

DECLARAÇÃO PRÉVIA DE VONTADE PARA O FIM DA VIDA: REFLEXÕES PARA O ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

PREVIOUS STATEMENT OF INTENTION TO END LIFE: REFLECTIONS FOR BRAZILIAN LEGAL ORDER

Michele Mulinari¹

O morrer pode ser doloroso, longo, humilhante. Especialmente quando os médicos não permitem que o corpo que deseja morrer, morra.
(Rubem Alves)

RESUMO: As desenfreadas inovações tecnológicas na área da medicina, a exemplo do prolongamento artificial da vida, resultaram numa maior intervenção sobre a vida humana. A partir dessa problemática, o presente artigo versa acerca das declarações prévias de vontade para o fim da vida, analisando este novo instituto no que tange seu aspecto histórico e peculiar. A justificativa para este estudo repousa na oportunidade de **esclarecer os conceitos que permeiam o tema, em busca de uma homogeneização do entendimento do Poder Público e do Poder Judiciário. Mas, principalmente, evidenciar o respeito à autonomia privada do indivíduo quando em sua terminalidade.** Ocupou-se de analisar a possibilidade de implementação do instituto no Ordenamento Jurídico Brasileiro, por meio dos princípios constitucionais da Dignidade da Pessoa Humana e da Autonomia Privada. Para tal estudo, foi **utilizado o método de abordagem dedutivo e o método de procedimento histórico**, os quais permitiram concluir que as declarações prévias de vontade para o fim da vida são um meio garantidor da autonomia e da dignidade do paciente em processo de fim de vida. Constatou-se também, que a abordagem em relação ao instituto é pouco conhecida, embora tenha protagonizado recentemente o cenário normativo, através das Resoluções 1805/96 e 1995/12 do Conselho Federal de Medicina. **Verificou-se que, mesmo inexistindo legislação específica no país a validade das declarações prévias de vontade consolida-se por meio da interpretação das normas constitucionais e infraconstitucionais.** A realização deste artigo conta com o embasamento jurídico, doutrinário e jurisprudencial. **PALAVRAS-CHAVE:** Autonomia privada; Declaração previa de vontade; Dignidade humana; Direito de morrer.

ABSTRACT: The unbridled technological innovations in medicine, like the artificial prolongation of life, have led to increased intervention on human life. From this problematic, this paper focuses on the previous statement of intent to end life, analyzing this new institute regarding its historical and peculiar aspect. The reason for this study lies at the opportunity to clarify the concepts that permeate the theme in search of a homogenization of the understanding of the Public Power and the Judiciary. But mostly, highlight respect for private autonomy of the individual when his terminality. This work was concerned with examine the possibility of implementing the institute in the Brazilian legal system, through the constitutional principles of Human Dignity and Private Autonomy. For this study, we used the

¹ Acadêmica do 9º semestre do Curso de Direito do Centro Universitário Franciscano. E-mail: m_mulinari@yahoo.com.br. Artigo escrito para disciplina de trabalho final de graduação.

method of deductive approach and the procedure method historical, which concluded that the previous statement of intent to end life are means of ensure autonomy and dignity of patients at end of life process. It was also found that the approach to the institute is little known but has recently played the normative scenario, by resolutions 1805/96 and 1995/12 from the Brazilian Federal Council of Medicine. It was found that, even the absence of specific legislation in the country, the validity of the previous statement of intent are consolidated through the interpretation of constitutional and infra-constitutional norms. The realization of this article has the legal, doctrinal and jurisprudential foundation.

KEY-WORDS: Private autonomy; Previous statement of intent; Human dignity; Right to die.

INTRODUÇÃO

Diante do ritmo acelerado das inovações das ciências biomédicas e das altas tecnologias no campo da medicina, houve, nas últimas décadas, um aumento significativo no poder de intervenção do homem sobre a vida e a morte, a exemplo do prolongamento artificial da vida. Essa realidade gerou preocupações diante da garantia ao respeito da autonomia, dignidade e bem estar do paciente em final de vida. O objetivo é que este tenha preservado o seu direito de morrer dignamente, livrando-se de possíveis abusos ou intervenções contrárias à sua vontade.

Com base nisso, surge a declaração prévia de vontade para o fim da vida. Esse instituto lhe proporciona meios de dar instruções prévias sobre futuros cuidados médicos que receberá quando incapaz de expressar a sua vontade – caso seja acometido por uma doença terminal ou uma doença grave e incurável.

Neste sentido, o contexto das inovações tecnológicas na área da saúde criou um espaço convidativo ao pensar bioético. Em específico, este estudo pretende instigar uma reflexão bioética e jurídica em torno do tema, buscando incitar a necessidade da edição de uma norma específica para a declaração prévia de vontade para o fim da vida. Para tanto, *a priori*, é necessário uma homogeneização conceitual do tema por parte do Poder Judiciário que tem ficado aquém da conceituação estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina.

Ressalta-se que essas confusões são geradas pelo fato de se tratar de tema novo. Assim, merece ser analisada com cautela e atenção. Para tanto, este trabalho não terá expectativas de esgotar o tema abordado – tão amplo e em pleno desenvolvimento.

Embora no Brasil ainda não haja legislação específica, em países norte-americanos, europeus e também da América Latina, o instituto já foi tratado. Tal experiência pode se mostrar útil ao Brasil, por contribuir para o debate e especialmente para incentivar a edição de uma norma específica à luz das experiências pioneiras juntamente com o posicionamento do Conselho Federal de Medicina.

Diante disso, os questionamentos que originaram esse estudo foram: obrigar um ser humano a ser submetido a tratamentos invasivos – que não lhe devolverão uma vida plena e digna, mas prolongarão o seu sofrimento e da sua família – não é degradante? Ainda: tais atos não ferem princípios prezados pela Constituição Federal Brasileira? Em caso afirmativo, é possível a implementação do instituto no Ordenamento Jurídico Brasileiro?

Para responder tais indagações foi utilizado o método de abordagem dedutivo: a investigação partiu de uma abordagem ampla do surgimento da bioética, derivando para situações de fim de vida, para então chegar a uma reflexão sobre a possível validação do instituto da declaração prévia de vontade para o fim de vida. O método de procedimento histórico foi utilizado para fazer uma pesquisa histórica do tema, analisando a problemática retratada por meio do estudo doutrinário, jurisprudencial e legislativo.

Na aplicação deste método e frente às discussões que se levantam, este estudo foi dividido em três partes: primeiramente, aduziu-se o surgimento da disciplina do biodireito a partir do estudo histórico da disciplina bioética e as implicações que a permeiam – além de versar sobre os princípios da Dignidade da Pessoa Humana e Autonomia Privada como bases fundamentais para a validade das declarações prévias de vontade; em um segundo momento, apresentou-se o instituto das declarações prévias de vontade para o fim da vida; por fim, buscou-se demonstrar que, apesar do Brasil ainda não dispor de uma norma legislativa à respeito desse novo instituto, a validade se consagra por meio de dois princípios ímpares: Autonomia Privada e Dignidade da Pessoa Humana. Demonstrou-se também a necessidade da edição de uma lei que regule as declarações prévias de vontade.

Assim, vê-se que tal tema é atual e relevante, por dizer respeito aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da autonomia privada do indivíduo. Cabe aos Estados acautelar, com especial cuidado, os direitos dos indivíduos, quando pacientes que se encontram nesta fase tão delicada de sua vida. Por fim, esclarece-se que o presente estudo optou pela expressão “declaração prévia de vontade para o fim da vida”, de cunho da autora do livro “Testamento Vital²” Luciana Dadalto³.

3 Dadalto, Luciana. Testamento Vital. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Lumem Juris, 2013. Livro utilizado como uma das referências para o presente estudo.

4 Luciana Dadalto. Advogada coordenadora do Departamento de Direito Médico, Odontológico e Hospitalar da Ivan Mercêdo Moreira Sociedade de Advogados. Mestre em Direito Privado pela PUC Minas. Doutora em Ciências da Saúde pela faculdade de Medicina da UFMG. Administradora do site www.testamentovital.com.br

1 BIOÉTICA E O SURGIMENTO DO BIODIREITO

Em 1970, surgiu o neologismo *bioethics* (bioética), criado pelo oncologista e biólogo norte-americano Van Rensselaer Potter. O objetivo era criar uma nova disciplina, em que houvesse a interação do ser humano com o meio ambiente, com o intuito de melhorar a qualidade de vida do ser humano. Potter via a bioética como uma ponte entre a ciência e a ética, definindo-a como “a ciência da sobrevivência humana”. Foi chamado por muitos de “o pai da bioética”⁴ (PESSINI, 2006, p. 20-21).

O holandês André Hellegrers fundou, em 1971, na Universidade de Georgetown, o *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Human Reproduction and Bioethics*. Após a abertura desse hospital, Hellegrers entendeu a bioética como a ética das ciências da vida, considerando-a uma ética biomédica. Esse novo sentido para a bioética solidificou-se com o lançamento da obra *The principles of bioethics*⁵ (DINIZ, 2009, p. 09).

