdo do documento e seus limites, estabelecem os requisitos formais<sup>55</sup> para sua validação, esclarecem a eficácia, período de validade e quem tem capacidade<sup>56</sup> para confeccioná-lo, e, por fim, prevê o direito à objeção de consciência do médico. Já a segunda parte da lei, compreendida entre os artigos 11 e 14, trata do Mandato Duradouro, estabelecendo como e para qual finalidade é permitido escolher um representante<sup>57</sup>, os efeitos e a extinção dessa representação. Finalmente, a terceira parte, prevista entre os artigos 15 e 18, que cria e regula o Registo Nacional de Testamento Vital (RENTEV)<sup>58</sup>.

#### 4.5 Itália

Assim como os dois países já citados, a Itália é signatária do Convênio de Oviedo e o ratificou em 2001, porém não promulgou qualquer lei sobre as diretivas antecipadas que possibilitasse a efetivação do tratado ratificado, em especial o artigo 9º já comentado.

---

<sup>54</sup> PORTUGAL, **Lei nº 25/2012 - REGIME DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV) - TESTAMENTO VITAL**. 2012

<sup>55</sup> O Testamento Vital é um documento escrito, assinado presencialmente perante funcionário devidamente habilitado ao Registo Nacional de Testamento Vital ou perante um notário, conforme dispõe artigo 3º da Lei de Diretivas Antecipadas de Vontade.

<sup>56</sup> O indivíduo, para que possa outorgar um documento de diretivas antecipadas de vontade, deve, cumulativamente: ser maior de idade, se autodeterminar, isto é, capaz de dar o seu consentimento de forma consciente, livre e esclarecida, não podendo ser interditado ou apresentar anomalia psíquica.

<sup>57</sup> Segundo o artigo 11 da Lei 25/2012 “Qualquer pessoa pode nomear um procurador de cuidados de saúde, atribuindo-lhe poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde a receber, ou a não receber, pelo outorgante, quando este se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”.

<sup>58</sup> O RE/NTEV tem por finalidade, registar, organizar e manter atualizada a informação e a documentação relativas às diretivas antecipadas de vontade e à nomeação de cuidador de saúde; o outorgante pode apresentar presencialmente o documento no RENTEV, ou enviá-lo por correio registrado, neste caso, a assinatura do outorgante deve ser reconhecida no cartório. O registo nacional é organizado e regulado pelo governo.

A proteção da liberdade de escolha, da dignidade da pessoa humana e da autonomia do paciente para expressar anteriormente sua vontade, caso não tenha condições de manifestá-la em determinadas situações, está resguardada no Código de Deontologia Médica italiano, aprovado em 1998, no seu artigo 34.

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<sup>59</sup>.

O artigo 47, do mesmo Código, aborda mais detalhadamente sobre as diretivas antecipadas de vontade, quando determina expressamente que o médico não deve prorrogar artificialmente a terminalidade da vida, por meio de obstinação terapêutica, devendo apenas utilizar de tratamentos paliativos<sup>60</sup>, para aliviar a dor e o sofrimento do paciente.

Art 37º: Nos casos de doenças com prognósticos indubitavelmente preocupantes ou recebidas à fase terminal, o médico deve limitar o seu trabalho atuando de forma a fornecer assistência moral e terapia apta a poupar dores inúteis, apresentando ao paciente os tratamentos apropriados para

---

<sup>59</sup>Art. 34. *Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona.*

*Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso. [...]* (Tradução Livre)

<sup>60</sup> Segundo a Organização Mundial da Saúde são considerados cuidados paliativos a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente, bem como de seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida. Essa assistência se dá por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce e avaliação impecável da doença, e tratamento para dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

proteger a qualidade de vida, enquanto possível.

No caso de comprometimento da consciência, o médico deve continuar com a terapia de apoio vital enquanto se apresente razoavelmente útil<sup>61</sup>.

Contudo, essa norma profissional médica não tem qualquer valor legal, nem tão pouco eficácia *erga omnes*, por se tratar apenas de uma diretriz do Código de Ética Médica italiano.

Em 2003, as discussões sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente ganha visibilidade no cenário nacional com a edição das Diretivas Antecipadas de Tratamento<sup>62</sup>, pelo Comitê Nacional de Bioética, por ser esse um órgão de alcance nacional, que possibilita uma maior propagação das recomendações realizadas. As Diretivas Antecipadas do Tratamento italianas possuem condições de validade e limitações<sup>63</sup>.

Apesar da visibilidade nacional propiciada pelo Comitê Nacional de Bioética sobre o tema, a reflexão sobre a necessidade de elaboração de uma lei para regular o instituto só alcançou a esfera política, o Poder Legislativo, com o caso Piergiorgio Welby<sup>64</sup>, que gerou grande comoção social e propositura de alguns projetos de lei, afim de regular o tema. Porém, todas as tentativas foram infrutíferas.

---

<sup>61</sup> Art. 37. *In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita. In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finchè ritenuta ragionevolmente utile*. (Tradução Livre)

<sup>62</sup> Dichiarazioni Anticipatedi Tratamento (Tradução Livre)

<sup>63</sup> O documento deve ser escrito, por pessoa capaz, ou seja, indivíduo maior de idade que esteja em estado de consciência e autodeterminação. Quanto à limitação, não pode haver disposições que contrariem o ordenamento jurídico, como a prática de eutanásia e, também, não pode haver disposições contrárias às normas de ética médica. Da mesma forma que em Portugal, o médico não pode ser obrigado a fazer algo contrário à sua consciência, sugere-se, portanto, que a elaboração do documento conte com orientação de um médico de confiança. Essa orientação médica se faz necessária, tanto para evitar disposições contrárias às normas éticas médicas, quanto para evitar que as disposições sejam redigidas de forma genérica.

<sup>64</sup> Piergiorgio Welby, desde os 18 anos de idade sofria de distrofia muscular progressiva. Quando atingiu 60 anos, precisou utilizar-se de um aparelho de respiração artificial, por causa da progressiva piora de sua saúde. Nove anos depois, em 2006, com a piora cada vez mais drástica do seu quadro clínico, solicitou a justiça italiana que o aparelho respiratório que o mantinha vivo, fosse desligado. Contudo, o Tribunal de Roma negou o pedido de Welby. O médico Mario Ricco, num ato de piedade, desligou o aparelho respirador de Welby, sendo processado pela prática da eutanásia. O Dr. Ricco foi absolvido pela juíza Zaira Secchi, do Tribunal de Roma, argumentando que o médico cumpriu com o seu dever profissional, ao atender a vontade de seu paciente. Essa argumentação foi fundada na

No dia 04 de fevereiro de 2016, oito Projetos de Lei que discutiam sobre Consentimento Informado e Declaração de Vontade para Tratamento Médico Precoce (DAT) foram reunidos e encaminhados para a Comissão dos Assuntos Sociais da Câmara italiana. O relator Donata Lenzi, líder do Partido Democrata na mesma comissão, que conduzirá o processo de número 2350.<sup>65</sup>

No projeto parlamentar italiano a vida humana é tratada como um direito inviolável, porém também é resguardada em igual medida à dignidade da pessoa humana. Esse assegura que em casos de pacientes terminais o médico deve abster-se de tratamentos extraordinários, garantindo apenas os tratamentos paliativos. O termo de consentimento informado, uma das denominações da Diretivas Antecipadas de Vontade na Itália, é precedido por informações dadas pelos médicos dos pacientes, de forma que esse entenda seu diagnóstico, riscos e benefícios, possíveis efeitos colaterais e alternativas de tratamento, bem como a recusa do tratamento. Para que o tratamento seja recusado, o paciente deve explicar, por escrito, e assinar um documento para prosseguir com a recusa de tratamento. A Diretiva Antecipada de Vontade pode ser revogada a qualquer momento tanto em sua totalidade quanto parcialmente.

As diretivas antecipadas não são obrigatórios, ou seja, é facultado ao indivíduo confeccionar um documento manifestando previamente a sua vontade. Contudo, aos que desejarem se manifestar, precisarão elaborar um documento obrigatoriamente por escrito, com data certa e assinatura da pessoa que será o responsável por tomar as decisões e garantir que a sua vontade sobre os tratamentos médicos adotados seja preservada.

