

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: POSSIBILIDADES NO DIREITO BRASILEIRO¹

DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS: POSIBILIDADES EN EL DERECHO BRASILEÑO

ADVANCE DIRECTIVES: POSSIBILITIES IN THE BRAZILIAN LAW

Amanda Barbosa

1 – Introdução. 2 - Considerações sobre o direito à morte digna. 3 - Ortotanásia e terminalidade da vida. 4 - Diretivas antecipadas de vontade e exercício da autonomia. 5 - Considerações finais. Referências.

1 - INTRODUÇÃO

Os avanços da técnica médica têm apresentado à Bioética e ao Biodireito novos objetos de reflexão. Dentre eles, estão as mudanças provocadas no processo de morte pela possibilidade de prolongamento artificial da vida. Antes, o evento morte era encarado com naturalidade, vivido no seio familiar. Hodiernamente, as funções vitais do organismo podem ser mantidas e estimuladas para além dos limites naturais. Este cenário dá margem à obstinação terapêutica, além de excluir o doente de sua própria morte, quase sempre vivida no isolamento das unidades de terapia intensiva.

Diante disso, ter-se-á como objetivo apresentar as diretivas antecipadas de vontade como instrumento que viabiliza o respeito à autonomia do paciente em estado terminal. O paciente, ainda dotado de autonomia e capacidade de autodeterminação, poderá decidir quais tratamentos ou procedimentos deverão ou não ser realizados quando se encontrar em estado terminal e não tiver mais condições de manifestar a sua vontade, podendo definir outras questões relacionadas a este momento, como se verá. Com a projeção de sua vontade para o futuro preserva-se o exercício de sua autonomia e o direito à morte digna.

Para tanto, serão objetos de análise o direito à morte digna, com destaque à sua intrínseca ligação com a dignidade humana, as possíveis condutas que se apresentam diante da terminalidade da vida, notadamente a ortotanásia, e as diretivas antecipadas de vontade, passando-se por sua origem no direito norte-americano, esclarecimentos terminológicos e análise crítica do estado da arte no Brasil.

¹ Artigo publicado na obra coletiva "Novos direitos, sociedade e constitucionalismo: reflexões contemporâneas no cenário crítico", Editora da FURG, 2015.

2 - CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIREITO À MORTE DIGNA

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) elevou a dignidade da pessoa humana à condição de fundamento do Estado Democrático de Direito. Seu destaque e notabilidade enquanto vetor valorativo fundamental do texto constitucional parece não ter sido acompanhada de uma reflexão adequada sobre o seu conteúdo. Seu uso indiscriminado por advogados, juízes e acadêmicos faz parecer que a expressão tudo justifica. Falta uma maior ponderação sobre o seu conceito e sua devida localização no sistema jurídico brasileiro².

Barretto, partindo da moral kantiana, aduz que o conteúdo da dignidade se desdobra em duas máximas: “não tratar a pessoa humana como simples meio e assegurar as necessidades vitais da pessoa humana”. Da primeira máxima extrai-se impedimento à reificação do ser humano, bem como o seu tratamento como peças destacáveis ou materiais biológicos. A segunda máxima, por sua vez, exige que o ser humano seja tratado como a conjunção de corpo e espírito, cujas necessidades básicas devem ser atendidas para que não seja submetido a situações de sujeição e degradação³. Nesse contexto, merece destaque os cuidados relativos à saúde do paciente terminal.

Pode-se dizer que a natureza jurídica da dignidade é a de um dever ou encargo, na medida em que ela impõe limites ao exercício da liberdade individual. Seu conteúdo deve nortear, de forma absoluta, as relações interindividuais e as relações entre a coletividade e os indivíduos. Dela parte a exigência do reconhecimento de direitos subjetivos, constituindo-se fonte legitimadora de todos os direitos fundamentais⁴, dentre eles o denominado direito à morte digna.

Apesar das dificuldades (ou até mesmo impossibilidade) de se chegar a um conceito de dignidade da pessoa humana, por se tratar de um termo vago, axiologicamente aberto e de conteúdo polissêmico, Sarlet propõe uma aproximação de seu conteúdo.⁵ Embora ela não possa ser conceituada de maneira fixista, o que seria incompatível com o pluralismo e a diversidade de valores típicos das sociedades democráticas contemporâneas, considera-se que deve haver um esforço na busca de um conceito jurídico-normativo cuja definição alcance pleno sentido e operacionalidade em face do caso concreto, ainda que em permanente processo de construção e desenvolvimento, evitando-se a sua aplicação voluntarista⁶.

Para o autor, a dignidade é limite e tarefa dos poderes estatais e da comunidade em geral, assumindo uma dimensão defensiva e prestacional. Ela se manifesta, simultaneamente: a) na expressão da autonomia da pessoa humana, notadamente na tomada de decisões essenciais a respeito da própria existência; b)

² BARRETO, Vicente de Paulo. *O fetiche dos direitos humanos e outro temas*. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013. p. 63-64.

³ Ibid. p. 75.

⁴ Ibid. p. 76.

⁵ Cf. SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 9 ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011. p. 73.

⁶ Id. Dignidade da pessoa humana. In: BARRETO, Vicente de Paulo (Coord.) *Dicionário de filosofia do direito*. São Leopoldo: Unisinos, 2006. *passim*.

na necessidade de proteção por parte da comunidade e do Estado, especialmente quando fragilizada. Sua perspectiva assistencial poderá prevalecer em relação à dimensão autonômica, sempre que faltem as condições para uma decisão própria e responsável⁷.

A dignidade humana é uma pré-condição. Não é um atributo outorgado pela ordem jurídica, mas antes uma qualidade inerente ao ser humano que não admite gradação⁸. Em muitas situações enfrentadas pela Bioética, dentre elas a que será objeto de análise neste trabalho, parece haver um conflito entre a dignidade e a liberdade. Contudo, como bem avalia Andorno, esse conflito é aparente, pois a liberdade encontra na dignidade a sua margem de legitimidade⁹.