Como ainda há dúvidas com relação ao tempo exato do surgimento da bioética, apenas especulações podem ser feitas. No entanto, Potter deixou um legado expressivo para a sociedade em geral, devido às suas teorias e estudos aprofundados da disciplina bioética.

Em suma, a disciplina da bioética surgiu a partir dos avanços desenfreados da medicina e do progresso da biotecnologia. Esses avanços resultaram nos encontros da ética com as ciências da vida, provocando nos profissionais da saúde uma nova forma de agir e pensar, mudando a imagem da ética médica e dando lugar a uma nova disciplina, a bioética.

Pode-se dizer que a bioética desenvolveu-se a partir dos avanços da biologia molecular e da biotecnologia aplicada a medicina; dos abusos que foram denunciados e sofridos pelo ser humano em experiências biomédicas; do risco da utilização incorreta da biomedicina e da engenharia genética; da ineficácia dos códigos éticos e deontológicos; do pluralismo moral da sociedade atual; e, por fim, das intervenções do Judiciário, Legislativo e Executivo, em relação aos temas que envolvem os direitos fundamentais do indivíduo relacionados à sua vida, saúde, reprodução e morte (DINIZ, 2009, p. 5-6). Sempre com o intuito de preservar a dignidade da pessoa humana de abusos dessa revolução biológica, e, ainda, de respeitar a autonomia do indivíduo sobre seu corpo.

5 No entanto existem estudiosos do tema que consideram um certo exagero tal expressão, visto a existência de uma segunda pessoa, o obstetra holandês André Hellegrers, reivindicou a paternidade do termo “bioética” (PESSINI, 2006, p. 20-21).

6 *The principles of bioethics*, obra de Tom L. Beauchamp e James F. Childress, considerada um clássico em se tratando de bioética e ética na área da saúde, pois surge com um novo conceito para a problemática da ética na medicina nos EUA, o qual foi chamado de princípalismo. A versão em português aparece em 2002, com o título Princípios de ética biomédica (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 09).

Em sua obra, Maria Helena Diniz (2009, p. 11-12) apresentou o seguinte entendimento acerca da bioética:

[...] um conjunto de reflexões filosóficas e morais sobre a vida em geral e sobre as práticas médicas em particular. Para tanto abarcaria pesquisas multidisciplinares, envolvendo-se na área antropológica, filosófica, teológica, sociológica, genérica, médica, biológica, psicológica, ecológica, jurídica, política, etc., para solucionar problemas individuais e coletivos derivados da biologia molecular, da embriologia, da engenharia genética, da medicina, da biotecnologia etc., decidindo sobre a vida, a morte a saúde, a identidade ou a integridade física e psíquica, procurando analisar eticamente aqueles problemas, para que a biossegurança e o direito possam estabelecer limites à biotecnociência, impedir quaisquer abusos e proteger os direitos fundamentais das pessoas e das futuras gerações (grifos nosso).

Essa nova visão da bioética tem, como suporte, quatro princípios éticos básicos identificados anos atrás, em 1978, pela *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*⁶ e pela obra supracitada, *Principles of Biomedical Ethics* dos principialistas Tom L. Beauchamp e James F. Childress. Quais sejam: O princípio do Respeito à Autonomia, o princípio da Beneficência, o princípio da Não Maleficência, por último, o princípio da Justiça Distributiva.

Estes princípios tornaram-se o parâmetro para os estudos, pesquisas e diretrizes da bioética. Para tanto, com o avanço das inovações das ciências biomédicas e das altas tecnologias aplicadas à saúde, gerou a preocupação em respeitar a autonomia, a dignidade e o bem estar do indivíduo, livrando-os de possíveis abusos sofridos quando paciente, e, ainda, dando lugar a um pensar bioético.

Esses avanços operados pelas ciências biomédicas deram origem a inúmeras questões ético-jurídicas como, por exemplo, experiências científicas em embriões ou em seres humanos necessitados ou vulneráveis; a legalização ou não da eutanásia; clonagem de seres humanos descerebrados, para servirem de repositórios de órgãos para seus pais genéticos ou para terceiros; etc. Consequentemente, o direito não poderia deixar de agir aos desafios que

7 Após inúmeros escândalos, devido as atrocidades realizadas em seres humanos, tais como, injetar células cancerosas vivas em idosos enfermos, injetar hepatite viral em crianças com retardo mental, entre outras, o povo norte-americano exigiu do Governo do Estado uma regulamentação da ética. Em 1974, o Governo reagindo a tais escândalos organiza, via Congresso Nacional, a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (Comissão nacional para a proteção dos seres humanos da pesquisa biomédica e comportamental), com o objetivo de que fossem identificados os princípios básicos da ética, os quais serviriam como norteadores para as experimentações da biomedicina e das ciências comportamentais em seres humanos. Passados quatro anos de estudos e pesquisas, a Comissão publicou o que ficou conhecido como o Relatório de Belmont, onde foram reconhecidos três princípios fundamentais: respeito à autonomia da pessoa, a Beneficência e a Justiça. Ressalta-se, que o Relatório não diferencia o princípio da Beneficência e o princípio da Não Maleficência, no entanto, essa distinção é feita por Tom L. Beauchamp e James F. Childress (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p.10-11).

surgiram da biomedicina, tendo em vista os riscos e abusos os quais poderiam ser irreversíveis para a espécie humana; nasce, então, uma nova disciplina: o biodireito.

O biodireito surge para positivizar as diretrizes da bioética. Ele examina as relações jurídicas do direito e os avanços tecnológicos relacionados à medicina e à biotecnologia; preocupando-se com a proteção do indivíduo, ao que tange o seu corpo, mente, espírito, autonomia e a sua dignidade.

Maria Helena de Diniz (2009, p. 07-08), a primeira jurista brasileira a dedicar-se ao estudo da bioética, traz a definição de biodireito:

[...] estudo jurídico que, tomando por fontes imediatas a bioética e a biogenética, teria a vida por objeto principal, salientando que a verdade científica não poderá sobrepor-se à ética e ao direito, assim como o progresso científico não poderá acobertar crimes contra a dignidade humana, nem traçar, sem limites jurídicos, os destinos da humanidade.

Conclui-se, portanto, que o Biodireito é um conjunto de normas positivadas. Tem por objetivo instituir a obrigatoriedade da observância das diretrizes da bioética, impondo ou proibindo uma conduta médico-científica e sujeitando seus infratores às sanções previstas nessa lei. Ao mesmo tempo, é um debate sobre a adequação, restrição ou a necessidade de ampliação dessa legislação.

Entende-se que, com as inovações na terapia médica, surgem diversas possibilidades de intervenção no processo da vida e da morte, ou seja, o prolongamento artificial da vida humana. Logo, existe a necessidade de um pensar bioético, para que haja uma limitação médico-terapêutica, e que esta tenha como base o princípio do respeito à dignidade humana, à autonomia e à autodeterminação, de forma a fornecer mecanismos que garantam a concretização do respeito à vontade do paciente em fim de vida.

1.1. Bioética e o fim da vida: alguns conceitos relevantes

Para possibilitar ao ser humano vida e morte dignas, é preciso refletir a respeito da bioética. Desse modo, pretende-se expor brevemente distinções terminológicas. Isso, com o intuito de justificar posteriormente o respeito à vontade daqueles pacientes - que estejam acometidos por uma patologia terminal, incurável ou irreversível - de declarar de forma antecipada sua negativa em submeter-se às terapias médicas que apenas prolongariam sua vida, em detrimento da sua qualidade.

Para o estudo que se segue, é importante a breve explanação sobre os estágios clínicos que coloquem o paciente em processo de fim de vida. Quais sejam, segundo Luciana Dadalto (2013c, p.35): “a doença terminal, o estado vegetativo persistente (EVP) e doenças crônicas, especialmente a demência avançada”.

Terminal ou em estado de terminalidade é todo aquele paciente em que nada mais pode ser feito para a busca da cura ou para impedir a morte iminente, ou seja, a finalidade básica de curar torna-se inalcançável nesse estágio da doença, cedendo lugar à assistência e ao cuidado; são pacientes que apresentam uma alta probabilidade de morte em um futuro próximo, entre três e seis meses (VILLA-BÔAS, 2005, p. 36-37).

Por outro lado, o paciente de mau prognóstico é aquele que, mesmo que tenha sido acometido por uma doença sem esperança de cura e prognóstico previsivelmente negativo, não se encontra em situação de morte iminente. Exemplos são os portadores de doenças crônicas suscetíveis de serem controladas. Caso este paciente venha a ter crises agudas, talvez precise de tratamentos terapêuticos importantes, todavia, provavelmente bem sucedidos. Nesse caso, as condições de vida que o paciente já tinha serão restabelecidas (VILLA-BÔAS, 2005, p. 37-39).