As Diretivas Antecipadas de Vontade proposta no projeto de lei italiano supracitado são muito parecidas com as espanholas, tanto nos seus requisitos quanto nas suas limitações.

O projeto está em análise e até o momento o tema não há legislação que regulamenta as Diretivas Antecipadas de Vontade na Itália.

---

previsão constitucional italiana de que o paciente tem o direito de rejeitar tratamento médico não desejado.

<sup>65</sup> Projeto de Lei no 2350 da Câmara dos Deputados italiana.

## 5. Ordenamento Jurídico Brasileiro

No Brasil, as Diretivas Antecipadas de Vontade são debatidas e estudadas a pouco tempo, se considerarmos os demais ordenamentos já analisados, logo, ainda não é um tema de grande repercussão nacional. A ausência da ocorrência de um caso emblemático, que busque uma tutela jurisdicional no âmbito dos tribunais superiores, restringe a discussão à esfera acadêmica, gerando uma falta de mobilização da sociedade civil. No entanto, apesar da pouca visibilidade, o instituto vem sendo abordado por resoluções do Conselho Federal de Medicina e por Projetos de Lei do Senado, além disso, é vasto o debate acadêmico.

### 5.1 Resoluções do Conselho Federal de Medicina

A primeira norma a tratar da vontade do paciente, quanto aos procedimentos e aos tratamentos que este deseja que sejam adotados na terminalidade da sua vida, foi a Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006, editada pelo Conselho Federal de Medicina(CFM), que dispõe:

**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<sup>66</sup>.

---

<sup>66</sup> A RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006 dispõe que “Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Essa norma não tem caráter legal, sendo apenas uma diretriz para orientar a atuação dos médicos. Contudo, mesmo não tendo poder de vinculação, o Ministério Público Federal (MPF) ajuizou uma ação civil pública<sup>67</sup>, em 2008, contra o Conselho Federal de Medicina, pleiteando o reconhecimento da nulidade da Resolução nº 1805/2006 e, alternativamente, sua alteração, quanto aos critérios a serem seguidos, para a prática de ortotanásia. O MPF alegou que o CFM não tem poder regulamentador, para estabelecer como conduta ética, uma conduta já tipificada como crime, fundamentando-se na indisponibilidade da vida. O Juiz Federal da 14ª Vara do Distrito Federal, Roberto Luis Luchi Demo, utilizou como referência o entendimento de Maria Elisa Villas Boas, para fundamentar sua decisão:

"Recentemente publicada, a Resolução, a rigor, não era necessária. Ela não permite nada. Só ratifica o que já é permitido. Vem, todavia, afinal dirimir algumas dúvidas, mais comuns no lidar com pacientes em final de vida. Foi preciso muita discussão e maturamento para se chegar à conclusão - algo óbvio, é de se dizer - de que ninguém é obrigado a morrer intubado, usando drogas vasoativas (para o coração se manter, a duras penas, batendo) e em procedimentos dialíticos numa UTI. O Direito não pode obrigar isso. O Direito não tem por que obrigar isso. Não, não é crime morrer em casa, ou sob cuidados que mais se aproximem dos domiciliares" (...) A ortotanásia pregada na Resolução 1805/2006 não é a morte antecipada, deliberadamente provocada, como na ideia atual de eutanásia. É a morte mais natural e humana, quando já não se pode evitar ou adiar a contento (...) Dizer que é ilegal a ortotanásia assim empreendida - quando, esgotados os recursos úteis, restam a mera futilidade e a obstinação terapêutica - significa dizer que é obrigatória a distanásia: a morte adiada a todo custo, às expensas de agonia, abuso terapêutico e desnecessário sofrimento, como numa tortura final, que condena o paciente à morte solitária, isolado dos seus entes queridos, nega-lhes a participação no processo de morrer, submete o paciente a mais e mais desconfortos, ainda que se os saiba incapazes de reverter o quadro mórbido e o processo de morte instaurados"<sup>68</sup>.

Baseado no reconhecimento, pelo magistrado, de que a ortotanásia não configura uma conduta típica criminal, o pedido do Ministério Público Federal foi julgado improcedente, não ocorrendo, portanto, a anulação da Resolução nº 1.805/2006.

---

<sup>67</sup> PROCESSO Nº: 2007.34.00.014809-3

<sup>68</sup> Fragmento da sentença prolatada, referente ao PROCESSO Nº: 2007.34.00.014809-3, na Seção judiciária do Distrito Federal, em 2010. Pág. 9.

A observância do disposto na resolução analisada passou a se mostrar insuficiente, para resguardar a vontade do paciente, quanto à atuação médica, quando este se apresentar incapaz de se manifestar no momento da decisão, sobre quais procedimentos e tratamentos médicos deverão ser adotados. Ante a essa insuficiência, o CFM editou, em 2012, uma nova resolução sobre Diretivas Antecipadas de Vontade, prevendo específica e expressamente o instituto:

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.

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.<sup>69</sup>

A Resolução nº 1995, de 31 de agosto de 2012, editada pelo Conselho Federal de Medicina, foi alvo da propositura de Ação Civil Pública<sup>70</sup>, pelo Ministério Público Federal. O MPF pediu a declaração de inconstitucionalidade e ilegalidade da Resolução, alegando que a mesma extrapolou os poderes conferidos pela Lei nº 3268/57<sup>71</sup>, ao regulamentar tema que possui repercussões familiares, sociais e no direito de personalidade. Alegou, também, que somente a União poderia dispor sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, nos termos do art. 22, incisos I, XVI,

---

<sup>69</sup> RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012 Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

<sup>70</sup> PROCESSO Nº 1039-86.2013.4.01.3500

<sup>71</sup> Lei Nº 3.268 de 1957 Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e suas competências.

XXIII da Constituição Federal<sup>72</sup>. Afirmou, ainda, que a resolução foi omissa quanto aos limites e aos requisitos do instituto: limite temporal, formas de revogação e instrumentos utilizados para o registro de vontade do paciente.

O Juiz Federal, Eduardo Pereira de Silva, julgou improcedente o pedido do MPF, em 21 de fevereiro de 2014. O magistrado fundamentou sua decisão utilizando do princípio da autonomia e da dignidade da pessoa humana:

[...] Está certo o MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL ao apontar a inexistência de lei ou ato normativo de mesma hierarquia sobre a questão tratada neste processo.

É de todo desejável que tal questão venha a ser tratada pelo legislador, inclusive de forma a fixar requisitos atinentes a capacidade para fazer a declaração, sua forma, modo de revogação e eficácia.

Todavia, dado o vazio legislativo, as diretivas antecipadas de vontade do paciente não encontram vedação no ordenamento jurídico. E o Conselho Federal de Medicina não extrapolou os poderes normativos outorgados pela Lei nº 3.268/57.

[...]

A resolução do Conselho Federal de Medicina é compatível com a autonomia da vontade, o princípio da dignidade humana, e a proibição de submissão de quem quer que seja a tratamento desumano e degradante (art. 1º, inciso III, e art. 5º, inciso III, CF).

O princípio da autonomia da vontade para decidir sobre recursos terapêuticos, aliás, está insito no artigo 15 do Código Civil: Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Também não verifico afronta à segurança jurídica por ausência de previsão de determinadas questões colocadas na inicial.<sup>73</sup>

Na fundamentação da sentença prolatada, ficou evidente a necessidade de uma norma legal específica, para regulamentar as Diretivas Antecipadas de Vontade. Também ficou evidente, nessa decisão, que o instituto se harmoniza

---

<sup>72</sup> BRASIL, **Constituição Federal**. 1988

Art. 22. Compete privativamente à União legislar sobre:

I – direito civil, comercial, penal, processual, eleitoral, agrário, marítimo, aeronáutico, espacial e do trabalho;

XVI - organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões;

XXIII - seguridade social.

<sup>73</sup> Fragmento da sentença prolatada, referente ao PROCESSO Nº: 1039-86.2013.4.01.3600, na Seção judiciária do Estado de Goiás, em 2014. Pág. 7-8.

perfeitamente com o ordenamento jurídico brasileiro, principalmente realizando uma interpretação sistemática<sup>74</sup>.