Deve-se destacar que, apesar da imbricação entre dignidade e autonomia, contrariamente a Macklin – para quem a noção de dignidade humana é um conceito inútil para a ética médica, pois seu conteúdo seria o mesmo do respeito à autonomia do paciente¹⁰ – uma noção não se reduz à outra. Caso as duas noções tivessem o mesmo conteúdo, chegar-se-ia à conclusão absurda de que indivíduos sem autonomia não possuiriam dignidade, como recém-nascidos e pessoas afetadas por transtornos mentais graves. Além disso, existem decisões autônomas que, por irem de encontro à dignidade, não são consideradas legítimas tanto pela Bioética quanto pelo Direito. Pode-se dizer que a dignidade fixa o marco dentro do qual as decisões ganham legitimidade¹¹.

Somente no âmbito da relação entre dignidade e direitos humanos¹² que os seus conteúdos podem ser devidamente concretizados e tornados operativos, aptos a produzir as necessárias consequências na esfera jurídica¹³. Tem-se que o direito à morte digna decorre precipuamente da dignidade humana, assumindo o *status* de direito fundamental na medida em que encontra amparo na CRFB/88¹⁴.

A menção a um direito à morte com dignidade e autonomia adveio da sensibilização com a situação do paciente terminal exposto a tratamentos que apenas prorrogam o momento da sua morte sem lhe trazer benefícios, circunstância denominada obstinação terapêutica ou distanásia. Morrer com dignidade relaciona-

⁷ SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana. In: BARRETTO, Vicente de Paulo (Coord.) *Dicionário de filosofia do direito*. São Leopoldo: Unisinos, 2006. p. 219-220.

⁸ JUNGES, José Roque. *Bioética: perspectivas e desafios*. São Leopoldo: Unisinos, 1999. p. 110.

⁹ ANDORNO, Roberto. “Liberdade” e “Dignidade” da pessoa: dois paradigmas opostos ou complementares na Bioética? In: COSTA-MARTINS, Judith; MÖLLER, Letícia Ludwig (Org.). *Bioética e responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 91-92.

¹⁰ Cf. MACKLIN, Ruth. Dignity is a useless concept. *British Medical Journal*, London, v. 327, 20-27 dez. 2003. p. 1.419-1.420. Disponível em: <http://www.management.wharton.upenn.edu/raff/documents/2009/Macklin_BMJ.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2013.

¹¹ ANDORNO, op. cit., p. 90-91.

¹² Enquanto os direitos humanos se referem ao homem enquanto indivíduo, representando historicamente a defesa da liberdade em face do poder estatal, a dignidade humana constitui a essência da humanidade, verdadeiro escudo contra a barbárie e risco de desumanização criado pelo desenvolvimento da tecnociência e da economia de mercado. BARRETTO, Vicente de Paulo. *O fetiche dos direitos humanos e outro temas*. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013. p. 65-66.

¹³ SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 9 ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011. p. 73.

¹⁴ MÖLLER, Letícia Ludwig. *Direito à morte com dignidade e autonomia*. Curitiba: Juruá, 2007. p. 137-147.

se à ideia de morrer em paz, no momento certo, com integridade física e espiritual, com conforto e alívio da dor e sofrimento¹⁵.

De acordo com Jonas, ninguém tem o direito nem a obrigação de impor tais circunstâncias a um indivíduo, mantendo-o preso a uma vida que não considera mais digna de ser vivida. O direito de morrer, nesse contexto, é tão inalienável quanto o direito a viver. Ele deve ser acompanhado, no entanto, da consciência concreta da iminência do evento morte, de forma que tal decisão só poderá ser tomada se precedida pelas informações e esclarecimentos devidos. Tanto o viver como o morrer não podem ser transformados em uma obrigação incondicional. Deve-se questionar, portanto, a extensão do dever médico nessas circunstâncias, até porque muitas vezes o médico se sente coagido a agir em direção ao prolongamento artificial da vida do paciente, seja pela ética profissional, seja pelo temor de sofrer responsabilizações. Certo é que o direito à morte digna decorre e compõe o próprio direito à vida, o qual está, a rigor, no cerne destas reflexões¹⁶.

Quando o paciente terminal encontra-se consciente e capaz de manifestar a sua vontade, não há dúvidas de que a sua decisão sobre o curso do tratamento dentro daquilo que compreende como morte digna deve ser respeitada pelo médico e por sua família. Contudo, também os pacientes cujos estados de inconsciência e incapacidade sobrevêm a um estado anterior de autonomia podem, nesse período, ter formado posicionamento acerca da morte e do modo como gostariam de enfrentá-la¹⁷. Nesse âmbito, as diretivas antecipadas de vontade se apresentam como mecanismo capaz de possibilitar a manifestação dessa vontade. Antes de apresentar o instituto, fazem-se necessárias considerações sobre as transformações provocadas pela tecnologia no processo de morte.

3 - ORTOTANÁSIA E TERMINALIDADE DA VIDA

Jonas observa que as mudanças no agir humano provocadas pela técnica moderna implicam necessariamente numa modificação da Ética. Antes, a técnica era eticamente neutra, produzindo intervenções superficiais na natureza e tendo como móvel o atendimento das necessidades humanas. Na atualidade, ela assume proporções tais que deixa de representar tão só uma necessidade para também ser encarada como o maior empreendimento humano. Seus reflexos, além do presente, podem atingir o futuro¹⁸.

As formulações éticas pautadas na imediaticidade, a exemplo da Ética kantiana, permanecem válidas no seu próprio domínio, contudo, os novos limites do agir humano proporcionados pelo desenvolvimento da técnica demandam uma Ética de previsão e de responsabilidade compatível com a projeção das ações para o

¹⁵ MÖLLER, Leticia Ludwig. *Direito à morte com dignidade e autonomia*. Curitiba: Juruá, 2007. p. 95.