Outro estágio clínico que coloca o paciente em processo de fim de vida é o EVP, por definição do Multi-Society Task Force on PVS, o “estado vegetativo persistente é uma situação clínica de completa ausência da consciência de si e do ambiente circundante, com ciclos de sono-vigília e preservação completa ou parcial das funções hipotalâmicas e do tronco cerebral”. Nessa situação o paciente perceber o que está acontecendo ao seu redor, pois não tem nem percepção muito menos interatividade. No EVP não existe tratamentos ordinários ou extraordinários, apenas cuidados básicos, como higiene pessoal e alimentação intravenosa.

Conforme Luciana Dadalto (2013c, 42) o paciente que encontra-se em EVP está fora de possibilidades terapêuticas, e tem a sua vida social terminada pelo estágio vegetativo, mesmo que a vida biológica se mantenha por vários anos, por esse motivo que esse paciente está incluindo dentro daqueles que estão em fim de vida.

Por fim, as doenças crônicas, elas têm seu desenvolvimento lento perdurando por mais de seis meses, apresentando efeitos em longo prazo e difíceis de prever, sendo que a maioria dessas doenças não tem cura (FREITAS, 2013, p.108). A Organização Mundial de Saúde (OMS)⁷ traz a definição de doença crônica incurável, são aquelas que:

⁸ Ver site da Organização Mundial de Saúde: *WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Definition of chronic disease*. Disponível em: <http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/> Acesso em 30 de abr. 2014.

[...] tem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiência residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Para tanto, o presente estudo ater-se-á no caso dos pacientes crônicos com demência avançada – incurável e incapacitante, em que o paciente torna-se impossibilitado de decidir sobre o seu tratamento.

O médico neurologista Ricardo Nitrini (2014) descreveu a demência como uma “síndrome resultante do declínio progressivo da capacidade intelectual do indivíduo. Caracteriza-se pela perda da capacidade de memorizar, de resolver os problemas do dia a dia, o que interfere em seus relacionamentos e atividades sociais e profissionais”. Refere que a demência ainda não tem cura e manifesta-se por volta dos 75 a 85 anos, assim, o paciente que encontra-se nas fases mais avançadas torna-se totalmente dependente dos familiares. Aduz que nessa fase o apoio de uma equipe multidisciplinar de psicólogos, enfermeiras, terapeutas ocupacionais são de grande valia para orientação da família do paciente.

Neste sentido, Luciana Dadalto (2013c, p.43-44) aponta que, com o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, há uma perspectiva de aumento dessa doença na população brasileira nos próximos anos, já que apresenta maior incidência em idosos. Por este motivo, existe a importância de incluir, nas declarações prévias de vontade para o fim da vida, disposições acerca da suspensão de tratamentos e procedimentos quando o paciente encontrar-se com a doença.

Outra definição relevante aparece com os avanços tecnológicos, pois surge a possibilidade do prolongamento da vida, conhecido como “distanásia”. A prática da distanásia nasce para acompanhar uma nova visão de medicina, o de curar a qualquer custo, sem a preocupação com o querer do paciente, que é o principal interessado.

O neologismo “distanásia” surgiu na Grécia, onde o prefixo *dys* quer dizer ato defeituoso, ou seja, “distanásia” significa etimologicamente “prolongamento exagerado da agonia, sofrimento e morte do paciente” (GARRAFA; PESSINI; 2002, p. 390).

Deste modo, corrobora-se aos ensinamentos de Pessini (2006, p.115):

Trata-se, portanto, do tratamento fútil e inútil, que simplesmente prolonga a agonia, o sofrimento e adia a morte. Nessa conduta, não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. É a obstinação terapêutica que nega a finitude humana.

Assim, entende-se que a prática da distanásia é apenas uma tentativa de distanciar a morte, quando o que se espera é prolongar a vida. No mesmo viés, Sá (2005, p. 39) conceitua: “distanásia, por sua vez, dedica-se a prolongar, ao máximo, a quantidade de vida humana, combatendo a morte como grande e último inimigo”.

Em contrapartida, o termo “eutanásia”, muito conhecido e discutido pela sociedade, é o antônimo de “distanásia”. A eutanásia infere à morte provocada e antecipada, por compaixão, a fim de aliviar o sofrimento dos que estão enfermos e fadados a uma morte lenta e dolorosa. Trata-se de uma conduta para acelerar o curso da morte, diminuindo a dor do paciente que se encontra em estado terminal (VILLA-BÔAS, 2005, p. 07-36).

A eutanásia pode ser dividida em duas formas de atuação do agente. A primeira diz respeito a uma ação, ou seja, decorrente de uma conduta positiva, comissiva, configurando a chamada eutanásia ativa; à outra, dá-se o nome de eutanásia passiva, em que o resultado da morte ocorre a partir de uma conduta omissiva (VILLA-BÔAS, 2005, p. 80).

Opondo-se às práticas da distanásia e da eutanásia, está a ortotanásia: “significa morte apropriada, correta, no tempo certo, sem cortes bruscos nem prolongamentos desproporcionais no processo de morrer”, conforme ensina Pithan (2004, p. 46-47). Entende-se a ortotanásia como uma conduta de respeito à autonomia do paciente em fim de vida.

Nesse mesmo sentido, Leonard M. Martin (1998, p. 190) defini a ortotanásia:

A ortotanásia permite ao doente que já entrou na fase final de sua doença, e àqueles que o cercam, enfrentar seu destino com certa tranquilidade porque, nesta perspectiva, a morte não é uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida. Uma vez aceito este fato que a cultura ocidental moderna tende a esconder e a negar, abre-se a possibilidade de trabalhar com as pessoas a distinção entre curar e cuidar, entre manter a vida – quando isto for o procedimento correto – e permitir que a pessoa morra – quando sua hora chegou.

Desse modo, para evitar-se errôneas igualações, pode-se distinguir a eutanásia passiva da ortotanásia: a primeira consiste em uma omissão de recursos terapêuticos, sem a observância da necessidade ou não do tratamento para o benefício do paciente. Na segunda, existe uma omissão, pelo médico, no entanto, apenas da prática de atos que possam prolongar futilmente o processo de morte, observando as necessidades do paciente terminal e dispondo dos cuidados paliativos.

Pode-se dizer, dessa forma, que a distanásia tem a morte como um resultado prolongado, contrapondo-se com o tempo do processo natural da morte do paciente; a eutanásia, por outro lado, seria a morte antes do tempo; e, por sua vez, a ortotanásia seria a morte no tempo certo (VILLA-BÔAS, 2005, p. 73).

Dito isto, percebe-se que tais situações implicam a necessidade de conceituarem-se os chamados “cuidados paliativos”, que, segundo Luciana Dadalto (2013b, p. 58), podem ser considerados a “expressão máxima da ortotanásia”.

Os Cuidados Paliativos, também conhecidos como “*hospice*”⁸ (do latim *hospes* = hóspedes, convidado; daí, *hospitum* ou hospício), lugar onde os viajantes eram recebidos como hóspedes” (PESSINI, 1990, p. 37-38), é um conjunto de atos realizados por diversos profissionais, com o foco de cuidar dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que perturbam o enfermo no fim de sua vida. Muitas vezes, a família também é acompanhada pela equipe multiprofissional, já que é com ela que o paciente compartilha todo o seu sofrimento. Quando o paciente morre, os cuidados paliativos continuam, mas agora sob a forma de atendimento do luto dos familiares (FIGUEIREDO, 2012).

Os cuidados paliativos⁹ são muito mais do que tratar sintomas. O objetivo é proporcionar o cuidado do conforto, preservando a qualidade de vida do paciente em fim de vida, dando ênfase à prevenção e ao alívio do sofrimento físico, psicossocial e/ou espiritual (SANTOS, 2009, p.105).

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰ reformulou o conceito de cuidados paliativos:

Cuidados paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida através de prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. (ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

Segundo Pessini (2006, p. 362), a partir desta definição, pode-se concluir que os cuidados paliativos tendem assegurar aos enfermos portadores de doença em fase terminal uma qualidade de vida plena até o momento de sua morte. Além disso, a aplicação dos

9 “O moderno *hospice* foi fundado por Cicely Saunders, médica britânica em Londres, em 1967 e chama-se *St. Christopher Hospice*. O *hospice* não é simplesmente um edifício, mas uma filosofia [...]” (PESSINI, 1990, p. 38).

10 Os cuidados paliativos são orientados por quatro princípios: a) proporcionalidade terapêutica: obrigação moral de se implementarem todas as medidas terapêuticas que tenham proporção entre os meios empregados e o resultado previsível; b) duplo efeito: necessidade de se averiguar a razão proporcional entre os tratamentos que tenham duplo efeito; c) prevenção: prever possíveis complicações e sintomas que frequentemente se apresentam a portadores de determinada doença; d) não abandono e tratamento da dor: o médico não pode abandonar o paciente, exceto em casos de objeção de consciência, e deve controlar a dor (DADALTO, 2013b, p. 110).

11 Ver site da Organização Mundial de Saúde: *WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Definition of Palliative Care*. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>> Acesso em 06 de abr. 2014.

tratamentos extraordinários¹¹ é considerada fútil em pacientes em processo de fim de vida. Ressalta-se que a doença de cada paciente deve ser analisada em sua individualidade, por isso a definição do tratamento extraordinário vai depender de cada caso. Como exemplos desses tratamentos citam-se: a internação em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), a traqueostomia, a ventilação mecânica, a oxigenação extracorpórea, técnicas de circulação assistida, etc. (DADALTO, 2013a, p.67).