## 5.2 Projetos de Lei do Senado

A necessidade de amplo debate sobre a autonomia do paciente tornou-se presente não apenas no âmbito dos conselhos profissionais, mas na esfera legislativa também.

Em abril de 2005, foi proposto, pelo Senador Pedro Simon, o primeiro projeto de lei, Projeto de Lei nº 101/05, estabelecendo que o paciente tenha o direito de atuar ativamente o seu tratamento médico. O senador utiliza-se da proteção à dignidade, à vida privada, ao sigilo médico e à autonomia, para fundamentar a propositura do projeto:

[...] A garantia dos direitos do paciente é uma preocupação internacional crescente. Estados Unidos e França, por exemplo, encontram-se, nesse momento, discutindo, em seus parlamentos, proposições legislativas sobre essa matéria.

O princípio da autonomia, quando aplicado aos direitos do paciente como pessoa com poder de autodeterminação, de decisão sobre sua condição de saúde e seu tratamento, como sujeito do seu processo médico-hospitalar, é um dos princípios fundamentais da Bioética contemporânea.

[...]

Com relação aos direitos dos pacientes individuais, em suas relações com trabalhadores e serviços de saúde, no entanto, ainda há muito a fazer, em nosso País. Em especial, é preciso que o cidadão brasileiro — o principal e o maior interessado na questão, por ser o único em posição vulnerável — possa ter voz e participar efetivamente das decisões tomadas em relação à sua saúde. A política prevalente em nossos serviços, atualmente, ainda é de levar muito mais em conta a opinião dos profissionais do que as necessidades expressas dos usuários.

---

<sup>74</sup> A interpretação sistemática analisa não só o texto, mas o sistema em que esse se insere, estabelecendo, assim, uma relação entre o texto legal e os demais elementos do direito. O que possibilita ao intérprete da norma jurídica a verificação do Direito como um todo, examinando todas as disposições do sistema jurídico de forma harmoniosa e interdependente. Segundo Miguel Reale “Após essa perquirição filológica, impõe-se um trabalho lógico, pois nenhum dispositivo está separado dos demais. Cada artigo de lei situa-se num capítulo ou num título e seu valor depende de sua colocação sistemática. É preciso, pois, interpretar as leis segundo seus valores linguísticos, mas sempre as situando no conjunto do sistema. Esse trabalho de compreensão de um preceito, em sua correlação com todos os que com ele se articulam logicamente, denomina-se interpretação lógico-sistemática.” Miguel Reale, 2001.pág. 262

Para mudar essa situação, vemos como necessário que os direitos do paciente sejam afirmados, cada dia mais respeitados e — principalmente — que esses direitos sejam legalmente estabelecidos.

O projeto que ora submetemos à apreciação do Senado Federal objetiva exatamente isso: o estabelecimento legal dos direitos dos pacientes de nossos serviços de saúde, por meio de uma norma que afirme a necessidade de os trabalhadores e serviços de saúde reconhecerem e respeitarem todo e qualquer paciente como pessoa, com base em princípios de respeito à dignidade, à vida privada, ao sigilo médico e autonomia.<sup>75</sup>

No mesmo mês, outro projeto de lei foi proposto no Senado Federal, abordando o tema da saúde, no que diz respeito ao direito dos enfermos. O Projeto de Lei nº 103, de abril de 2005, proposto pelo Senador Papaléo Paes, objetivava a criação de um Estatuto do Enfermo.

Em novembro de 2009, o Senador Gerson Camata abordou o tema da autonomia do paciente de forma mais específica do que os senadores anteriormente mencionados. Camata propôs o Projeto de Lei nº 549/2009, o qual dispõe sobre os direitos das pessoas que estão em estado terminal, de decidirem sobre a instituição, a limitação ou a suspensão de procedimentos terapêuticos, paliativos e mitigadores do sofrimento. O Projeto prevê, ainda, os requisitos indispensáveis para confecção e validação do instituto Diretivas Antecipadas de Vontade, utilizando vários conceitos bioéticos, que envolvem a terminalidade da vida e são corriqueiramente confundidos e tratados de forma errônea.

Dispõe o Projeto de Lei nº 549, de 2009:

Art. 3º Para os efeitos desta Lei são adotadas as seguintes definições:

I – pessoa em fase terminal de doença: pessoa portadora de doença incurável, progressiva e em estágio avançado com prognóstico de ocorrência de morte próxima e inevitável sem perspectiva de melhora do quadro clínico mediante a instituição de procedimentos terapêuticos proporcionais;

II – procedimentos paliativos e mitigadores do sofrimento: procedimentos que promovam a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, mediante prevenção e tratamento para o alívio de dor e de sofrimento de natureza física, psíquica, social e espiritual;

---

<sup>75</sup> Projeto de Lei do Senado nº 101 de 2005, da autoria do Senador Pedro Simon. Pág. 3-4

III – cuidados básicos, normais e ordinários: procedimentos necessários e indispensáveis à manutenção da vida e da dignidade da pessoa, entre os quais se inserem a ventilação não invasiva, a alimentação, a hidratação, garantidas as quotas básicas de líquidos, eletrólitos e nutrientes, os cuidados higiênicos, o tratamento da dor e de outros sintomas de sofrimento.

IV – procedimentos proporcionais: procedimentos terapêuticos, paliativos ou mitigadores do sofrimento que respeitem a proporcionalidade entre o investimento de recursos materiais, instrumentais e humanos e os resultados previsíveis e que resultem em melhor qualidade de vida do paciente e cujas técnicas não imponham sofrimentos em desproporção com os benefícios que delas decorram;

V – procedimentos desproporcionais: procedimentos terapêuticos, paliativos ou mitigadores do sofrimento que não preencham, em cada caso concreto, os critérios de proporcionalidade a que se refere o inciso IV;

VI – procedimentos extraordinários: procedimentos.<sup>76</sup>

Os três projetos de lei supracitados, em andamento no senado federal, que tratavam da autonomia dos pacientes na relação médico-paciente, foram arquivados em 2014<sup>77</sup>.

O arquivamento simultaneamente, há dois anos, dos três projetos que tratavam da autonomia do paciente, demonstram que a sociedade brasileira, principalmente o Poder Legislativo, não estão preparados para lidar com um assunto tão importante e polêmico, principalmente para uma sociedade majoritariamente cristã, que lida com a vida de forma sacralizada<sup>78</sup>.

### 5.3 Constituição Federal

A ausência de previsão expressa das Diretivas Antecipadas de Vontade no ordenamento jurídico não significa que o instituto é inválido ou contrário aos bens jurídicos tutelados pelo direito brasileiro. Contudo, é necessário realizar uma interpretação lógico-sistemática do direito brasileiro, tendo em consideração, tanto a

---

<sup>76</sup> Projeto de Lei do Senado no 549 de 2009, da autoria do Gerson Camata.

<sup>77</sup> O documento de arquivamento dos Projetos de Lei citados encontra-se no site do Senado Federal. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/diarios/BuscaDiario?tipDiario=1&datDiario=23/12/2014&paginaDireta=00088>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

<sup>78</sup> DWORKIN, R. **Domínio da vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais. 2003

legalidade positiva, como a negativa, isto é, não basta analisar os dispositivos permissivos, também é necessário levar em conta a ausência de proibição.

Ao examinar a Constituição Federal vigente, constata-se que os fundamentos que justificam a existência das Diretivas Antecipadas de Vontade - dignidade da pessoa humana, liberdade e autonomia - são tutelados pela Carta Magna.

### 5.3.1 Dignidade da Pessoa Humana

A *Dignidade da Pessoa* é uma expressão que combina dois substantivos: o primeiro, *dignidade*, configura um termo valorativo aplicado a um sujeito. O segundo substantivo, *pessoa*, é o sujeito que necessita se firmar como realidade ontológica. Pode-se perceber que a expressão tem um significado tanto ontológico como ético. Ontológico por se conhecer uma realidade específica dentre outras, que é a de ser pessoa. E ética, por permitir pensar que alguém se torna pessoa por ser digno<sup>79</sup>.