¹⁶ JONAS, Hans. *Técnica, medicina y ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona: Paidós, 1997. *passim*.

¹⁷ MÖLLER, op. cit., p. 101.

¹⁸ JONAS, Hans. *O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Tradução do original alemão Marijane Lisboa, Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro: Contraponto: PUC-Rio, 2006. Cap. I, p. 47.

futuro. Deve-se ressaltar que o próprio homem se tornou objeto da técnica, o que se deu no desenvolvimento de possibilidades de prolongamento artificial da vida¹⁹.

De acordo com Borges, a distanásia é expressão da obstinação terapêutica, da manutenção da vida a qualquer custo, prolongando-se o processo de morte artificialmente, sem que as intervenções representem uma melhor qualidade de vida ao paciente ou reais expectativas de reversão do quadro de terminalidade²⁰. Trata-se de prática eticamente reprovável, pois instrumentaliza o homem, reduzindo-o à sua dimensão biológica²¹. Há divergências quanto ao seu enquadramento jurídico. Para Almeida, embora a distanásia encontre amparo legal, é prática eticamente inaceitável²². Villas-Bôas, por sua vez, entende que a distanásia pode representar lesão à integridade física do paciente, bem como cerceamento de sua liberdade, sempre que realizada à sua revelia, como forma de obter vantagens econômicas ou por vaidade profissional²³.

A ortotanásia é conduta diametralmente oposta, na medida em que representa a abstenção da realização de tratamentos extraordinários, suspendendo-se o esforço terapêutico para que se permita que a morte siga o seu caminho natural. Trata-se de prática de cunho terapêutico, que garante dignidade ao paciente em estado terminal²⁴. A conduta é considerada atípica em relação ao Código Penal (CP).

A ortotanásia não se confunde com a eutanásia, embora muitas vezes seja difícil diferenciá-las quando se está diante de um caso concreto. A eutanásia se refere à antecipação consentida da morte de paciente acometido por doença incurável, que se encontra em estado terminal e passando por forte sofrimento, medida motivada por um sentimento de compaixão ou piedade em relação ao enfermo²⁵. A doutrina costuma classificar a eutanásia, quanto à conduta médica, em ativa, quando praticado ato comissivo, ou passiva, se o médico não inicia ou suspende um tratamento. A eutanásia ativa ainda pode ser direta ou indireta²⁶, de acordo com a presença ou não da intenção de se abreviar a vida do paciente²⁷.

Jonas acredita que a eutanásia é prática incompatível com o sentido mais íntimo da ética médica, que nunca poderá atribuir ao profissional a função de

¹⁹ JONAS, Hans. *O princípio responsabilidade*: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Tradução do original alemão Marijane Lisboa, Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro: Contraponto: PUC-Rio, 2006. Cap. I, p. 57.

²⁰ BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. *Direitos de personalidade e autonomia privada*. 2. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2007. p. 236.

²¹ JUNGES, José Roque. *Bioética*: perspectivas e desafios. São Leopoldo: Unisinos, 1999. p. 183.

²² ALMEIDA, Antonio Jackson Thomazella de. A ortotanásia e a lacuna legislativa. In: AZEVEDO, Álvaro Villaça; LIGIERA, Wilson Ricardo (Coord.). *Direitos do paciente*. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 456.

²³ VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico penal do final de vida. Rio de Janeiro: Forense, 2005. p. 74.

²⁴ DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 35.

²⁵ BORGES, op. cit., p. 235.

²⁶ A rigor, a eutanásia indireta ou de duplo efeito não deve receber o mesmo tratamento jurídico. O *animus* não reside na provocação da morte do paciente a pedido deste e por sentimento de piedade, mas sim no fornecimento de cuidados básicos, a exemplo da redução da dor, que termina por acelerar o processo de morte como efeito secundário. JONAS, Hans. *Técnica, medicina y ética*: sobre la práctica del principio de responsabilidad. Barcelona: Paidós, 1997. p. 168.

²⁷ SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. *Autonomia para morrer*: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade. Belo Horizonte: Del Rey, 2012. p. 89.

provocar a morte, ainda que a pedido do paciente²⁸. Nessa esteira, Junges a considera negação da pessoa como fim em si mesmo²⁹. No Brasil, a prática da eutanásia vem sendo identificada como homicídio doloso privilegiado (art. 121, § 1º do CP), pela presença de motivo de relevante valor moral³⁰. Também no Código de Ética Médica (CEM) a eutanásia conta com vedação expressa, como se vê em seu artigo 41: “É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”³¹.

Por se tratar de uma conduta omissiva, a ortotanásia pode ser confundida com a eutanásia passiva em determinadas circunstâncias. A principal distinção entre tais figuras reside na natureza do tratamento que é suspenso ou interrompido: a eutanásia passiva representa a cessação de tratamentos ordinários, que trariam benefícios ao quadro de saúde do paciente terminal, enquanto a ortotanásia apenas afasta os tratamentos extraordinários e fúteis, que representam uma agressão desproporcional ao benefício que dela pode advir, se houver³². Costuma-se dizer que cada situação corresponde, respectivamente, a “matar” e a “deixar morrer”³³.

A Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) foi a primeira a aventar a possibilidade de prática da ortotanásia. Seu artigo 1º dispõe: “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.”³⁴

Dentre as condutas possíveis diante de um quadro de terminalidade, a ortotanásia parece ser o caminho mais compatível com os imperativos da dignidade humana e do direito à morte digna. O paciente ou seu representante legal, ao optar por ela, clama por um desfecho sem intervenções artificiais, nem para prolongar nem para adiar o momento da morte, mantendo-se os cuidados básicos³⁵. Sabe-se que, muitas vezes, chegado o estágio terminal de uma doença, o paciente já não se encontra capaz de manifestar a sua vontade, recaindo as decisões sobre o final de sua vida nas mãos dos familiares e da equipe médica. As diretivas antecipadas de vontade surgem como instrumento capaz de fazer com que essas questões sejam determinadas pelo próprio sujeito, que poderá exercer a sua autonomia e liberdade nos momentos finais de sua vida.