Ademais, entende-se os cuidados paliativos como uma manifestação de respeito a autonomia do paciente, visto que oferecem um sistema de apoio, no qual serão os pacientes a estabelecerem os objetivos e prioridades no tratamento, exigindo, por consequência, um trabalho em equipe multidisciplinar, não apenas de médicos e enfermeiros, mas também psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e sacerdotes das diferentes crenças religiosas professadas pelos pacientes.

Ressalta-se, que é possível diferenciar a ortotanásia das demais condutas terapêuticas quando se leva em conta as práticas dos cuidados paliativos. Posto isto, Maria Elisa Villas-Bôas (2005, p. 37) aponta três opções de condutas a serem tomadas diante de pacientes em processo de fim de vida:

[...] prolongar a existência terminal mediante uso maciço de drogas e aparelhos, embora isso signifique também prolongar e intensificar a agonia; apressar o fim mediante conduta ativa ou passiva de interrupção da vida; ou promover cuidados paliativos, tencionando tornar os momentos finais menos dolorosos, sem, todavia, investimentos técnico-medicamentosos que visem a conservar, além do tempo natural, uma vida que não se pode mais melhorar (grifou-se).

Neste contexto, constata-se a necessidade de uma discussão acerca dos direitos do paciente em fim de vida, visando o respeito à sua vontade. Partindo dessa premissa, surge uma nova expressão: “declaração prévia de vontade para o fim da vida”. Ela vem para combater a morte moderna, com o principal intuito de assegurar ao indivíduo que sua vontade seja respeitada em situações de fim de vida, proporcionando-lhe o direito de morrer em paz e com dignidade. Ao mesmo tempo, garante-se ao médico um respaldo legal ao tomar decisões em situações de conflito, conforme se verá em sequência.

12 Os tratamentos extraordinários, também chamados de fúteis, são tratamentos que não oferecem benefício algum ao paciente, tendo em vista que a morte é inevitável, ou seja, “são aqueles tratamentos que visam apenas prolongar a vida biológica do paciente, sem garantir a qualidade de vida” (PENALVA, 2009, p.527).

1.2 O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e o princípio da autonomia privada nas situações de fim de vida

O pós-positivismo surgiu como uma superação do conhecimento convencional e foi marcado pelo ingresso dos princípios na ordem constitucional. Tais princípios passaram a ser vistos como espécies de normas (BARROSO, 2001, p. 19-20). Os valores tiveram uma nova percepção, uma reaproximação da ética e do direito. Para que todos pudessem compartilhar e beneficiar-se amplamente do instrumento do direito, os princípios passaram a integrar a Constituição Federal explícita e implicitamente, como indica Barroso (2001, p. 20):

Alguns nela já se inscreviam de longa data, como a liberdade e a igualdade, sem embargo da evolução de seus significados. Outros, conquanto clássicos, sofreram releituras e revelaram novas sutilezas, como a separação dos Poderes e o Estado democrático de direito. Houve, ainda, princípios que se incorporaram mais recentemente ou, ao menos, passaram a ter uma nova dimensão, como o da dignidade da pessoa humana, da razoabilidade, da solidariedade e da reserva de justiça.

Em verdade, o direito toma novas formas e concepções a partir da integração dos princípios ao ordenamento jurídico, que, em conjunto com as regras, passaram a sanar com melhor amplitude os anseios dos indivíduos em situações fáticas decorrentes do cotidiano e realidade de cada um.

Nesse sentido, uma vez mais Luís Carlos Barroso (2001, p. 20-21):

Os princípios constitucionais, portanto, explícitos ou não, passam a ser a síntese dos valores abrigados no ordenamento jurídico [...] Os princípios dão unidade e harmonia ao sistema, integrando suas diferentes partes e atenuando tensões normativas. De parte isto, servem de guia para o intérprete, cuja atuação deve pautar-se pela identificação do princípio maior que rege o tema apreciado, descendo do mais genérico ao mais específico, até chegar à formulação da regra concreta que vai reger a espécie. Estes os papéis desempenhados pelos princípios: a) condensar valores; b) dar unidade ao sistema; c) condicionar a atividade do intérprete (grifo nosso).

Esse novo pensar dos valores resgatados juntamente com a nova visão de sistema jurídico, em vista da principiologia constitucional, resultou na humanização do indivíduo, que passou a ser visto como pessoa humana digna dos direitos constitucionais, e integrante central do sistema jurídico.

As inúmeras mudanças evidenciaram a dignidade da pessoa humana, princípio fundamental do Ordenamento Jurídico Brasileiro. Ao mesmo passo, propiciaram que situações, para as quais inexistia legislação, fossem admitidas a partir de uma interpretação

principiológica do ordenamento jurídico. É o caso da declaração prévia de vontade para o fim da vida, que se torna válida por estar em consonância com o princípio constitucional da Dignidade da Pessoa Humana e o reconhecimento pleno da autonomia privada do paciente – cidadão de direitos – quanto a sua vontade para fim de vida.

Diante disso, considera-se que obrigar um ser humano a submeter-se a tratamentos invasivos indesejados – visto que tais tratamentos não lhe devolverão uma vida plena e digna, mas apenas lhe prolongarão o seu sofrimento e de sua família – é um ato inconstitucional e degradante.

Conforme explica Rodrigo da Cunha Pereira (2005, p. 98), quando a expressão “dignidade da pessoa humana” foi empregada ao Direito, ela tinha a nobre missão de determinar uma personalidade, envolvendo também a imagem pública do indivíduo. Entretanto, a banalização dessa expressão acaba por prejudicar a sua compreensão. O que pode ser esclarecido, contudo, é que a dignidade da pessoa humana sempre será um valor idêntico – o qual todos os homens têm, porque são seres racionais.

Na Constituição Federal Brasileira, a dignidade da pessoa vem logo no artigo primeiro, após a soberania, aparecendo como fundamento da República Brasileira e fundante do Estado Democrático de Direito. É esse princípio maior, absoluto, quem dá a direção aos demais princípios, servindo para a interpretação de todas as garantias e direitos conferidos aos indivíduos no Texto Constitucional (NUNES, 2009, p. 47, 48).

Assim, o princípio da dignidade da pessoa humana além de servir como baliza aos demais princípios, constitui um norte para a ação positiva do Estado e o limite de sua atuação. O Estado deve promover ativamente essa dignidade, garantindo o mínimo existencial para cada indivíduo em seu território (DIAS, 2005, p. 58). É nesse sentido que as declarações prévias de vontade para o fim da vida objetivam o respeito à autonomia do paciente sob o fundamento da dignidade humana.

No entanto, deve-se ter como parâmetro a dignidade da pessoa humana, um valor a ser preenchido *a priori*. Este nasce com a pessoa e é a sua essência. Em virtude disso, entende-se que não há possibilidade de existir vida sem que se tenha dignidade – garantidora do reconhecimento de que todos são livres e iguais em direitos.

Conforme ensinamentos de Röhe (2004, p.16):

[...] Se por um lado a medicina é confiada a tarefa de salvar vidas, por outro reconhece-se que está a serviço do bem-estar da pessoa. A sua preocupação não reside somente em curar, mas também no de resgatar a dignidade humana, tanto no momento de viver, como no momento de morrer.

Neste contexto, verifica-se que a consagração da autonomia do paciente realiza-se a partir do respeito a sua dignidade.

A conquista do respeito à autonomia é um fenômeno histórico recente. Esse princípio vem deslocando os da Beneficência e Não Maleficência, tornando-os como prevalentes nas ações de assistência à saúde. Um dos marcos históricos foi a Carta dos Direitos do Paciente, publicada em 1973, pela Associação Americana de Hospitais. Essa Carta serviu de referência para as práticas dos profissionais de medicina americana, consagrando entre os direitos dos usuários de serviços de saúde a informação e o consentimento (FORTES, 1998, p.38).

Ainda, na Constituição Federal Brasileira, também se encontram outros incisos¹² do mesmo artigo 5º, tais como os incisos III, IV, VI, e X, os quais justificam o direito de autonomia privada do enfermo de recusar tratamento médico excessivo (BRASIL, 1988). Sob o aspecto da Constituição Federal, a autonomia seria o modo como o indivíduo impõe-se como pessoa e cidadão, conforme suas convicções e escolhas ao que se refere à sua vida e ao seu corpo, sem prejuízo algum a outrem. Respeitar esta autonomia seria a forma como o Estado e sociedade democráticos proporcionariam espaço e amparo a essa liberdade de opção (ROCHA, 2013, p. 87).

Em face disso, caso o paciente tenha autonomia para decidir e esteja em seu perfeito estado mental, compreendendo os riscos que corre, este indivíduo tem o direito legal de optar por alternativa diferente daquela escolhida pelo médico. Caso contrário, o profissional da saúde estaria violando o princípio ético do respeito à autonomia privada (FORTES, 1998, p.41-53).