Apesar da dignidade estar presente na sociedade desde de tempos remotos, a expressão “Dignidade da Pessoa Humana” surge no século XVIII, na obra de Immanuel Kant, intitulada “*Fundamentação da Metafísica dos Costumes*”. Este, enxergava o homem como um ser dotado de consciência moral, possuidor de um valor que o torna sem preço e acima da condição de coisa. O homem não deve ser utilizado como meio para outros fins, mas um fim em si mesmo, assim, jamais deve ser transformado num instrumento para ação de outrem. Esse valor intrínseco, que faz o homem ser superior às coisas, é a Dignidade<sup>80</sup>.

Em 1948, com a elaboração da Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH)<sup>81</sup>, a Dignidade da Pessoa Humana passa de um conceito ético-filosófico kantiano para um direito concreto e positivado na maioria dos ordenamentos jurídicos mundiais, direito esse merecedor de proteção estatal.

Segundo Sarlet, a dignidade da pessoa humana é uma qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano, fazendo este merecedor de respeito e consideração,

---

<sup>79</sup> WOJTILA, K. *Metafísica della persona*. Milano: Edizioni Bompiani Il Pensiero Occidentale, 2003.

<sup>80</sup> KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**.1980.

<sup>81</sup> A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) é um documento, um marco na história dos direitos humanos. Elaborada por representantes de diferentes origens jurídicas e culturais de todas as regiões do mundo, a Declaração foi proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, por meio da Resolução 217. Essa norma é comum e deve ser alcançada por todos os povos e nações. Ela estabelece, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos.

tanto por parte do Estado, quanto da comunidade. A fim de resguardar essa qualidade essencial, surge um complexo de direitos e deveres fundamentais para proteger as pessoas de qualquer ato de cunho degradante e desumano, garantindo, assim, as condições existenciais mínimas para uma vida saudável<sup>82</sup>.

A Dignidade da Pessoa Humana constitui um princípio fundamental do Estado Democrático de Direito. O objetivo desse princípio fundamental é assegurar ao homem um mínimo de direitos que devem ser respeitados pelo Estado e pela sociedade, de forma a preservar e valorizar o ser humano. Esse princípio fundamental está previsto no artigo 1º, inciso III da Constituição Federal<sup>83</sup>:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político.

A Dignidade da Pessoa Humana, por ser um princípio fundamental do ordenamento jurídico brasileiro, conforme dispõe a Constituição Federal de 1988, deve ser observada no seu caráter absoluto, pois, ao ser mitigada ou relativizada, pode lesar os fundamentos basilares do regime democrático.

Piovesan explana que a dignidade da pessoa humana é um princípio matriz da Constituição, que atribui uma unidade de sentido e condiciona a interpretação normativa. Os direitos e garantias fundamentais, como a dignidade da pessoa humana, ao incorporarem as exigências de valores éticos e de justiça, concedem ao sistema jurídico brasileiro um suporte axiológico<sup>84</sup>. A doutrinadora afirma, ainda, que o sentido próprio da ordem jurídica se encontra no valor da dignidade da pessoa humana, ou seja, esse tem que ser o ponto de partida e de chegada da

---

<sup>82</sup> SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**.2001. Pág.60.

<sup>83</sup> BRASIL. **Constituição Federal** .1988.

<sup>84</sup> PIOVESAN, F. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 2000. Pág. 54

hermenêutica constitucional. A dignidade da pessoa humana é, portanto, o super princípio de orientação do direito, tanto interno como internacional<sup>85</sup>.

As Diretivas Antecipadas de Vontade são um instituto que visa garantir a proteção da Dignidade da Pessoa Humana, pois é evidente que se configura uma violação quando são utilizados tratamentos ineficazes, nos casos de irreversibilidade do quadro clínico do paciente, isto é, o prolongamento artificial da vida, gerando sofrimento para o paciente e para os familiares, sendo considerada por muitos uma vida sem dignidade. Por mais preciosa que seja a vida, ela se torna esvaziada de sentido se não for digna e não houver um mínimo existencial de qualidade assegurado a ela. É nesse momento que se questiona até que ponto é constitucional transformar o direito à vida em dever de viver. Freitas de Sá argumenta que:

A obstinação em prolongar o mais possível o funcionamento do organismo de pacientes terminais, não deve mais encontrar guarida no Estado de direito, simplesmente, porque o preço dessa obstinação é uma carga indissociável de sofrimentos gratuitos, seja para o enfermo, seja para os familiares deste. O ser humano tem outras dimensões que não somente a biológica, de forma que aceitar o critério da qualidade de vida significa estar a serviço não só da vida, mas também da pessoa. O prolongamento da vida somente pode ser justificado se oferecer às pessoas algum benefício, ainda assim, se esse benefício não ferir a dignidade do viver e do morrer.<sup>86</sup>

O artigo 5º, inciso III, da Constituição Federal, reforça a observância da relação entre dignidade da pessoa humana e tratamentos médicos inúteis, ao estabelecer que ninguém será submetido a tratamento degradante ou desumano.

### **5.3.2 Autonomia**

A palavra autonomia tem origem grega e configura o estabelecer, a si mesmo, suas próprias leis. Assim, é autônomo aquele que se autodetermina sem a interferência das pressões externas. Além da autodeterminação, é necessária, também, a presença da consciência.

A concepção de autonomia se modificou ao longo da história, conforme se estabelecia a relação indivíduo-Estado. No Estado Liberal, no qual a intervenção

---

<sup>85</sup> PIOVESAN, F. **Direitos Humanos, O Princípio da dignidade da pessoa humana e a Constituição de 1988**, 2004. Pág. 92

<sup>86</sup> SÁ, M.F. Freire de. **Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido**.2001. Pág. 59

estatal era mínima e a vontade do indivíduo se sobressaia sobre o Estado, a autonomia era tida como autossuficiente. Em contrapartida, no Estado Social, a autonomia do indivíduo é reduzida e condicionada aos objetivos do Estado, que agora visa e age pelo bem comum. Posteriormente, a autonomia retoma sua relevância no Estado Democrático de Direito e passa a coexistir com as funções estatais, ou seja, o próprio Estado é um instrumento garantidor da autonomia do indivíduo. Nesse sentido, a autonomia privada está intrinsecamente relacionada com a ordem pública, como esclarece Penalva<sup>87</sup>:

[...] o conceito de autonomia privada como sendo aquele que legitima a ação do indivíduo, conformada à ordem pública e permeada pela dignidade da pessoa humana, ou, em outras palavras, a autonomia privada garante que os indivíduos persigam seus interesses individuais, sem olvidar da intersubjetividade<sup>8</sup>, da inter-relação entre autonomia pública e privada. Significa dizer que a autonomia privada não é o poder do indivíduo de fazer tudo o que lhe der vontade, não se traduz em uma ampla liberdade<sup>9</sup>, muito antes pelo contrário, significa que a autonomia privada garante ao indivíduo o direito de ter seu próprio conceito de “vida boa” e de agir buscando tal objetivo, direito este que encontra barreiras na intersubjetividade, de modo que a autodeterminação do indivíduo deve ser balizada pelas relações interpessoais<sup>10</sup> e tal balizamento é feito pelas normas jurídicas.

Com respaldo do Estado Democrático de Direito, a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 5º, implicitamente, abarca a autonomia privada como princípio constitucional<sup>88</sup>. Conforme o doutrinador civilista Tepedino, a tutela da pessoa humana adquire status prioritário com a constitucionalização do direito civil. Em outras palavras, os institutos dos direitos civis serão relidos numa perspectiva valorativa e não patrimonial, principalmente, pautando-se na dignidade da pessoa humana<sup>89</sup>. Dessa forma, ganha relevo no ordenamento jurídico as situações existenciais<sup>90</sup>, como o direito de escolha, referente ao prolongamento da vida.

---

<sup>87</sup> Penalva, L. D. **Declaração Prévia de Vontade do Paciente Terminal**. 2009. Pág. 22

<sup>88</sup> Adota-se nesse trabalho a Teoria Principlológica de Dworkin, ao analisar os princípios constitucionais. Segundo essa teoria, os princípios são normas que se excepcionam quando há conflito no caso concreto, devendo verificar qual é o mais adequado, conforme os aspectos do caso e não por opção valorativa do aplicador do direito. Não existe nessa teoria a hierarquização dos princípios, nem tão pouco carga valorativa entre eles.