²⁸ JONAS, Hans. *Técnica, medicina y ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona: Paidós, 1997. p. 167.

²⁹ JUNGES, José Roque. *Bioética: perspectivas e desafios*. São Leopoldo: Unisinos, 1999. p. 178-181.

³⁰ VILLAS-BÓAS, Maria Elisa. Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico penal do final de vida. Rio de Janeiro: Forense, 2005. p. 179.

³¹ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Código de ética médica*: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013. p. 51.

³² VILLAS-BÓAS, op. cit., p. 73-74.

³³ JONAS, Hans. *Técnica, medicina y ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona: Paidós, 1997. p. 167.

³⁴ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006*. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 02 ago. 2013.

³⁵ VILLAS-BÓAS, op. cit., p. 73.

4 - DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E EXERCÍCIO DA AUTONOMIA

As diretivas antecipadas de vontade surgem como instrumento de materialização da autonomia e do direito à morte digna, na medida em que propicia a tomada de decisões sobre situações futuras, nas quais o sujeito se encontra incapacitado de manifestar a sua vontade. Ela também termina por proporcionar ao médico respaldo legal para a tomada de decisões em situações conflitivas, resguardando-o de eventual responsabilização³⁶. No contexto da terminalidade, as decisões quanto ao tratamento médico dispensado nos últimos momentos, que terminam por ficar a cargo dos familiares e equipe médica, retornam à alçada do próprio sujeito.

Os Estados Unidos da América (EUA) foi o primeiro país a regulamentar as chamadas diretivas antecipadas de vontade (*advance directives*). De acordo com o *Patient Self-Determination Act* (PSDA), lei de âmbito federal publicada em 1990, há três formas de efetivar as diretivas antecipadas de vontade: o testamento vital (*living will*), o mandato duradouro (*durable power of attorney for health care*) e a decisão ou ordem antecipada para o cuidado médico (*advance care medical directives*)³⁷.

Tem-se como testamento vital³⁸ a definição, por pessoa plenamente capaz, do tratamento médico desejado nos momentos em que se encontrar em estado de incapacidade decisória absoluta, em situação de terminalidade. Admite-se, como conteúdo, a recusa de medidas fúteis, que prolongam o estado de inconsciência sem trazer qualquer sorte de benefício ao paciente³⁹.

O mandato duradouro, ou poder duradouro do representante para cuidados com a saúde, consiste na designação de um responsável para a tomada de decisões quanto à saúde do paciente, sempre que este último não estiver em condições de se autodeterminar em razão de incapacidade temporária ou permanente. Este representante deverá realizar um juízo substitutivo, ou seja, deve tomar decisões consonantes com aquela que seria a opção do paciente⁴⁰.

O testamento vital e o mandato duradouro podem ser conjugados, inclusive em um único documento⁴¹. A decisão ou ordem antecipada para o cuidado médico é instituto que reúne características dos anteriores. De acordo com Sá e Moureira, trata-se de instrumento mais completo, em que o sujeito estabelece os procedimentos a que não quer se submeter e nomeia representante para fazer valer

³⁶ BOMTEMPO, Tiago Vieira. *Diretivas antecipadas*: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. *Revista de Bioética y Derecho*, n. 26, p. 22-30, set. 2012. Disponível em: <http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/rbyd26_art-vieira.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2013. p. 27.

³⁷ CLOTET, Joaquim. Reconhecimento e Institucionalização da Autonomia do Paciente: Um Estudo da The Patient Self-Determination Act. *Revista Bioética*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 1-7, nov. 1993. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/494>. Acesso em: 30 jun. 2013. p. 3.

³⁸ A terminologia testamento vital recebe críticas da doutrina, por remeter ao testamento. Godinho aponta que as duas figuras se distinguem quanto ao objeto e momento da produção de efeitos jurídicos. GODINHO, Adriano Marteleto. Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. *Revista do Instituto do Direito Brasileiro*, Lisboa, ano 1, n. 2, p. 945-978, 2012. Disponível em: <http://www.idb-fdul.com/uploaded/files/2012_02_0945_0978.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2013. p. 956-957.

³⁹ CLOTET, op. cit., p. 3.

⁴⁰ Ibid. p. 4.

⁴¹ DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 69-70.

a sua vontade⁴². Diante disso, pode-se dizer que as diretivas antecipadas são gênero, tendo como espécies o testamento vital e o mandato duradouro, assim como esposado por Clotet⁴³ e Dadalto⁴⁴. A principal distinção entre elas está no modelo de decisão que cada uma representa. Nessa análise, faz-se fundamental breve exposição sobre os modelos de decisão conforme delineados por Beauchamp e Childress⁴⁵. São três: os modelos de decisão substituta – quais sejam, julgamento substituto e melhores interesses, e o modelo da pura autonomia.

No modelo de julgamento substituto, uma pessoa é indicada para tomar decisões por um paciente incapaz, decisão esta que deve ser a que o paciente tomaria caso pudesse se manifestar de forma autônoma. Tal somente se dará quando o paciente tenha gozado de período de capacidade anterior e caso haja razões para crer ser possível tomar a decisão que ele tomaria. Por isso, a intimidade entre o paciente e seu representante deve ser suficientemente substancial para que o julgamento reflita os objetivos e desejos do primeiro. Consequentemente, esse modelo não se aplica àqueles que nunca foram capazes⁴⁶. Este seria o modelo vinculado ao instituto do mandato duradouro.