Diante do exposto, entende-se que dignidade e autonomia devem traduzir-se, no reconhecimento da faculdade e do direito de cada cidadão decidir por si próprio, de forma livre, informada e consciente, sobre o seu estado de saúde, mas também sobre os cuidados que pretende ou não receber diante de sua terminalidade, assim, assegurando uma morte digna.

2 DECLARAÇÃO PRÉVIA DE VONTADE PARA O FIM DA VIDA: CONCEITO, ORIGEM E CARACTERÍSTICAS

Diante dos progressos tecnológicos da medicina, especificamente os tratamentos que visam prolongar a vida - adiando a morte - a todo custo, evidencia-se a preocupação acerca do

13 Artigo 5º, inciso III da Constituição Federal Brasileira– ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante; Inciso IV - é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato; Inciso VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias; Inciso X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação (grifo nosso).

direito do paciente em fim de vida manifestar seu desejo de como será tratado caso seja acometido por uma doença terminal, estado vegetativo persistente ou uma doença crônica incurável. Tomando por base essa premissa, com o objetivo de prestigiar a autonomia dos pacientes que se encontram em processo de fim de vida nasce as diretivas antecipadas de vontade, especificamente uma de suas espécies, a declaração prévia de vontade para o fim da vida.

As diretivas antecipadas de vontade são gêneros de documentos, dos quais são espécies a declaração prévia de vontade para o fim da vida e o mandato duradouro. A primeira espécie diz respeito à manifestação de vontade do paciente, que terá validade quando ele estiver em fim de vida; a segunda trata-se da nomeação de um terceiro para decidir em nome do paciente quando este estiver incapacitado – permanente ou temporariamente – para decidir. Assim, percebe-se que, como gênero, as diretivas antecipadas não atentam somente para situações de fim de vida. No entanto, quando em um mesmo documento estão presentes a manifestação de vontade do paciente e a nomeação de um terceiro, tem-se uma diretiva antecipada propriamente dita (DADALTO, 2013c, p.81-85).

Dessa forma, entende-se que seja possível e benéfico ao paciente a elaboração de um documento onde se encontram, simultaneamente, o mandato duradouro e a declaração prévia de vontade. No entanto, o mandato duradouro tem caráter mais amplo e não se aplica apenas em situações de fim de vida. Na sugestão de Luciana Dadalto (2013b, p.107), ao fazer a declaração prévia de vontade para o fim da vida, caso a mesma contivesse a nomeação de um procurador, e nessa oportunidade fosse feito um mandato duradouro nomeando o mesmo procurador para que com isso não houvesse nenhum conflito entre os documentos, este último poderia agir também em situações que não envolvesse terminalidade.

O instituto da declaração prévia de vontade para o fim da vida¹³ teve origem nos Estados Unidos da América, na década de 60. Em 1976, foi editada a primeira lei no Estado da Califórnia, na qual se aprovou o *Natural Death Act*¹⁴, lei que se tornou o primeiro diploma legal a textualmente reconhecer o testamento vital (MEIRELES; NEVARES, 2010, p.92)

Este instituto despertou tanto interesse nos norte-americanos que no ano de 1991, aprovaram a Lei de Autodeterminação do Paciente (“*Patient Self-Determination Act*”), norma

14 Este instituto, também é conhecido como testamento vital, *Living will*, (essa foi a primeira denominação deste instituto, surgiu no EUA, em 1967), *testamento biológico* (italiano), *testament de vie* (francês), *instrucciones previas* (espanhol) etc. (DADALTO, 2013c, p.15).

15Tradução: Ato de morte natural. O *Natural Death Act* foi elaborado pela Faculdade de Direito da Universidade de Yale.

federal, com o intuito de estimular os pacientes à confecção da declaração prévia de vontade para o fim da vida. Essa lei federal determina que “os pacientes admitidos em entidades como hospitais e agências de saúde devem receber, de imediato, informações a respeito do sentido e dos possíveis benefícios das diretivas antecipadas”. Ressalta-se que, pelo fato do instituto ter se espalhado por grande parte dos estados norte-americanos, no país, há diversas leis que regulam o tema, não se prendendo a nenhum padrão específico para elaboração de tais normas, tampouco para sua aplicação (DADALTO, 2013b, p.100-101).

A Espanha abordou o tema em sua legislação em 14 de novembro de 2002 com o surgimento da Lei nº: 14. Lei esta que estabelece os pressupostos essenciais para a validade e a plena capacidade do ato do agente ao expressar sua vontade. Também traz a possibilidade do indivíduo nomear um representante que serviria de interlocutor entre ele e a equipe médica, assegurando o estrito cumprimento das instruções prévias. Essas instruções prévias (declaração prévia de vontade para o fim da vida) devem ser obrigatoriamente de forma escrita, podendo ser revogadas a qualquer momento pela parte interessada (GODINHO, 2012, p. 959-960).

Outro país a legislar sobre a declaração prévia de vontade para o fim da vida foi o Reino Unido, onde, desde 2005, vigora a norma denominada “*Mental Capacity Act*”. A referida norma traz em seus artigos a permissão do indivíduo capaz, a faculdade de conferir a outrem a autoridade para decidir sobre seus cuidados médicos futuros ou, por conduta própria, decidir sobre a execução ou manutenção de tratamentos que digam respeito à sua saúde (GODINHO, 2012, p. 960).

No Uruguai, as diretivas antecipadas de vontade foram instituídas pela Lei nº: 18.473 de 2009. Essa Lei concede permissão aos indivíduos que estejam enfermos de uma patologia terminal, incurável ou irreversível de declarar autonomamente, de forma antecipada, sua negativa em submeter-se a terapias médicas que apenas prolongariam sua vida, em detrimento da sua qualidade. No entanto, esse indivíduo deve expressar antecipadamente sua vontade de forma livre, consciente e voluntária, devendo ser maior de idade e estando em perfeito estado mental (GODINHO, 2012, p.961).

Também na América Latina, a Argentina regulamentou a matéria em 2009, instituída pela Lei n. 26.529 de 21 de outubro de 2009. Mas, anteriormente à promulgação dessa lei, a província de Rio Negro positivou o instituto com a Lei n. 4.263 de dezembro de 2007. Logo, diz-se que esta é a primeira lei argentina, mesmo que provincial, a tratar especificamente sobre as diretivas antecipadas. Razão disso, já havia intensa produção doutrinária,

jurisprudencial e legislativa a respeito do instituto antes mesmo a instituição da lei de 2009 (DADALTO, 2013b, p.123-124).

Inúmeros outros países legislaram sobre a declaração prévia de vontade para o fim da vida, tais como, Austrália (1995), Espanha (2000 pelo Convênio de Oviedo), Suíça, Finlândia, Holanda, Hungria, Bélgica (2002), Espanha (2002), Inglaterra (2005), País de Gales (2005), França (2005), Áustria (2006), Alemanha (2009) e Portugal (2012) (DADALTO, 2013b, p.103-122).

Todos esses exemplos podem servir de inspiração para o Brasil, que poderá ter uma visão clara de quais são as vantagens e desvantagens deste instituto no Ordenamento Jurídico, do mesmo modo de quais os problemas que poderiam surgir a partir da sua implementação.

De acordo com o país e seu nascedouro a declaração prévia de vontade para o fim da vida tem por objetivo, conforme conceitua Roxana Borges (2001, p. 295-296), onde usa da expressão “testamento vital”:

O testamento vital é um documento em que a pessoa determina, de forma escrita, que tipo de tratamento ou não tratamento que deseja para a ocasião em que se encontrar doente, em estado incurável ou terminal, e incapaz de manifestar a sua vontade. Visa-se, com o testamento vital, a influir sobre os médicos no sentido de uma determinada forma de tratamento ou, simplesmente, no sentido do não tratamento, como uma vontade do paciente que pode vir a estar impedido de manifestar sua vontade em razão da doença.

No mesmo caminho Luciana Dadalto (2013c, p.89) defini a declaração prévia de vontade como sendo uma expressão usada para o documento, onde uma pessoa em pleno gozo de suas faculdades mentais, manifesta, *a priori*, seus desejos sobre suspensão de tratamentos extraordinários, a ser utilizado quando estiver diante de um diagnóstico de doença terminal, estado vegetativo permanente ou com uma doença crônica incurável e impossibilitado de manifestar sua vontade.

Em suma, tal instrumento viabiliza a concretização da manifestação de vontade do paciente quando este está impossibilitado de manifestar livre e conscientemente sua vontade em situação de fim de vida.

Assim, salienta-se que o documento deve ser redigido sob a supervisão de um médico de confiança da pessoa, lembrando que, para ter validade no Brasil, as disposições devem apenas versar sobre interrupção ou suspensão de tratamentos extraordinários, que visam prolongar a vida do paciente. Ademais, tratamentos como os cuidados paliativos, não podem ser recusados (TESTAMENTO VITAL, 2013).