<sup>89</sup> TEPEDINO, G. **Premissas metodológicas para a constitucionalização do direito civil**.

<sup>90</sup> Situações jurídicas existenciais é um termo introduzido pelo renomado civilista italiano Pietro Perlingieri. O civilista percebeu que existiam situações subjetivas não patrimoniais que mereciam tutelas diferenciadas, por se tratar de questões relativas a condição existencial do homem.

PERLINGIERI, P. **Perfis do direito civil: introdução ao direito civil constitucional**. 2007

O princípio da autonomia privada é condicionado ao princípio da dignidade da pessoa humana. Não há como garantir uma vida digna sem autonomia, sem autodeterminação do sujeito de direito. Nesse sentido, argumenta Moller<sup>91</sup>:

O direito de um doente em estágio terminal (cuja morte é inevitável e iminente)<sup>24</sup>, de recusar receber tratamento médico, bem como, o de interrompê-lo, buscando a limitação terapêutica no período final da sua vida, de modo a morrer de uma forma que lhe parece mais digna, de acordo com suas convicções e crenças pessoais, no exercício de sua autonomia, encontra-se plenamente amparado e reconhecido pela nossa Constituição.

Desse modo, o respeito à manifestação de vontade do paciente, baseada em suas crenças, desejos e concepção do que seria uma “boa vida”, corresponde ao respeito a autonomia do indivíduo. Portanto, o princípio da autonomia, resguardado constitucionalmente, está presente nas diretivas, logo, essas também devem ser protegidas e realizadas no ordenamento jurídico vigente.

## 5.4 Código Civil

No âmbito infraconstitucional, a autonomia do paciente é um direito de personalidade previsto no artigo 15 do Código Civil, um diploma legal que regula as relações privadas. O artigo estabelece que:

Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Essa norma jurídica reforça a proteção à autonomia privada, ao permitir que o paciente escolha a qual tratamento médico seja submetido, consagrando, portanto, a autodeterminação. Apesar do artigo dispor que a recusa está vinculada ao perigo de vida, Ribeiro entende que nenhum indivíduo será, nem mesmo com risco de vida, constrangido a submeter-se a tratamento ou intervenção cirúrgica, respeitando o direito à autonomia<sup>92</sup>.

No Rio Grande do Sul, o tema da autonomia do paciente foi apreciado com a ocorrência de caso, em que o paciente se recusou a submeter-se a cirurgia médica. Em abril de 2013, o Ministério Público requereu alvará judicial para suprimir a

---

<sup>91</sup> MOLLER, L. L. **Direito à morte com dignidade e autonomia**. 2007. Pág. 144.

<sup>92</sup> RIBEIRO, D. C. **A eterna busca da imortalidade humana: a terminalidade da vida e a autonomia**. 2005. Pág.112-120.

vontade do paciente João Carlos Ferreira. O paciente era um idoso que estava com o pé esquerdo em estado de necrose, devido a uma lesão que aconteceu no ano de 2011. O quadro clínico foi se agravando, provocando inclusive o emagrecimento progressivo e anemia do paciente. Devido a esse quadro, era necessário amputar o membro inferior, sob o risco de morte por infecção generalizada. Ressalta-se, ainda, que, conforme laudos médicos, o idoso não apresentava sinais de demência, logo, era apto a manifestar sua vontade.

O Juiz da 3ª Vara Cível da Comarca de Viamão/RS indeferiu o pedido, fundamentando que não se tratava de doença recente, bem como que o paciente era capaz para agir livremente e consciente das eventuais consequências, não cabendo ao Estado intervir, mesmo com o risco da ocorrência da morte. O MP apelou, em novembro de 2013, alegando que o paciente morreria se não fosse submetido ao procedimento cirúrgico e que o mesmo não possuía condições psíquicas para recusar o tratamento médico. Argumentou, ainda, que o direito à vida é indisponível e inviolável, conforme a Constituição Federal, em confronto com a vontade do paciente. O recurso de apelação, sob o nº 70054988266<sup>93</sup>, foi distribuído para 1ª Câmara Cível do TJ/RS.

O Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul desproveu, por unanimidade, a apelação e todos os desembargadores fundamentaram seus votos no mesmo sentido do voto do relator. O relator, Desembargador Irineu Mariani, em seu voto, enquadrou o caso no biodireito e explanou sobre a ortotanásia, como o tempo devido da morte, sem prolongamento por meios artificiais. O desembargador alegou, ainda, que o direito à vida, previsto constitucionalmente, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa humana, também previsto constitucionalmente. Por fim, fez referência à Resolução 1995/12 do CFM e destacou os requisitos para observância da manifestação de vontade do paciente, denominada Testamento Vital.

## **5.5 Código Penal**

Os bens eleitos pelo ordenamento jurídico como indispensáveis ao convívio social são considerados bens jurídicos e gozam de proteção do direito. Os bens

---

<sup>93</sup> RIO GRANDE DO SUL. Apelação Cível nº 70054988266. Porto Alegre, 2013.

jurídicos mais preciosos são os tutelados pelo Direito Penal, como a vida, a dignidade humana, a liberdade, o patrimônio e a vida privada. Contudo, o Direito Penal deve ser visto sob uma ótica de intervenção mínima, por ser considerado a *última ratio*. Dessa forma, esse ramo do direito só pode ser empregado como instrumento para garantir a paz social e a proteção da sociedade, se não houver outro meio mais adequado para fazê-lo. Por meio do Direito Penal é que se institui tipos penais incriminadores e suas respectivas sanções, indicando, assim, quais são as condutas proibidas e os bens jurídicos a serem protegidos. É importante salientar que nenhuma conduta poderá ser punida penalmente, se não houver uma tipificação que a corresponda, ou seja, se uma conduta praticada não se enquadra na descrição dos tipos penais existentes, esta não poderá ser considerada crime, nem tão pouco ser penalizada.

O Código Penal é o diploma legal que agrupa as normas jurídicas incriminadoras, instituindo as infrações penais, as sanções correspondentes e a forma de aplicação das mesmas. Além disso, visa também limitar o poder punitivo do Estado. A partir de uma análise minuciosa do Código Penal, pode-se inferir se há existência de proibição, por meio de uma norma incriminadora, das Diretivas Antecipadas de Vontade.

### **5.5.1 Homicídio**

A vida é o bem jurídico considerado mais precioso pelo direito, e, a lesão a esse bem é criminalmente punida pelo Código Penal Brasileiro, conforme dispõe o artigo 121:

Art. 121. Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

#### **Caso de diminuição de pena**

§ 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

O dispositivo prevê que matar alguém é crime, e, por mais óbvio que pareça essa proibição, é necessário examinar o que seja o ato de matar alguém, para observar se ele corresponde ao ato praticado pelos médicos que acatam a vontade do paciente, determinada nas Diretivas de Vontade. Segundo Aurélio Buarque de Holanda<sup>94</sup>, matar alguém é tirar a vida de uma pessoa ou causar a morte de um indivíduo. A mesma definição é utilizada pelo penalista Nucci<sup>95</sup>.

Como já analisado anteriormente, as Diretivas Antecipadas de Vontade enquadram-se na prática da ortotanásia, a morte no momento certo, fenômeno este que ocorre naturalmente, sem a influência da ação humana. Dessa forma, o ato médico, por exemplo, de desligar os aparelhos respiratórios, não configura crime, pois não será tirada a vida do paciente, apenas se permitirá que o fim da vida ocorra quando o organismo do paciente não mais conseguir mantê-lo vivo. Esse ato também não causará a morte do paciente, pois esta tem umnexo causal com a doença e não com o ato médico.

Além disso, seja na modalidade Testamento Vital, quanto na modalidade Mandato Duradouro, as Diretivas Antecipadas de Vontade sofrem limitações quanto ao seu conteúdo. A primeira limitação é a proibição de dispositivos contrários ao ordenamento jurídico, como no caso da eutanásia que é criminalizada na maior parte dos ordenamentos jurídicos vigentes. Logo, não serão acolhidas as manifestações de vontade de um paciente que queira que sejam praticados atos para abreviar a sua vida, como uso das famosas injeções de cloreto de potássio<sup>96</sup>.