Porém, o modelo do julgamento substituto parece desembocar no modelo da pura autonomia, ao se respeitar escolhas autônomas anteriores. Os próprios Beauchamp e Childress concluem que deve ser abandonado aquele modelo, considerando-se como parte do modelo da pura autonomia as situações nas quais possam ser identificados julgamentos autônomos explícitos feitos anteriormente. Tal se justifica porque ambos têm base na autonomia e apenas ocorrem quando houver um julgamento autônomo relevante que constitua uma autorização. Quando o sujeito, anteriormente incapaz, não expressou seus desejos anteriormente, deve-se recorrer ao modelo dos melhores interesses⁴⁷.

O modelo dos melhores interesses assume duas formas: a) exame objetivo restrito – busca-se alguma evidência confiável de que o paciente recusaria o tratamento, bem como a convicção do representante de que os fardos do prolongamento da vida superam os benefícios, de forma que ainda há considerações em torno da autonomia; e b) exame puramente objetivo – um representante deve aferir, dentre as opções possíveis, aquela que trará mais benefícios ao paciente, ponderando sobre os riscos e custos de cada uma sob as lentes de um determinado critério de qualidade de vida extraído indiretamente das preferências conhecidas do paciente⁴⁸.

Após tais considerações, o testamento vital parece representar o modelo da pura autonomia, o qual implica no respeito às decisões autônomas prévias de

⁴² SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. *Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade*. Belo Horizonte: Del Rey, 2012. p. 82.

⁴³ CLOTET, Joaquim. Reconhecimento e Institucionalização da Autonomia do Paciente: Um Estudo da The Patient Self-Determination Act. *Revista Bioética*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 1-7, nov. 1993. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/494>. Acesso em: 30 jun. 2013. p. 3.

⁴⁴ DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 64.

⁴⁵ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. Tradução Luciana Pudenzi. Tradução de: *Principles of Biomedical Ethics*. São Paulo: Loyola, 2002. p. 195.

⁴⁶ Ibid. p. 196-199.

⁴⁷ Ibid. p. 199.

⁴⁸ Ibid. p. 204-207.

pessoas que se encontram em condição de incapacidade⁴⁹. Havendo ou não uma diretriz formal de ação – instrumentalizada via diretivas antecipadas de vontade, os julgamentos autônomos prévios devem ser aceitos, desde que sejam conhecidos e diretamente relevantes para a ação em questão. Esse intento pode esbarrar em alguns obstáculos, como dúvida sobre a confiabilidade das evidências, casos em que o representante se apoia em diretriz que não se aplica à decisão em questão, declarações imprecisas e falta de garantia de que o representante respeita e anuncia com fidedignidade os julgamentos autônomos prévios do paciente⁵⁰.

Os pais do principalismo ainda afirmam que, mesmo havendo evidências dos desejos prévios do paciente, o tratamento de suporte da vida pode ser justificadamente rejeitado ou interrompido caso seja realizado o exame puramente objetivo, nos moldes do modelo dos melhores interesses. Isso implica que haverá circunstâncias em que o modelo dos melhores interesses pode ser invocado para anular diretrizes de ação deixadas por pacientes anteriormente autônomos que se tornaram incapazes, para segurar que o representante não adote solução contrária aos seus melhores interesses, exceto se houver documento claramente formulado pelo paciente que apoie especificamente a decisão do representante⁵¹.

A disciplina normativa no Brasil ainda é incipiente, limitando-se à lei do estado de São Paulo⁵² e à Resolução nº 1.995/2012 do CFM⁵³. Há Projeto de Lei do Senado (PLS nº. 524/2009) que se propõe a disciplinar os direitos do paciente em estado terminal, contudo, a referência à possibilidade de antecipação da vontade quanto ao tratamento de saúde a ser dispensando nessa fase é insuficiente⁵⁴. O preenchimento desta lacuna normativa pressupõe a realização de estudos sobre o instituto que, a despeito de já contar com disciplina jurídica em outros países, deve ser maturado pela sociedade brasileira, para que sua introdução na ordem jurídica pátria seja compatível com os nossos valores e necessidades.

De acordo com o artigo 1º da resolução do CFM referida, as diretivas antecipadas de vontade são 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

⁴⁹ DADALTO, Luciana. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. *Revista Bioética*, Brasília, v. 21, n. 1, abr. 2013. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/791/861>. Acesso em: 10 ago. 2013. p. 107.

⁵⁰ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. Tradução Luciana Pudenzi. Tradução de: Principles of Biomedical Ethics. São Paulo: Loyola, 2002. p. 199-204.

⁵¹ Ibid. p. 205.

⁵² Também conhecida como “Lei Mário Covas”, ela assegura os direitos de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida e de optar pelo local da morte em seu artigo 2º, incisos XXIII e XXIV. SÃO PAULO. *Lei Estadual nº. 10.241, de 17 de março de 2009*. Dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=LeisProjetosIntegra&id=7>>. Acesso em: 04 ago. 2013.

⁵³ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012*. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2013.

⁵⁴ Id. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado nº 524, de 25 de novembro de 2009*. Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/70139.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2013.

vontade”⁵⁵. Tais diretivas serão levadas em consideração pelo médico, assim como as informações prestadas por eventual representante nomeado para tal fim, prevalecendo o seu conteúdo sobre qualquer outro parecer de natureza não médica, devendo ser desconsideradas as disposições contrárias ao CEM⁵⁶.

Ainda de acordo com ela, as diretivas antecipadas devem ser registradas em prontuário, quando comunicadas diretamente ao médico pelo paciente. Na sua ausência, não havendo representante designado, deverá ser consultada a família do enfermo. Diante do dissenso entre os familiares, o médico deverá recorrer ao Comitê de Bioética da instituição ou, inexistindo este, à Comissão de Ética Médica do hospital ou Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar a sua decisão em face do dito conflito.⁵⁷

Em janeiro de 2013 o MPF em Goiás ajuizou ação civil pública na qual requer a declaração de inconstitucionalidade e ilegalidade da Resolução CFM nº 1.995/2012. Dentre as razões colacionadas, estão o desrespeito aos limites ao poder regulamentar, o alijamento da família do processo decisório, o meio inadequado de registro das ditas diretivas, a presença de lacunas no que se refere à capacidade do paciente ao redigir o documento, seus limites temporais de vigência, possibilidade e forma de revogação e a possível mudança de compreensão do paciente. Liminarmente, foi requerida a suspensão da resolução em todo o território nacional⁵⁸.