Nesse sentido, a declaração prévia de vontade é uma forma de impedir que a obstinação terapêutica seja realizada quando esta é inútil para o tratamento do paciente, como ensina Penalva (2009, p. 527):

É imperioso verificar que o paciente terminal deve ser cuidado de modo digno, recebendo tratamentos ordinários para lhe amenizar o sofrimento e assegurar-lhe qualidade de vida, pois o ser humano tem outras dimensões que não somente a biológica, de forma a aceitar o critério da qualidade de vida significa estar a serviço não só da vida, mas também da pessoa.

Deste modo, entende-se que a relevância do tema torna-se indiscutível, pois refere-se ao direito de autonomia e liberdade do paciente em processo de fim de vida e o respeito à dignidade da pessoa humana deste. Com efeito, passa-se a discorrer sobre o tratamento jurídico do tema no Brasil.

3 O TRATAMENTO JURÍDICO DA DECLARAÇÃO PRÉVIA DE VONTADE PARA O FIM DA VIDA NO BRASIL: REFLEXÕES

No Brasil, ainda não existe uma norma legislativa que disponha do instituto das declarações prévias de vontade para o fim da vida. No entanto, não significa que não sejam válidas. Até o presente momento, constatou-se que a validade se consagra por meio de dois princípios ímpares: autonomia privada e dignidade humana.

Vale ressaltar que o direito à vida é tutelado pelo Diploma Constitucional, o qual dispõe o artigo 5º, *caput*: “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]”. O direito à vida está no ápice dos direitos fundamentais do indivíduo, e, nesse momento, faz-se necessária uma analogia entre o direito à morte e o direito à vida. Pensa-se que todos os indivíduos têm o direito de viver bem e dignamente, cada qual a sua maneira. Partindo dessa premissa, pode-se afirmar: se o direito à vida é tutelado pelo Diploma Constitucional Brasileiro e a morte faz parte da vida, então, o direito de morrer bem e dignamente estão garantidos pela Constituição Federal.

Por certo, a autonomia privada do paciente quando em estado de fim de vida é substancial e torna-se fundamental para a elaboração das declarações prévias de vontade. Desde 1980, no Brasil, os códigos de ética profissional tentam estabelecer uma relação entre os médicos e seus pacientes, com o intuito de ampliar o princípio da Autonomia Privada

dentro deste contexto. Para Beauchamp e Childress (2002, p. 146) “o paradigma básico da Autonomia na saúde, na política e em outros contextos é o consentimento informado e expresso”. Os autores afirmam que o consentimento possibilita a escolha autônoma do paciente dando-lhes proteção, ao mesmo tempo em que os profissionais médicos sentem-se encorajados a agir de forma responsável nas interações com o paciente (2002, p. 162).

Corroborando esse ensinamento Sá (2005, p. 35) entende que “o consentimento informado é elemento central na relação médico-paciente, sendo resultado de um processo de diálogo e colaboração, visando a satisfazer a vontade e os valores do paciente”.

Neste contexto o Código de Ética Médica dispõe no artigo 46 que o médico é proibido de efetuar qualquer procedimento sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente. Assim, entende-se que o consentimento informado está intimamente ligado à autonomia privada do paciente, pois o mesmo tem a possibilidade de manifestar a sua vontade de inúmeras maneiras.

Um ponto importante é que os médicos são guiados pelo princípio da Beneficência e da Não Maleficência, devem apenas fazer o bem para o paciente e não lhe causar dano algum. Aliás, o consentimento informado na assistência médica tem respaldo tanto no princípio constitucional da Dignidade da Pessoa Humana que está inserido no artigo 1º, inciso III, como na cláusula geral de liberdade que se encontra no artigo 5º, inciso II. Ambos são parte da Constituição Federal, onde se diz que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei”, ou seja, se a lei não proíbe um determinado comportamento, o indivíduo tem a autonomia para adotá-lo ou não (PITHAN, 2004, p. 109).

Nesse sentido, por mais que este tema ainda seja pouco discutido no Brasil e as dúvidas e controvérsias sejam de grande proporção, há quase duas décadas, já se falava em autonomia, dignidade e respeito ao ser humano quando paciente. Isso, visto que, em outubro de 1995, foi editada a Resolução nº 41/95 do CONANDA (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, órgão vinculado ao Ministério da Justiça). A Resolução nº 41 aprovou na íntegra o texto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Ela contém 20 itens, os quais dizem respeito aos direitos das crianças e dos adolescentes hospitalizados.

1. Direito à proteção a vida e à saúde com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação;
8. Direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando a sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário;
15. Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral;
19. Direito a ter seus direitos Constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, respeitados pelos hospitais, integralmente;

20. Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis (RIO GRANDE DO SUL, 1995). (grifo nosso)

Por esse motivo, aceitar o critério da qualidade de vida significa estar a serviço não só da vida, mas também da pessoa como um ser único, individualizado. Razão pela qual alguns doutrinadores, como Luciana Dadalto, afirmam que o enfermo pode apenas recusar os tratamentos extraordinários que buscam tão somente prolongar a vida, tendo respaldo do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Nesse sentido, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos reconheceu que, devido ao rápido avanço na ciência, a dignidade da pessoa humana e as liberdades fundamentais devem ser respeitadas ao serem utilizadas as novas tecnologias (BRASIL, 2005). Ainda, há a convicção da necessidade da comunidade internacional declarar princípios universais, que servirão de base para as respostas da humanidade aos crescentes dilemas e polêmicas que a ciência e a tecnologia trazem à espécie humana.

Ademais, foram proclamados e declarados os princípios que devem ser respeitados por todos, entre eles a dignidade humana e a autonomia:

Artigo 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos

1. A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados.

2. Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.

Artigo 5 – Autonomia e Responsabilidade Individual: A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses (BRASIL, 2005). (grifo nosso)

Antecipando-se ao Poder Legislativo Brasileiro, o Conselho Federal de Medicina, em novembro de 2006, editou a Resolução nº: 1.805, que trazia disposições acerca das condutas médicas ao tratar pacientes com enfermidades graves e incuráveis em processo de fim de vida:

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 (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

O objetivo desta Resolução foi garantir os cuidados paliativos aos pacientes em processo de final de vida. Dessa forma, garantiam-se a esses pacientes os cuidados

necessários para o alívio dos sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, com respeito à autonomia da vontade do paciente ou do seu representante legal. Com isso, incentivava-se a prática da ortotanásia, bem como o resguardo da ação dos médicos, de modo que não fossem responsabilizados por praticar eutanásia – ou mesmo homicídio.

Ressalta-se que a validade dessa Resolução teve sua vigência suspensa, por decisão interlocutória, após o pedido do Ministério Público Federal, por meio do Procurador dos Direitos do Cidadão do Distrito Federal, de ajuizar uma ação civil pública na 14ª Vara da Justiça Federal. Em dezembro de 2010, a liminar foi revogada e a Resolução voltou a vigorar, autorizando a prática da ortotanásia no Brasil (RIO GRANDE DO SUL, 2010).

Os doutrinadores Volnei Garrafa e Léo Pessini (2003, p.403) ilustram os objetivos da Resolução nº: 1.805/06, nos seguintes termos:

De um lado temos a esperança de recuperação, de cura terapêutica, enfim, de vidas que são salvas. Mas por outro essas mesmas técnicas podem prolongar biologicamente vidas com morte constatada ou decretada sem acrescentar nada em termos de qualidade de vida humana. Numa perspectiva distanásica, pode-se conservar a vida biológica de quem está em morte cerebral [...] Nesta perspectiva não é necessário investir em todas as circunstâncias o máximo para conservar a vida biológica, quando se tem a certeza de que a cura não é mais possível. A vida meramente biológica não significa necessariamente vida humana. O melhor a ser feito eticamente nestas circunstâncias é deixar a pessoa morrer com dignidade e elegância sem intervir agressivamente para prolongar a agonia, adiando a morte inevitável.

O Código de Ética Médica atual autoriza a ortotanásia e recomenda aos profissionais da área médica evitar exames ou tratamentos desnecessários em pacientes em estado terminal. Aconselha também a adoção de cuidados paliativos que reduzam o sofrimento do enfermo, posicionando-se a favor da ortotanásia em detrimento da distanásia. O parágrafo único do artigo 41 demonstra especificamente a promoção dos cuidados paliativos e o respeito à autonomia de vontade do paciente:

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (VIEIRA, 2012, p.25).