A segunda limitação, refere-se às situações em que serão observadas as manifestações do paciente, isto é, não são todas as vontades que serão acatadas sempre. Para a prática de atos ortanásicos é necessária a presença da terminalidade da vida, devendo ser o quadro do paciente irreversível. E, por fim, os pacientes não podem dispor de tratamentos paliativos, sendo estes utilizados para proporcionar um fim de vida digno.

---

<sup>94</sup> Dicionário Aurélio.

<sup>95</sup> Nucci, G.S. **Manual de direito penal:** parte geral. 2007

<sup>96</sup> Instrumentos para abreviar a vida, injeção de cloreto de potássio

## 5.5.2 Induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio

A proteção do bem jurídico, vida, também é objeto do artigo 122 do Código Penal<sup>97</sup> que criminaliza o ato de:

Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Parágrafo único - A pena é duplicada:

### **Aumento de pena**

I - se o crime é praticado por motivo egoístico;

II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.

O ato de induzir significa sugerir uma ideia a alguém que não a tem, quer dizer, inspirar uma pessoa a fazer algo que ela não tinha considerado fazer antes da sugestão dada. Obviamente, a observância das Diretivas Antecipadas de Vontade não se enquadra nessa conduta, pois o médico respeitara uma vontade manifestada anteriormente ao contato com o paciente.

O segundo ato estabelecido no tipo penal é a instigação. Instigar significa fomentar uma ideia já existente. Trata-se, pois, do agente que estimula a ideia suicida em alguém que já a tenha manifestado. Da mesma forma que a primeira conduta, é impossível a ocorrência desta, uma vez que a manifestação do paciente é prévia ao contato com o médico.

Por fim, o último ato tipificado é o auxílio ao suicídio. Auxiliar é uma forma concreta e ativa de agir, pois significa dar apoio material ao ato suicida. Contudo, esse apoio deve ser secundário. O agente não pode agir ativamente na ação de tirar a vida. Segundo os dizeres de Nucci, o suicídio é a morte voluntária que resulta de um ato, negativo ou positivo, direta ou indiretamente, realizado pela própria vítima. O suicídio não é considerado crime e, conseqüentemente, não é punido penalmente.

---

<sup>97</sup>BRASIL. **Código Penal**. 1940.

A tentativa também não é punível, por não corresponder aos fundamentos da pena, ótica retributiva ou enfoque preventivo<sup>98</sup>. Ao se atentar à descrição do auxílio ao suicídio, fica claramente comprovado que as Diretivas Antecipadas de Vontade também não se enquadram nesse tipo penal por vários fatores. Primeiramente, porque não se configurou o suicídio, ou seja, o paciente está impossibilitado de se manifestar e logicamente de agir, não podendo, logo, praticar uma conduta ativa. Segundo, porque assim como o homicídio, o suicídio pressupõe o ato de tirar a vida, e como constatado anteriormente, as Diretivas correspondem a ortotanásia e não à abreviação da vida.

### **5.5.3 Omissão de Socorro**

O ato de omitir socorro a alguém está previsto como crime no artigo 135 do Código Penal<sup>99</sup>:

Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Parágrafo único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

A elementar do crime supracitado é deixar de prestar assistência, em outras palavras, abandonar ou largar sem prestar socorro, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, bem como à pessoa inválida (deficiente, físico ou mentalmente, em decorrência da idade avançada ou de doença) ou ferida, desamparada ou em grave e iminente perigo. Bem como, também, de deixar de pedir socorro, isto é, solicitar a intervenção da autoridade pública.

As Diretivas Antecipadas de Vontade não configuram omissão de socorro, pois o corpo médico oferecerá ao paciente todos os meios e instrumentos capazes de salvá-lo, porém não serão utilizados os tratamentos extraordinários e inúteis, que

---

<sup>98</sup> Nucci, G.S. **Manual de direito penal**: parte geral. 2007. Pág.517

<sup>99</sup> BRASIL. **Código Penal**. 1940.

apenas prolongaram a vida artificialmente. Além disso, destaca-se que, mesmo sem a utilização de tratamentos inúteis, o paciente receberá cuidados paliativos e em nenhum momento será abandonado pelos médicos.

Como se pode concluir, as Diretivas Antecipadas de Vontade não se enquadram nos tipos penais existentes, não sendo consideradas uma ofensa aos bens jurídicos tutelados, e, portanto, não são proibidas no ordenamento jurídico.

Corroboram com essa tese o Projeto de Lei do Senado nº 116, proposto pelo Senador Gerson Camata, em 2000, que propõe:

Art. 1º O Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), passa a vigorar acrescido do seguinte art. 136-A:

“Art. 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, deixar de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários, em situação de morte iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

§ 1º A situação de morte iminente e inevitável deve ser previamente atestada por 2 (dois) médicos.

§ 2º A exclusão de ilicitude prevista neste artigo não se aplica em caso de omissão de uso dos meios terapêuticos ordinários e proporcionais devidos a paciente terminal.” Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

O projeto, nos moldes supracitados, foi aprovado no Senado Federal e foi para a Câmara dos Deputados, onde tomou o número 6.715, em 2009, e está sendo examinado. O Projeto visa alterar o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, atual Código Penal, prevendo expressamente a possibilidade da prática de ortotanásia, que consiste no não prolongamento artificial da vida, por meio de tratamentos extraordinários.

Os defensores do projeto argumentam que a ortotanásia permite ao paciente uma morte digna, sem sofrimento. E que essa prática, inclusive, já é aceita pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução 1.995/2012. A última movimentação do projeto é de 14 de maio de 2013, e este está aguardando o parecer do relator, Deputado João Campos, na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC).

Dessa forma, mais do que não serem proibidas, como ocorre atualmente, as diretivas serão expressamente permitidas, de forma indireta, com a descriminalização da prática de ortotanásia, com a aprovação do Projeto de Lei nº 6.715/2009.

## 6. Conclusão

O olhar histórico sobre a evolução das sociedades demonstra que as mudanças ocorridas, seja no aspecto social, político, econômico, cultural ou tecnológico, são influenciadas pelos valores e desejos dos indivíduos. As diversas revoluções que marcaram a história da humanidade são oriundas da insatisfação e da busca por melhor qualidade de vida, a expressão aqui utilizada “melhor qualidade de vida” não se restringe às situações de precariedade, representando também os indivíduos que têm boas condições e almejam melhorar cada vez mais.

A ambição humana pela imortalidade é o que impulsiona os progressos da medicina e da biotecnologia, pois, nos tempos atuais, já não é tão relevante a elevada expectativa de vida, mesmo que significativa em relação há alguns anos. A morte, antes considerada um fenômeno natural, inerente ao ciclo da vida, isto é, um acontecimento certo para todos os seres, passou a ser controlada de tal forma que se torna difícil afirmar, com absoluta certeza, que todos morrerão. As consequências desse avanço biotecnológico nem sempre são positivas, segundo Philippe Ariès, a assistência familiar foi substituída pela equipe hospitalar e os enfermos passaram a se sentir mais solitários. Além disso, os tratamentos terapêuticos atualmente utilizados em pacientes terminais ou em estado vegetativo são excessivos e desproporcionais, configurando a prática da distanásia, ou melhor, o prolongamento artificial da vida. Esses procedimentos distanásicos, além de desnecessários, geram imensurável sofrimento para os pacientes e seus familiares. E o surreal é pensar que esse sofrimento não pode ser eliminado, muito pelo contrário, ele tem que ser mantido incontestavelmente.

Conforme já abordado, a suspensão dos tratamentos fúteis, mantendo-se apenas os tratamentos paliativos, não significa que a vida está sendo abreviada, nem tão pouco que se está praticando a eutanásia, mas sim, deixando de alongar artificialmente o processo da morte. Se faz necessário, se não ficou evidente ainda, distinguir a eutanásia, a ortotanásia e a distanásia. A primeira é a prática de atos que vão indubitavelmente pôr fim à vida do indivíduo, logo, esses atos são diretamente a causa da morte. No outro extremo, está a distanásia, o prolongamento artificial da vida, por meio de aparelhos e procedimentos extraordinários. Esses tratamentos não têm o poder de reverter o quadro clínico do paciente, mas tão

somente retardar a morte. No meio termo, está a ortotanásia, a morte ocorrendo naturalmente, no momento devido, sem influência da medicina, quando esta já esgotou todos os meios possíveis para curar a enfermidade do paciente. As Diretivas Antecipadas de Vontade são um instituto que pretende garantir ao indivíduo a possibilidade de escolher pela ortotanásia, negando os procedimentos distanásicos e conseqüentemente o prolongamento da vida, de forma artificial.