Em decisão publicada em maio, o pedido liminar foi negado. Para o juízo, o CFM não extrapolou os poderes normativos outorgados pela Lei nº 3.268/1957, apenas tendo regulamentado a conduta médica. Ademais, as diretivas antecipadas de vontade se coadunam com a ideia de dignidade humana. Quanto à forma, tem-se que a manifestação da vontade é livre, salvo disposição legal em sentido contrário (art. 107 do CC). Seu conteúdo, por sua vez, deve observar o artigo 104 do CC⁵⁹. No momento, o agravo de instrumento interposto pelo MPF com vistas à reforma desta decisão aguarda julgamento no Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1).

Sabe-se que a competência do CFM para dispor sobre tal conteúdo é ponto a ser discutido, contudo, a resolução não deixa de representar avanço na medida em que quase sempre a lei se limita a acompanhar as novas práticas sociais, ajustando-

⁵⁵ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012*. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2013.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012*. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2013.

⁵⁸ Id. Ministério Público Federal. Procuradoria da República em Goiás. Ação civil pública com pedido de antecipação de tutela liminar. Processo nº 1039-86.2013.4.01.3500. Requerente: Ministério Público Federal. Requerido: Conselho Federal de Medicina. Procurador da República: Ailton Benedito de Souza. Goiânia, 21 de janeiro de 2013. Disponível em: <http://www.testamentovital.com.br/sistema/arquivos_legislacao/inicial%20ACP%20testamento%20vital.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2013.

⁵⁹ Id. Primeira Vara Federal. Seção Judiciária do Estado de Goiás. Tribunal Regional Federal. (1. Região). Decisão. Processo nº 1039-86.2013.4.01.3500. Requerente: Ministério Público Federal. Requerido: Conselho Federal de Medicina. Juiz: Jesus Crisóstomo de Almeida. Goiânia, 14 de março de 2013. Disponível em: <http://www.testamentovital.com.br/sistema/arquivos_legislacao/decisao%20liminar.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2013.

se a elas⁶⁰. Dadalto ressalta que não se pode afirmar que as diretivas antecipadas de vontade foram legalizadas no Brasil, pois a resolução se restringe à classe médica. Pelos próprios limites de sua competência, o CFM deixou de regulamentar pontos importantes, de modo que se mantém a necessidade de regular o instituto por lei⁶¹.

Cabe observar que a resolução⁶² chama de diretivas antecipadas o instituto do testamento vital, posto que seu conteúdo se refere necessariamente à fase terminal da vida. Embora isso não tenha sido expressamente referido no artigo 1º da resolução, esta parece ser a intenção de acordo com os considerandos⁶³. No artigo 2º, § 1º, a referência à nomeação de representante constitui admissão do instituto do mandato duradouro, contudo, vinculado à finalidade das ditas diretivas antecipadas⁶⁴.

Quanto ao seu conteúdo, para Dadalto⁶⁵ e o próprio CFM⁶⁶, a finalidade das diretivas antecipadas de vontade seria exclusivamente a de garantir a prática da ortotanásia quando já instalado o processo de morte de maneira irreversível⁶⁷. Contudo, vislumbra-se a possibilidade de inserção de outras disposições também relacionadas ao processo de morte, a exemplo da doação de órgãos, manutenção de material biológico criopreservado e sua destinação. De acordo com Beauchamp e Childress: “Decisões prospectivas para renunciar a tratamentos de conservação da vida num período de incapacidade constituem um exemplo, mas as diretrizes antecipadas podem ter um papel ainda mais amplo em pedidos por tratamentos e doações de órgãos”⁶⁸.

⁶⁰ ALMEIDA, Antonio Jackson Thomazella de. A ortotanásia e a lacuna legislativa. In: AZEVEDO, Álvaro Villaça; LIGIERA, Wilson Ricardo (Coord.). *Direitos do paciente*. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 447.

⁶¹ DADALTO, Luciana. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. *Revista Bioética*, Brasília, v. 21, n. 1, abr. 2013. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/791/861>. Acesso em: 10 ago. 2013. p. 109.

⁶² Em janeiro de 2013, o MPF em Goiás ajuizou ação civil pública na qual requer a declaração de inconstitucionalidade e ilegalidade da Resolução CFM nº 1.995/2012. O pedido liminar foi negado em maio do mesmo ano. Para o juízo, o CFM não extrapolou seu poder regulamentar e as diretivas antecipadas de vontade se coadunam com a dignidade humana. No momento, o agravo de instrumento interposto pelo MPF com vistas à reforma desta decisão aguarda julgamento no Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1). BRASIL. Primeira Vara Federal. Seção Judiciária do Estado de Goiás. Tribunal Regional Federal. (1. Região). Decisão. Processo nº 1039-86.2013.4.01.3500. Requerente: Ministério Público Federal. Requerido: Conselho Federal de Medicina. Juiz: Jesus Crisóstomo de Almeida. Goiânia, 14 de março de 2013. Disponível em: <http://www.testamentovital.com.br/sistema/arquivos_legislacao/decisao%20liminar.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2013.

⁶³ DADALTO, op. cit., p. 108-109.

⁶⁴ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012*. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2013.

⁶⁵ DADALTO, Luciana. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. *Revista Bioética*, Brasília, v. 17, n. 3, p. 523-543, mar. 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/515>. Acesso em: 12 out. 2012. p. 535-536.