A sociedade entrou em debate novamente após o Conselho Federal de Medicina editar em 2012 a Resolução 1.995, que trouxe a possibilidade da pessoa escolher o seu próprio destino caso fosse acometida por alguma doença ou situação em que ficasse impossibilitado

de optar. Ou seja, a Resolução dispõe especificamente sobre as diretivas antecipadas de vontade – declaração prévia de vontade para fim da vida – dos pacientes. Ela permite ao paciente registrar a sua vontade expressamente na ficha médica ou no prontuário (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

Essa resolução representa um grande avanço, tendo em vista a necessidade de regulamentação sobre as declarações prévias de vontade para o fim da vida, no que tange a ética médica. Porém, em janeiro de 2013, o Ministério Público Federal de Goiás ajuizou a Ação Civil Pública (GOIÁS, 2013a), com a finalidade de ver declarada a inconstitucionalidade da resolução n. 1.995/2012 do CFM. Como a decisão liminar reconheceu a resolução como constitucional (GOIÁS, 2013b), foi interposto o agravo de instrumento (GOIÁS, 2013c). Um ano mais tarde, o agravo continuava concluso no gabinete do desembargador relator. Todavia, em 02 de abril de 2014, como o processo não estava suspenso em primeira instância, o juiz proferiu a sentença e reconheceu a constitucionalidade da Resolução 1.995/12 do CFM (GOIÁS, 2014).

Porém, algumas observações foram feitas na sentença pelo Magistrado, como: as diretivas antecipadas de vontade valem para qualquer paciente que venha a ficar impossibilitado de manifestar sua vontade; há a necessidade de legislação sobre o tema; orienta-se que a família do paciente e o Poder Público podem buscar o Poder Judiciário se tiverem alguma objeção às diretivas antecipadas do paciente e também se quiserem responsabilizar os profissionais de saúde por eventual ilícito – decisão que corrobora o fundamento da declaração prévia de vontade no princípio da autonomia privada e dignidade humana; entendeu-se, ainda que, como o CFM não determinou nenhuma forma especial para manifestação de vontade – apenas que o médico registrasse a vontade no paciente no prontuário –, conforme os artigos 104 e 107 do Código Civil, pode-se declarar sua vontade das formas já estabelecidas no Direito Brasileiro.

Ao analisar essa sentença, percebe-se que a decisão foi assertiva ao que tange o reconhecimento do respeito à vontade do paciente que encontra-se em final de vida. Entretanto, nota-se, no Brasil, a falta de conhecimento sobre o instituto, pelo Poder Judiciário. A sentença não diferencia as diretivas antecipadas de vontade das declarações prévias de vontade para o fim da vida, o que os faz entender como sinônimos. Essa seria uma oportunidade para o Judiciário diferenciar tais institutos, conceituando-os corretamente. Por fim, resoluções não têm força de lei, mas servem como norte para a edição de uma legislação específica no Ordenamento Jurídico Brasileiro (GOIÁS, 2014).

No final do ano passado, foi proferido o primeiro acórdão no Brasil, que analisou, diante do caso concreto, as declarações prévias de vontade para o fim da vida. A jurisprudência analisada foi julgada no dia 20.11.2013 pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma Apelação Cível interposta pelo Ministério Público em face de decisão que indeferiu o pedido de alvará judicial para suprimimento da vontade do idoso João Carlos Ferreira. O idoso em questão tinha 79 anos, era usuário-morador do Hospital Colônia Itapuã e encontrava-se em processo de necrose do pé esquerdo, negando-se a se submeter ao procedimento cirúrgico para amputação do membro, mesmo que salvasse a sua vida. Diante à negativa do paciente, o médico buscou auxílio do Ministério Público, com intuito de fazer a cirurgia mutilatória mediante autorização judicial, a fim de salvar a vida do paciente (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

O Ministério Público utilizou-se do artigo 5º, *caput* da Constituição Federal:

[...] deve-se reconhecer a prevalência do direito à vida, indisponível e inviolável em face da Constituição Federal, a justificar a realização do procedimento cirúrgico, mesmo que se contraponha ao desejo do paciente, uma vez que reflete o próprio direito à sua sobrevivência frente à doença grave que enfrenta [...].

No entanto, o paciente está protegido pelo mesmo artigo, com uma interpretação diferente: nesse caso, o direito à vida, garantido no artigo 5º, *caput*, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 2º, inciso III, ambos da Constituição Federal, onde a sua vontade deve ser respeitada, ou seja, vida com dignidade ou razoável qualidade.

Nesse sentido, em decisão de 1º grau o pedido foi julgado improcedente com o argumento: “não se trata de doença recente e o paciente é pessoa capaz, tendo livre escolha para agir e, provavelmente, consciência das eventuais consequências, não cabendo ao Estado tal interferência, ainda que porventura possa vir a ocorrer o resultado morte”. Em decisão de 2º grau o recurso de apelação foi desprovido, com o entendimento de que o idoso tinha feito uso de uma declaração prévia de vontade para o fim da vida e que estava de acordo com a Resolução 1.995/2012 do CFM, e ainda, o direito a recusar-se à cirurgia mutilatória encontrava respaldo constitucional, para tanto deveria ser respeitada a autonomia privada do paciente (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Verificou-se a confusão conceitual do Poder Judiciário, tanto na decisão de 1º grau como na de 2º. No tocante do acórdão, infelizmente, não se tratava de declaração prévia de vontade, mas sim de uma manifestação de recusa de tratamento, pois o paciente não se encontrava em processo de fim de vida.

Nesse sentido, evidenciou-se a necessidade da edição de uma lei específica e uma padronização conceitual a respeito do tema, para que a confusão do Poder Judiciário não volte a ocorrer – o que já se está tornando recorrente. Além disso, a legislação serviria para esclarecer os procedimentos de registro das declarações prévias de vontade para o fim da vida, a capacidade do outorgante e a existência ou não de prazo de validade.

Para finalizar esse capítulo salienta-se que a partir do estudo desenvolvido constatou-se que existe uma proposta de projeto de lei para instituir as diretivas antecipadas no Brasil, desenvolvida pela doutrinadora Luciana Dadalto (DADALTO, 2013c, p. 195-199).

CONCLUSÃO

A partir do estudo desenvolvido para a elaboração deste artigo, constatou-se que as declarações prévias de vontade para o fim da vida mostraram-se como expressão máxima de respeito à autonomia do paciente em fim de vida, garantindo-lhe uma morte digna. Esta, por sua vez, garantida constitucionalmente por meio dos princípios da Dignidade da Pessoa Humana e Autonomia Privada. Dessa forma, faz-se necessária a edição de uma norma que verse especificamente acerca desse novo instituto. Ademais, evidenciou-se o pouco preparo do Poder Judiciário em tratar das declarações prévias de vontade – apesar de seu posicionamento favorável com relação ao tema, ao reconhecer a autonomia do paciente.

Ao analisarem-se as resoluções do CFM e os fundamentos dos princípios constitucionais que permeiam o tema, verificou-se que, embora inexista legislação específica no país, a validade das declarações prévias de vontade para o fim da vida consolida-se por meio da interpretação das normas constitucionais e infraconstitucionais.

Confirmou-se, pelo presente estudo, que o paciente em situações de fim de vida deve ser tratado de modo digno, recebendo, se for sua vontade, apenas os cuidados paliativos. Tanto porque investir terapêuticamente para curar diante da morte iminente e inevitável é uma agressão à pessoa.

A partir disso, observou-se que os novos recursos tecnológicos da área médica acabam por prolongar o sofrimento do paciente em fim de vida, de uma forma desproporcional e ineficaz. Isso, com o entendimento de que tais medidas não trazem nenhum benefício e poderiam ser rejeitadas anteriormente pelo paciente em sua terminalidade.

Dessa forma, constatou-se que a prática da ortotanásia proporciona dignidade ao enfermo. A vida seguirá o seu ciclo natural e, quando possível – em vez de um quarto repleto

de aparelhos médico-tecnológicos –, o paciente pode ter a possibilidade de chegar a terminalidade de sua vida perto de seus familiares, recebendo conforto, carinho e cuidados.

Respeito à dignidade, conclui-se, é imprescindível à proteção dos direitos humanos. Ela encontra expressão na individualidade de cada ser. Nesse sentido, a promoção do exercício pleno da autonomia passa a ser um dos princípios da discussão bioética. Além disso, é nesse contexto que a declaração prévia de vontade para o fim da vida busca a sua validade no Ordenamento Jurídico Brasileiro, tendo em vista o respeito e a amplitude da autonomia privada do paciente. Só assim, sua vontade e suas escolhas serão ouvidas e executadas no fim da sua vida.

Para apontar uma solução para problemática da edição de norma específica sobre o tema, salienta-se que já existe uma proposta de lei para instituir as diretivas antecipadas de vontade no Brasil, apresentada pela doutrina estudada. As diretivas antecipadas não foram o foco deste estudo. Entretanto, como as declarações prévias de vontade para o fim da vida são espécies desse gênero, acredita-se que a proposta é válida e necessária.

Esclarece-se ainda que no estudo desenvolvido, optou-se pela nomenclatura “declaração prévia de vontade para o fim da vida”. Acredita-se válido esclarecer a iniciativa da Dra. Luciana Dadalto, de indicar – sugerir – uma expressão diversa da atualmente conhecida “Testamento Vital”: quando se fala nesta denominação, somos remetidos a pensar no instituto do testamento, que no Brasil é um negócio jurídico unilateral, personalíssimo, solene, gratuito, revogável, com disposições patrimoniais e extrapatrimoniais, de eficácia *causa mortis*. A declaração prévia de vontade para o fim da vida também é um negócio jurídico, já que trata de declaração de vontade privada destinada a produzir efeitos que o agente pretende e o direito reconhece. Também é unilateral, personalíssimo, gratuito e revogável – porém, distancia-se do testamento quanto à produção de efeitos *post mortem*.