O paciente terminal, assim como qualquer indivíduo, é sujeito de direito e, portanto, deverá ter sua autonomia respeitada e protegida pelo ordenamento jurídico brasileiro. Nesse contexto, a Declaração Antecipada de Vontade do paciente terminal coaduna com os direitos e garantias fundamentais previstas na Constituição Federal brasileira, principalmente a dignidade da pessoa humana e a autonomia, sendo, dessa forma, um instrumento válido no ordenamento jurídico brasileiro. Ao retornarmos ao artigo 5º, III, da CF, bem como ao artigo 15 do CC, percebemos claramente a possibilidade de aplicação das Diretivas Antecipadas de Vontade, como meio eficiente para resguardar o paciente de tratamentos degradantes e desumanos.

Ademais, como já examinamos no decorrer do trabalho, não há no direito brasileiro a proibição expressa da ortotanásia, pois essa conduta não corresponde a nenhuma tipificação penal. E objetivando deixar claro essa ausência de criminalização, foi proposto o Projeto de Lei nº 116/2000, que prevê expressamente que a ortotanásia não é crime. Além dessa propositura de alteração do Código Penal vigente, outros três Projetos de Lei foram propostos no Senado, demonstrando a iniciativa do Poder Legislativo, para regularizar o instituto das Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente terminal.

A declaração prévia de vontade do paciente terminal é realidade normativa em vários ordenamentos jurídicos, e a análise do instituto nas demais ordens jurídicas é de fundamental importância, para verificar como ele se aplica, quais suas especificidades e utilizá-los como modelos, apesar desses modelos estrangeiros não atenderem por completo à realidade brasileira.

Em 2014, foi criado, pela doutrinadora Luciana Dadalto, um site “Testamento Vital”, com todas as informações sobre o instituto e um banco de dados para

armazenamento. Nesse site, todos os indivíduos têm a possibilidade de registrar suas manifestações de vontade, ou seja, expressar quais são os tratamentos médicos a que gostariam de ser submetidos, caso se encontrassem em estado terminal e de inconsciência. Além de oferecer o armazenamento gratuito do documento, o site tira dúvidas sobre a confecção do mesmo. Também, é divulgado no “Testamento Vital” pesquisas e dados sobre o registro do documento contendo a manifestação antecipada de vontade em cartórios de todo o Brasil. Dessa forma, há no cenário nacional uma efetiva aplicação do instituto no cotidiano das pessoas.

Por todo o exposto e sob uma perspectiva de interpretação sistemática-princípio lógica do ordenamento jurídico brasileiro, pode-se defender a validade das Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil, mesmo sem a existência de legislação específica. Entretanto, devido às especificidades formais e materiais que permeiam esse instituto, avaliou-se ser necessária a aprovação de uma lei que o regulamentasse, a fim de evitar controvérsias e de possibilitar a eficácia deste.

## 7. Referências Bibliográficas

ARGENTINA. **Constitución de La Nación Argentina**. Comentada por Alberto Ricardo Dalla Via. Buenos Aires: Abeledo Perrot, 2003.

\_\_\_\_\_. **Ley Nº 4263** de 19 dezembro de 2007. Voluntad Anticipada de Río Negro. 19 dez. 05 jul. 2007. Buenos Aires, 2007.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA. **Projecto no. P/06/APB/06**. Regula o exercício do direito a formular directivas antecipadas de vontade no âmbito da prestação de cuidados de saúde e cria o correspondente registro nacional. Relatores: Helena Melo, Rui Nunes. 20 dezembro de 2007. Disponível em: <[http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802554221200319873p\\_06\\_apb\\_06\\_testamento\\_vital.pdf](http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802554221200319873p_06_apb_06_testamento_vital.pdf)>. Acesso em: 06 Mai. 2016.

\_\_\_\_\_. **Projeto n.º P/05/APB/06**. Regula Testamento Vital e seus fundamentos. Relatores: Helena Melo, Rui Nunes. Disponível em: <[http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802556471148471346directivas\\_medicas\\_parecer\\_05.pdf](http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802556471148471346directivas_medicas_parecer_05.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2016.

ASSOCIATION, Hydrocephalus. **Fact Sheet: Durable Power of Attorney for Health Care**. 2012. Disponível em: <<http://www.hydroassoc.org/docs/FactSheets/FactsheetDurablePOA.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

BEUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.

BRASIL. **Código civil brasileiro**. In: PINTO, Antonio Luiz de Toledo; WINDT, Márcia Cristina Vaz dos Santos; CÉSPEDES, Livia. Vade Mecum. 3.ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

BRASIL. **Código penal brasileiro**. In: PINTO, Antonio Luiz de Toledo; WINDT, Márcia Cristina Vaz dos Santos; CÉSPEDES, Livia. Vade Mecum. 3.ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. In: CAHALI, Yussef Said (Org.) Mini-Códigos RT. 10 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

BRASIL. Justiça Federal. **Ação civil pública**. Disponível em: <<http://s.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>>. Acesso em: 05 Mai. 2016.

BRASIL. Justiça Federal. **Ação Civil Pública, Ortotanásia**. 09 maio 2007. Disponível em: <<http://testamentovital.com.br/wp-content/uploads/2014/07/senten%C3%A7a-ACP-testamento-vital.pdf>>. Acesso em: 05 Mai. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal 3.268, de 30 de setembro de 1957. Regula os Conselhos de Medicina, Brasília, 01 out. 1957. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L3268.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3268.htm)>. Acesso em: 05 Mai. 2016.

BUENOS AIRES. Câmara de Diputados. Proyecto de ley “Declaración de voluntad vital anticipada”. In: TINANT, Eduardo Luis. **Los derechos personalísimos del paciente y las directivas anticipadas para tratamientos medicos**. La Plata: HCDPBA, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.805/2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 nov. 2006. Seção I, p.169. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm)>. Acesso em: 05 de Maio de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.995/2012.**Diário Oficial da União**, Brasília, 31ago. 2012. Seção I, p.269-270. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)>. Acesso em: 05 mai.2016.

COUNCIL OF EUROPE. **Convenio de Oviedo**. Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. 2006. Disponível em: <<http://www.bioeticanet.info/documentos/Oviedo1997.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: convention on human rights and biomedicine: ETS 164. Oviedo, 1997. Disponível em: <<http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164>>. Acesso em: 20 nov.2016.

DANTAS, Marcus Eduardo de Carvalho. **Princípios e regras:** entre Alexy e Dworkin. In: MORAES, Maria Celina Bodin de (Coord). Princípios do direito civil contemporâneo. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. p.547-565.

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

DWORKIN, Ronald. **O império do direito.** São Paulo: Martins Fontes, 2003b

ESPAÑA. Gobierno. **LEY GENERAL DE SANIDAD**, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, Madrid, 29 abr. 1986. Disponível em <[http://www.eutanasia.ws/\\_documentos/Leyes/Espa%C3%B1a%20Ley%20General%20de%20Sanidad.pdf](http://www.eutanasia.ws/_documentos/Leyes/Espa%C3%B1a%20Ley%20General%20de%20Sanidad.pdf)> Acesso em: 01 nov 2016.

\_\_\_\_\_. Gobierno. LEY 41/2002, de 14 de noviembre. **Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.** Boletín Oficial del Estado, Madrid, 15 nov. 2002. Disponível em: <<http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016

FARIA, Rui. Estado vegetativo persistente e reanimação. In: ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter. **Bioética.** Lisboa: Verbo, 1996. p. 368-371.

FERREIRA, Nuno. **A eutanásia:** entre o debate jurídico e a evolução da opinião pública. Lex Medicinæ: Revista Portuguesa de Direito da Saúde, Coimbra, Ano. 3, n. 6, p. 137-151, 2006.