⁶⁶ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Entidade esclarece resolução que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23201%Aue-dispoe-sobre-as-diretivas-antecipadas-de-vontade-dos-pacientes&catid=3>. Acesso em: 22 jul. 2013.

⁶⁷ A possibilidade de suspensão de cuidados paliativos encontra divergências na doutrina, sobretudo em situações que envolvem pacientes em estado vegetativo persistente. Essas questões não serão aqui abordadas, em virtude dos limites deste trabalho.

⁶⁸ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. Tradução Luciana Pudenzi. Tradução de: Principles of Biomedical Ethics. São Paulo: Loyola, 2002. p. 149.

Questiona-se também o grau de vinculação das diretivas antecipadas de vontade, sobretudo em relação ao profissional da medicina. Da Resolução CFM n°. 1.995/2012, extrai-se que as diretivas antecipadas devem ser levadas em consideração pelo médico, prevalecendo sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares (art. 1º e art. 2º, § 3º)⁶⁹. Pode-se depreender que aquela vontade antecipada não deverá ser necessariamente cumprida pelo médico, sendo parte de uma avaliação das demais circunstâncias no momento da tomada de decisão.

Para Dadalto, em regra, a declaração prévia do paciente terminal deve ter efeitos *erga omnes*, vinculando tanto o médico quanto os familiares do doente. Do contrário, haveria brecha para a judicialização do morrer, sobretudo em casos de divergência entre o profissional e os familiares. Contudo, há circunstâncias em que o testamento vital poderá não ser observado pelo médico, por exemplo: quando houver disposições contrárias ao ordenamento jurídico, contraindicadas à patologia do paciente ou que se referem a tratamento já superado pelo avanço da medicina⁷⁰.

Também deve ser objeto de avaliação o fato de que, com o passar do tempo, aumentam as chances de mudança do interesse do indivíduo, tornando-se o conteúdo das diretivas antecipadas de vontade incompatível com a vontade atual do enfermo, questão levantada por Clotet⁷¹. Por essas dificuldades, Möller compreende que as diretivas ainda são um instrumento precário, devendo haver cautela para a sua aplicação como critério definidor da terapia e das decisões de fim da vida⁷².

Para Alves, Fernandes e Goldim, as diretivas representam um indicador, instrução, orientação e não uma obrigação para o médico. O artigo 2º da Resolução CFM n° 1.995/2012 deixa claro que as diretivas antecipadas de vontade não devem ser obrigatoriamente cumpridas, pois as circunstâncias presentes no momento de tomada da decisão também deverão ser levadas em consideração. Logo, trata-se de uma decisão compartilhada entre médico e paciente, fundada numa relação de alteridade e de corresponsabilidade, a despeito do paciente se encontrar incapaz de se manifestar⁷³.

Além de seu conteúdo, grau de vinculação em relação ao médico e dúvidas suscitadas pela possível alteração da vontade anteriormente manifestada, há muitos outros aspectos envolvendo as diretivas antecipadas de vontade que merecem análise, como a possibilidade de fixação de um prazo de validade para se garantir a sua atualidade, a criação de um cadastro nacional com vistas a lhe conferir publicidade, a forma do documento, se particular ou público com registro em

⁶⁹ BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM n° 1.995, de 31 de agosto de 2012*. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2013.

⁷⁰ DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 73.

⁷¹ CLOTET, Joaquim. Reconhecimento e Institucionalização da Autonomia do Paciente: Um Estudo da the patient Self-Determination Act. *Revista Bioética*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 1-7, nov. 1993. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/494>. Acesso em: 30 jun. 2013. p. 5.

⁷² MÖLLER, Leticia Ludwig. *Direito à morte com dignidade e autonomia*. Curitiba: Juruá, 2007. p. 105.

⁷³ ALVES, Cristiane Avancini; FERNANDES, Márcia Santana; GOLDIM, José Roberto. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. *Revista HCPA*, v. 32, n. 3, p. 358-362, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/33981/22041>>. Acesso em: 05 ago. 2013. p. 359-360.

cartório, dentre outras sugestões apresentadas pela doutrina, por se entender o registro em prontuário insuficiente em termos de segurança jurídica⁷⁴.

Como se vê, ainda há muitas questões a serem discutidas e sedimentadas para que as diretivas antecipadas de vontade sejam regulamentadas por lei, de modo que a discussão sobre o tema se faz imperiosa. Certo é que as diretivas antecipadas de vontade, no contexto de terminalidade da vida, representam um importante instrumento que privilegia a autonomia do paciente nos momentos finais de sua vida.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O possível prolongamento artificial da vida demanda novas reflexões sobre os contornos da dignidade humana daquele que enfrenta o estado terminal de uma doença, com vistas à sua salvaguarda. Aqui, as diretivas antecipadas de vontade assumem papel importante ao permitir que o próprio paciente decida, no exercício de sua autonomia, sobre os tratamentos e procedimentos a serem ou não realizados ao se encontrar em estado terminal e não detenha mais a capacidade de se expressar.

No Brasil, não há lei federal que trate sobre o tema, havendo lei no estado de São Paulo que se limita a garantir o direito de recusa a tratamentos extraordinários para tentar prolongar a vida e de optar pelo local da morte. Contudo, a Resolução nº 1.995/2012 do CFM representa um marco na normatização do instituto, ainda que restrita à classe médica. Acredita-se que os estudos nesta seara devem ser incentivados para que as diretivas antecipadas de vontade sejam introduzidas no Brasil em toda a sua potencialidade, com atenção às características e necessidades do povo brasileiro.

Quanto ao seu conteúdo, entende-se que poderá versar sobre tudo aquilo que disser respeito ao processo de morte. Com isso, quer-se dizer que, além de dispor sobre os tratamentos que deseja ser ou não submetido quando chegada a fase terminal da doença, na linha do que se entende por ortotanásia, as diretivas podem abarcar outros assuntos, de ordem extrapatrimonial, também relacionados com o momento de fim da vida, como a opção pela doação de órgãos para fins de transplante e a manutenção de material biológico criopreservado e sua destinação.