Assim, o instituto da declaração prévia de vontade para o fim da vida não pode ser considerado como a última vontade do indivíduo, uma vez que serve para indicar os tratamentos e não tratamentos os quais o paciente gostaria, ou não, de ser submetido se em estado de terminalidade.

Dito isso, tem-se que os objetivos traçados para o presente artigo foram satisfeitos, uma vez que enfrentou-se a temática das declarações prévias de vontade numa perspectiva de implementação para o Ordenamento Jurídico Brasileiro, evidenciando a sua relevância e apontando-se dificuldades no tratamento do tema pelo próprio poder judiciário. Enfocando-se também, a validade e necessidade da normatização do instituto das declarações prévias de vontade para o fim da vida como expressão de respeito ao exercício da cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **O que são cuidados paliativos?** 2012. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>>. Acesso em 02 nov.2013.

BARROSO, Luís Roberto. Fundamentos teóricos e filosóficos do novo direito constitucional brasileiro (Pós-modernidade, teoria crítica e pós-positivismo). **Revista Diálogo Jurídico**, Salvador, CAJ - Centro de Atualização Jurídica, v. I, n.º. 6, setembro, 2001. Disponível em: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

BEAUCHAMP, Tom L., CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. 4 ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (org.). **Biodireito: Ciência da vida, os novos desafios**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001, p. 283-305.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 10 out. 2013.

_____. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2005. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso em 09 nov. 2013.
DADALTO, Luciana. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). Artigo. In: **Revista de bioética y derecho: publicación del Máster en bioética y derecho, 2013a, Issue 28, p.61-71**. Barcelona. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br/>>. Acesso em 12 out. 2013.

_____. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. **Revista de Bioética**. vol. 21, n.º 1, 2013b, p. 106-112. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/791/861>. Acesso em 10 mar. 2014.

_____. **Testamento Vital**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Lumem Juris, 2013c.
DIAS, Maria Berenice. **Manual de Direito das Famílias**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

_____. _____. 8 ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

FIGUEIREDO, Marco Tullio de Assis (colab.). **O que são cuidados paliativos?** Instituto Oncoguia. Jun. 2012. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-que-sao-cuidados-paliativos/280/358/>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FREITAS, Maria Emília de. Diretivas antecipadas da vontade: o respeito à vontade do paciente em fase de terminalidade. Artigo. In: DADALTO, Luciana (coord.). **Diretivas antecipadas de vontade: ensaios sobre o direito à autodeterminação**. Belo Horizonte: Letramento, 2013, p. 99-114.

GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo. **Bioética: Poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, 2002.

GODINHO, Adriano Marteleto. **Diretivas Antecipadas de Vontade**: Testamento Vital, Mandato Duradouro e sua Admissibilidade no Ordenamento Brasileiro. Lisboa, 2010. Disponível em: <http://www.idbfdul.com/uploaded/files/2012_02_0945_0978.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013. GOIÁS. Justiça Federal Seção do Estado de Goiás. Tribunal Regional Federal da Primeira Região. **Petição Inicial. Ação Civil Pública. Ministério Público Federal em face de Conselho Federal de Medicina (Resolução 1995/12), em janeiro de 2013a**. Disponível em: <http://www.testamentovital.com.br/sistema/arquivos_legislacao/inicial%20ACP%20testamento%20vital.pdf>. Acesso em 10 abr. 2014

_____. Justiça Federal Seção do Estado de Goiás. Tribunal Regional Federal da Primeira Região. **Decisão liminar. Ação Civil Pública. Ministério Público Federal e Conselho Federal de Medicina (Resolução 1995/12), em março de 2013b. Juiz Federal Jesus Crisóstomo de Almeida**. Disponível em: <http://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?proc=10398620134013500&secao=GO&pg=1&trf1_captcha_id=497c1b4b132933537cf11e6fe5752055&trf1_captcha=5wpk&enviar=Pesquisar>. Acesso em 20 maio 2014.

_____. Justiça Federal Seção do Estado de Goiás. Tribunal Regional Federal da Primeira Região. **Agravo de Instrumento. Ação Civil Pública. Ministério Público Federal e**

Conselho Federal de Medicina (Resolução 1995/12), em abril de 2013c. Juiz Federal Jesus Crisóstomo de Almeida. Disponível em:

http://www.testamentovital.com.br/sistema/arquivos_legislacao/agravo%20de%20instrumento%20resolucao%20CFM%201995.pdf

_____. Justiça Federal Seção do Estado de Goiás. Tribunal Regional Federal da Primeira Região. **Sentença. Ação Civil Pública. Ministério Público Federal e Conselho Federal de Medicina (Resolução 1995/12), em 21/02/2014; Juiz Federal Substituto Eduardo Pereira da Silva.** Disponível em:

<http://testamentovital.com.br/sistema/arquivos_legislacao/senten%C3%A7a%20ACP%20testamento%20vital.pdf>. Acesso em 30 abr. 2014.

MARTIN, Leonard M. **Eutanásia e distanásia.** In: FERREIRA, Sérgio Ibiapina et al. (coord.). **Iniciação à bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 171-192. Disponível em:

<<http://www.cro-rj.org.br/fiscalizacao/etica%20principios%20de%20bioetica.pdf>>. Acesso em 29 abr. 2014.

MEIRELES, Rose Maria Vencelau; NEVARES, Ana Luiza Maia. Apontamento sobre o Direito de Testar. In: BARBOZA, Heloisa Helena; MENEZES, Rachel Aisengart; PEREIRA, Tânia da Silva (Coord.). **Vida, morte e dignidade humana.** Rio de Janeiro: GZ, 2010.

NITRINI, Ricardo. **Demência.** Entrevista. Disponível em:

<<http://drauziovarella.com.br/envelhecimento/demencias/>>. Acesso em 04 jun. 2014.

NUNES, Rizzatto. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência.** 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

PENALVA, Luciana Dadalto. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. **Revista Bioética.** vol.17 , n.º 3, 2009, p. 523-543. Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/515/516>. Acesso em 10 abr. 2014.

PEREIRA, Rodrigo da Cunha. **Princípios Fundamentais Norteadores do Direito de Família.** Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

PESSINI, Leocir. **Morrer com dignidade: Até quando manter a vida artificialmente?** São Paulo: Santuário, 1990.

_____. **Bioética: um grito por dignidade de viver**. São Paulo: Paulinas, 2006.

PITHAN, Livia Haygert. **A dignidade humana como fundamento jurídico das ordens de não-ressuscitamento**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 41 de 17 de outubro de 1995** – CONANDA (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente). Dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id2178.htm>>. Acesso em 03 nov. 2013

_____. **Resolução nº 1.805/2006**. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em 03 abr. 2014.

_____. Poder Judiciário, Seção Judiciária do Distrito Federal. **Sentença. Processo nº: 2007.34.00.014809-3, Décima Quarta Vara da Justiça Federal, DF. Juiz: Roberto Luis Luchi Demo. Julgado em 1º/12/2010**. Disponível em: <<http://s.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>>. Acesso em 20 abr. 2014.

_____. **Resolução nº 1.995/2012**. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em 22 abr. 2014.

_____. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível Nº 70054988266, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Des. Irineu Mariani, Julgado em 20/11/2013**. Disponível em: <http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_acordaos.php?Numero_Processo=70054988266&code=6508&entrancia=2&id_comarca=700&nomecomarca=Tribunal%20de%20Justi%20E7a&orgao=TRIBUNAL%20DE%20JUSTI%20C7A%20-%201.%20CAMARA%20CIVEL>. Acesso em: 10 abr. 2014.

ROCHA, Andréia Ribeiro da; BUONICORE, Giovana Palmieri; SILVA, Anelise Crippa;

PITHAN, Livia Haygert; FEIJÓ, Anamaria Gonçalves dos Santos. Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. Artigos de Atualização. **Revista Bioética**, vol.21, n.º 1, 2013, p. 84-95. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/790/859>. Acesso em 29 abr. 2014.

RÖHER, Anderson. **O Paciente Terminal e o Direito de Morrer**. Rio de Janeiro: Luen Juris, 2004.

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

SANTOS, Franklin Santana (org.). **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009.

SIQUEIRA, José Eduardo de (org); colaboradores: PROTA, Leonardo; GRANGE, Luciana; ARANTES, Olivia Marcia Nagy. **Ética, ciência e responsabilidade**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2005.

TESTAMENTO VITAL. **Diretivas antecipadas**. 2013. Disponível em: <<http://testamentovital.com.br/testamentovital.php>>. Acesso em 13 abr. 2014.

VIEIRA, Jair Lot (supervisão editorial). **Código de ética médica e normas complementares: código de ética: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009; Código de processo ético-profissional: Resolução nº 1.897, de 17 de abril de 2009**. 2ª Ed. São Paulo: EDIPRO, 2012.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do fim de vida**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.