FERREIRA, A. L. A et al. **Radicais livres**: conceitos, doenças relacionadas, sistema de defesa e estresse oxidativo. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 43, n. 1, p. 61-68, 1997.

GALLIAN, Dante Mc. **A (re)humanização da medicina**. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

GOLDIM, José Roberto. **Caso Nancy Cruzan**: retirada de tratamento. Porto Alegre: UFRGS, 2005. Disponível em: < <https://www.ufrgs.br/bioetica/nancy.htm>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

GONZÁLES, Miguel Angel Sánchez. O novo testamento: testamentos vitais e diretivas antecipadas. In: BASTOS, Eliene Ferreira Bastos; SOUSA, Asiel Henrique. **Família e jurisdição**. Belo Horizonte: Del Rey, 2006. p. 91-137.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Manual de cuidados paliativos oncológicos**: controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual\\_cuidados.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_cuidados.pdf)>. Acesso em: 25 out.2016.

ITÁLIA. Ministero de Ila Salud. Il código di deontologia medica. Roma, 1998.

KALACHE, Alexandre et al. **O envelhecimento da população mundial**: um desafio novo. Revista de Saúde Pública, 1987. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489101987000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101987000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 out. 2016.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento populacional no Brasil**: uma realidade nova. Cadernos de Saúde Pública, v. 3, n. 3, p. 217-220, 1987. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101987000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 out. 2016.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução de Paulo Quintela. São Paulo, Abril Cultural, 1980.

KIPPER, Délio José. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 7, n. 1, p.59-70, 1999.

KNOBEL, Marcos; SILVA, Ana Lucia Martins da. O paciente terminal: vale a pena investir no tratamento?. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 2, p. 133-134, 2004.

KOVÁCS, Maria Júlia. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 6, n.1, p. 61-69, 1998.

\_\_\_\_\_. **Bioética nas questões da vida e da morte**. Psicologia USP, v. 14, n. 2, p. 115-167, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/pusp/v14n2/a08v14n2.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016.

MANZINI, Jorge Luis. Las directivas anticipadas para tratamientos médicos. In: MARINO, Ignazio R. Testamento biológico: i diretti dei malati e l'operato dei Médici. In: BORASCHI, Andrea; MANCONI, Luigi. **Il dolore e la política**. Milão: Bruno Mondadori, 2007. p.41-57.

MARTEL, Letícia de Campos Velho. Limitação de tratamento, cuidado paliativo, eutanásia e suicídio assistido: elementos para um diálogo sobre os reflexos jurídicos da categorização. In: BARROSO, Luis Roberto (Org.). **A reconstrução democrática do Direito Público no Brasil**. Rio de Janeiro: Renovar, 2007. p. 369-432.

MARTIN, Leonard M. **A ética médica diante do paciente terminal: leitura éticoteológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica**. Aparecida: Editora Santuário, 1999.

MARTÍNEZ, Josefa Cantero. **La autonomia del paciente: del consentimiento informado al testamento vital**. Albacete: Bomarzo, 2005.

MELO, Helena Pereira de. O direito a morrer com dignidade. Lex Medicinæ: **Revista Portuguesa de Direito da Saúde**, Coimbra, Ano 3, n. 6, p. 69-79, 2006.

MIRANDA, Marcelo et al. **Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas**. Revista chilena de infectología, v. 25, n. 1, p. 54-57, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0716-1018&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0716-1018&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 20 out. 2016.

MOLLER, Letícia Ludwig. **Direito à morte com dignidade e autonomia**. Curitiba: Juruá, 2007.

NAVARRO, Sonia. **Testamento vital**: la nueva Ley estatal enfrentada a la normativa autonómica. *Iuris: Actualidad y Práctica del Derecho*, Madrid, n.70, p. 21-29, 2003.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Da relação jurídica médico-paciente: dignidade da pessoa humana e autonomia privada. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de. (Org.). **Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002. v. 1, p. 101-140.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Relação médico paciente e responsabilidade civil do médico. In: NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Manual de Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2009. p. 79-108.

NUCCI, Guilherme de Souza. Manual de direito penal: parte geral. Revista, atualizada e ampliada. **São Paulo: Editora Revista dos Tribunais**, 2007.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Life expectancy at birth**. 2015. Disponível em:

<[http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/mbd/life\\_expectancy/atlas.html](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html)>.

Acesso em: 01 nov. 2016.

OSBOURNE, R. **Introduction**: Roman Poverty in Context. In: ATKINS, M.; OSBOURNE, R. (Ed.) *Poverty in the Roman World*. Cambridge University Press, p. 1-20, 2006.

PENALVA, Luciana Dadalto. **Declaração prévia de vontade do paciente terminal**. Jun 2009. Dissertação (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Faculdade Mineira de Direito, Belo Horizonte

PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico paciente**. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

PERLINGIERI, Pietro. **Perfis do direito civil**: introdução ao direito civil constitucional. 3 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 4ed. São Paulo: Max Limonad, 2000. Pag54

\_\_\_\_\_. **Direitos Humanos, O Princípio da dignidade da pessoa humana e a Constituição de 1988**, 2004. Pag 92

PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei. **Bioética de intervenção**: considerações sobre a economia de mercado. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, p.111-123, out. 2005. Disponível

em:<[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/96/91](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/96/91)>.

Acesso em: 20 out. 2016.

PORTUGAL, **Decreto do Presidente da República n. 1/2001**. Disponível em: <[http://www.cnpma.org.pt/Docs/Legislacao\\_DecretoPR\\_1\\_2001.pdf](http://www.cnpma.org.pt/Docs/Legislacao_DecretoPR_1_2001.pdf)>. Acesso em: 01 nov.2016.

PRATTA, Elisângela Maria Machado et al. **O processo saúde-doença e a dependência química**: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2>>. Acesso em: 20 out. 2016.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de morrer**: eutanásia, suicídio assistido. Belo Horizonte: Del Rey, 2001. Pag 59

\_\_\_\_\_. **Biodireito e direito ao próprio corpo**: doação de órgãos incluindo o estudo da Lei n. 9.434/97 com as alterações introduzidas pela Lei 10.211/01. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

\_\_\_\_\_ et al. **Envelhecendo com autonomia**. In: FIUZA, César; NAVES; Bruno Torquato de Oliveira; SÁ, Maria de Fátima Freire. *Direito civil: atualidades II*. Belo Horizonte: Del Rey, 2007. p. 75-88.

\_\_\_\_\_; et al. **Filiação e biotecnologia**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2005.

SÁNCHEZ, Cristina López. **Testamento vital y voluntad del paciente**: conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Madrid: Dykinson, 2003.

RIBEIRO, Diaulas Costa. **A eterna busca da imortalidade humana**: a terminalidade da vida e a autonomia. *Bioética*, Brasília, v. 13, n. 2, p. 112-120, dez. 2005

RIO GRANDE DO SUL. **Apelação Cível nº 70054988266**. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/consulta\\_processo.php?id\\_comarca=viamao&num\\_processo=11300035348&code=0792](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?id_comarca=viamao&num_processo=11300035348&code=0792)>. Acesso em: 20 out.2016.

ROSS, W D. **The Right and the Good**. Oxford: Claredon Press, 1930

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001. Pagina 60

TEPEDINO, Gustavo. **Premissas metodológicas para a constitucionalização do direito civil**. In: TEPEDINO, Gustavo. Temas de direito civil. 4. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p. 1-23.

The National Commission For The Protection Of Human Subjects Of Biomedical And Behavioral Research. **The Belmont Report**: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. April 1979.

URIONABARRENETXEA, K. Martinez. **Reflexiones sobre el testamento vital (I)**. Atención Primaria, v.31, n.1, p.52-54, 2003.

URIONABARRENETXEA, K. Martinez. **Reflexiones sobre el testamento vital (II)**. Atención Primaria: v.31, n.1, p.52-54, 2003.

WISNIAK, J et al. **Carbonato de sódio - From recursos naturais para Leblanc e costas**. Jornal indiano de tecnologia química. v. 10, n. 1, p.99-112, 2003.

WOJTILA, K. **Metafisica della persona**. Milano: Edizioni Bompiani Il Pensiero Occidentale, 2003.