No tocante à observância do quanto disposto nas diretivas antecipadas pelo médico, tal somente pode ser exigido se ela estiver bem redigida e uma vez superadas as dúvidas em torno da capacidade do paciente no momento de sua elaboração e possibilidade de ter mudado de posicionamento. Note-se, aqui, a importância da participação do médico na elaboração deste documento, enquanto fonte de informações necessárias à tomada de uma decisão livre e consciente. Em casos de disposições vagas, que afrontem a *lex artis* ou o ordenamento jurídico, as

⁷⁴ Cf. DADALTO, Luciana. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. *Revista Bioética*, Brasília, v. 17, n. 3, p. 523-543, mar. 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/515>. Acesso em: 10 ago. 2013.

diretivas antecipadas devem ser levadas em consideração na medida do possível. Na ausência de representante indicado no próprio documento, o médico deverá manter diálogo com a família para extrair dali o desejo genuíno do paciente que já não é capaz de se autodeterminar.

Ainda há muitas questões a serem enfrentadas, principalmente no que toca à operacionalização das diretivas antecipadas de vontade. Porém, a despeito das dificuldades apontadas e das lacunas a serem superadas, vê-se o instituto com otimismo, na medida em que, ao possibilitar a projeção de uma vontade para o futuro, viabiliza ao paciente em estado terminal, não mais capaz de se manifestar, a participação nas decisões que dizem respeito ao fim de sua própria vida, conforme seus desejos e crenças, resguardando-se o seu direito à morte digna.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Antonio Jackson Thomazella de. A ortotanásia e a lacuna legislativa. In: AZEVEDO, Álvaro Villaça; LIGIERA, Wilson Ricardo (Coord.). *Direitos do paciente*. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 447-487.

ALVES, Cristiane Avancini; FERNANDES, Márcia Santana; GOLDIM, José Roberto. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. *Revista HCPA*, v. 32, n. 3, p. 358-362, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/33981/22041>>. Acesso em: 05 ago. 2013.

ANDORNO, Roberto. “Liberdade” e “Dignidade” da pessoa: dois paradigmas opostos ou complementares na Bioética? In: COSTA-MARTINS, Judith; MÖLLER, Leticia Ludwig (Org.). *Bioética e responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 73-92.

BARRETO, Vicente de Paulo. *O fetiche dos direitos humanos e outro temas*. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. Tradução Luciana Pudenzi. Tradução de: Principles of Biomedical Ethics. São Paulo: Loyola, 2002.

BOMTEMPO, Tiago Vieira. *Diretivas antecipadas*: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. *Revista de Bioética y Derecho*, n. 26, p. 22-30, set. 2012. Disponível em: <http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/rbyd26_art-vieira.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2013.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. *Direitos de personalidade e autonomia privada*. 2. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2007.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Código de ética médica*: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013.

_____. Conselho Federal de Medicina. *Entidade esclarece resolução que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23201%Aue-dispoe-sobre-as-diretivas-antecipadas-de-vontade-dosacientes&catid=3>. Acesso em: 22 jul. 2013.

_____. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006*. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 02 ago. 2013.

_____. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012*. Dispões sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2013.

_____. Primeira Vara Federal. Seção Judiciária do Estado de Goiás. Tribunal Regional Federal. (1. Região). Decisão. Processo nº 1039-86.2013.4.01.3500. Requerente: Ministério Público Federal. Requerido: Conselho Federal de Medicina. Juiz: Jesus Crisóstomo de Almeida. Goiânia, 14 de março de 2013. Disponível em: <http://www.testamentovital.com.br/sistema/arquivos_legislacao/decisao%20liminar.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2013.

_____. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado nº 524, de 25 de novembro de 2009*. Dispões sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/70139.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2013.

CLOTET, Joaquim. Reconhecimento e Institucionalização da Autonomia do Paciente: Um Estudo da The Patient Self-Determination Act. *Revista Bioética*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 1-7, nov. 1993. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/494>. Acesso em: 30 jun. 2013.

DADALTO, Luciana. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. *Revista Bioética*, Brasília, v. 17, n. 3, p. 523-543, mar. 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/515>. Acesso em: 12 out. 2012.

_____. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. *Revista Bioética*, Brasília, v. 21, n. 1, abr. 2013. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/791/861>. Acesso em: 10 ago. 2013.

_____. *Testamento Vital*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

GODINHO, Adriano Marteleto. Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. *Revista do*

Instituto do Direito Brasileiro, Lisboa, ano 1, n. 2, p. 945-978, 2012. Disponível em: <http://www.idb-fdul.com/uploaded/files/2012_02_0945_0978.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2013. p. 956-957.

JONAS, Hans. *O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Tradução do original alemão Marijane Lisboa, Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro: Contraponto: PUC-Rio, 2006. Cap. I.

_____. *Técnica, medicina y ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona: Paidós, 1997.

JUNGES, José Roque. *Bioética: perspectivas e desafios*. São Leopoldo: Unisinos, 1999.

MACKLIN, Ruth. Dignity is a useless concept. *British Medical Journal*, London, v. 327, 20-27 dez. 2003. p. 1.419-1.420. Disponível em: <http://www.management.wharton.upenn.edu/raff/documents/2009/Macklin_BMJ.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2013.

MÖLLER, Leticia Ludwig. *Direito à morte com dignidade e autonomia*. Curitiba: Juruá, 2007.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. *Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade*. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

SÃO PAULO. *Lei Estadual n.º. 10.241, de 17 de março de 2009*. Dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=LeisProjetosIntegra&id=7>>. Acesso em: 04 ago. 2013.

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

_____. Dignidade da pessoa humana: parte II. In: BARRETTO, Vicente de Paulo (Coord.) *Dicionário de filosofia do direito*. São Leopoldo: Unisinos, 2006. p. 216-225.

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