

O DIREITO DE ESCOLHER COMO PARTIR: URGÊNCIA DE REGULAMENTAÇÃO E DIVULGAÇÃO

MAYARA FIRMINO DA SILVA*
ALINE REGINA ALVES STANGORLINI**

RESUMO

O presente artigo pretende por meio do estudo de leis nacionais e internacionais existentes, investigar a validade das Diretivas Antecipadas de Vontade. A fim de promover o debate sobre o tema, influenciar a regulamentação pelo Legislativo e a utilização de forma antecipada pelas pessoas. O maior propósito é que os seres humanos possam exercer a autonomia da vontade nos últimos momentos de vida, manter sua dignidade e a sadia qualidade de vida, além de retirar da família a responsabilidade pela escolha.

Palavras-chave: Dignidade; Autonomia da Vontade; Ortotanásia; Testamento Vital; Sadia qualidade de vida.

THE RIGHT TO CHOOSE HOW TO LEAVE: URGENCY FOR REGULATION AND DISCLOSURE

ABSTRACT

This article intends, through the study of existing national and international laws, to investigate the validity of the Anticipated Directives of Will. In order to promote debate on the topic, influence regulation by the Legislature and use in advance by people. The main purpose is that human beings can exercise the autonomy of the will in the last moments of life, maintain their dignity and the healthy quality of life, in addition to taking responsibility for the choice from the family.

Keywords: Dignity; Autonomy of the will; Orthothanasia; Living Will; Healthy quality of life.

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa se deu na observação do receio em que pacientes; profissionais da saúde ou familiares tem ao lidar com o momento de morte. Não somente com o momento, mas o conceito por si só, já é o suficiente para causar certa repudia.

Por isso, o objetivo do presente artigo é promover debates a respeito do tema, e informar às pessoas que independente do avanço tecnológico, que pode ser con-

* Advogada, Especialista em Direito de Família e Sucessões. Contato pelo e-mail mayarafirmino@adv.oabsp.org.br

** Advogada; Professora da Metodista, Unasp e ESA. Especialista em Direito Publico Processo Civil, Contratos, Direito de Família, Direito Tributário; Direito Civil Comparado. Mestre em Direito Civil Comparado; dissertação na área de Direito ao Esquecimento e Direito Digital.

siderado constante, a utilização ou não de meios para prolongar a vida de pacientes incuráveis, deve ser facultativa.

Para tanto, deve-se utilizar o documento chamado de Diretivas Antecipadas de Vontade, que apesar de ainda não regulamentado pelo legislativo, se valida na interpretação extensiva das normas nacionais.

Destarte, o texto a seguir está organizado em dez seções. A primeira delas, intitulada Autonomia da Vontade do paciente em face da bioética e do direito de morrer, concentra-se na introdução do conceito de Bioética, que traz para o sistema soluções humanamente adequadas para dilemas éticos.

A seguinte seção, Dignidade da Pessoa Humana e a Autonomia da Vontade, aborda a atuação do paciente no momento pré-morte que por sua vez, é parte integrante do princípio constitucional da dignidade humana.

Em seguida a terceira seção, Direito Civil Brasileiro e as Diretivas Antecipadas de Vontade, esclarece que embora exista déficit de norma regulamentadora específica, o Código Civil de 2002 não impede a sua utilização, desde que não seja contrariado, e traz um alerta.

Na quarta seção, Formas de Diretivas Antecipadas de Vontade, apresenta de forma resumida a elucidação do gênero e espécies existentes, sendo Testamento Vital e o procurador de cuidados de saúde.

Na metade do artigo, Disposição de Vontade e Testamento Vital, encontra-se a relação entre esses dois elementos e como constituem ferramenta eficiente.

Na sexta seção, Possibilidade de Introdução do Tema no Ordenamento Jurídico, após comparar algumas legislações estaduais, foi abordada - novamente - a importância de introduzir as Diretivas de Vontade no sistema de forma a padronizar, informar e promover o assunto.

Posteriormente, Da Ortotanásia e Testamento Vital, são revelados os conceitos de Eutanásia, Distanásia e a Ortotanásia, com o intuito de levar ao leitor a criação de seu próprio senso crítico, possibilitando que por meio da autonomia, escolha o que mais lhe agrade.

Adiante, a seção Modelos internacionais: analogia, tem como finalidade apresentar um breve resumo de leis e métodos utilizados pelos países vizinhos a respeito das diretivas antecipadas de vontade.

Na nona seção, Análise da aplicação prática da apelação civil nº 70054988266 - TJRS, é trazido ao leitor um parâmetro de juízes brasileiros construindo seu entendimento quando o tema é suscitado.

Por fim, expõe o Projeto de lei 149/2018 brasileiro, que apesar de completo e relevante, ainda não foi aprovado.

Fato é que, assim como outros direitos civis, todos os indivíduos devem ter autonomia para escolher como partir, e para isso além de legislação específica é necessário a profunda reflexão e divulgação do assunto.

AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE EM FACE DA BIOÉTICA E O DIREITO DE MORRER

Atualmente, a velocidade com que os avanços tecnológicos e científicos ocorrem pode ser considerada superior ao desenvolvimento do próprio ser humano. Diante deste cenário, a necessidade de avaliar as consequências das novas descobertas e suas aplicações justifica o início da Bioética.

Acerca da disciplina, Maria Helena Diniz (2002) conceitua que:

A bioética seria então uma nova disciplina que recorreria às ciências biológicas para melhorar a qualidade de vida do ser humano, permitindo a participação do homem na evolução biológica e preservando a harmonia universal. Seria a ciência que garantiria a sobrevivência na Terra, que está em perigo, em virtude de um descontrolado desconhecimento da tecnologia industrial, do uso indiscriminado de agrotóxicos, de animais em pesquisas ou experiências biológicas e da sempre crescente poluição aquática, atmosférica e sonora.

Assim, com o desenvolvimento de pesquisas biomédicas e tecnocientíficas, analisar o perigo que as interferências podem causar ao paciente se tornou imprescindível, principalmente quando estas destinam-se a manter mesmo que apenas de forma absolutamente artificial, os seres humanos vivos, pelo máximo de tempo possível. (DINIZ, 2002, p. 09).

Almeida e Muñoz (1994), entendem que

Aqueles que assumem a responsabilidade pessoal de cuidar de alguém, aqueles que têm o conhecimento dos fatos e que exercitam a liberdade de escolha e o respeito pela autonomia dos outros, são seres verdadeiramente morais, pois sem liberdade de escolha e sem direito de saber as verdades as pessoas seriam apenas marionetes. E não existe qualidade moral em um espetáculo de marionetes. Seguramente não nos bonecos. Portanto, a Bioética surgiu para, do ponto de vista ético apresentar possíveis saídas humanamente adequadas, para os conflitos gerados pela ciência e tecnologia em relação a vida. Baseada em quatro princípios imprescindíveis - como a Autonomia; Beneficência; Não-Maleficência e Justiça - que geram a possibilidade de um tratamento mais humanitário. (ALMEIDA; MUNOZ, 1994, p. 03).

Todavia, atenção especial merece o Princípio da Autonomia. Isto porque, coloca o ser humano como o detentor de valor supremo, e deste modo sua autonomia sobrepõe qualquer método ou orientação das instituições ligadas a biotecnologia. O seu corpo, seus desejos e sobretudo seus limites serão respeitados independente do estágio que esteja sua patologia.

Em razão disso, a vontade do paciente ou de seu representante legal deverá ser levada em consideração, inclusive seus valores morais e religiosos, mesmo que eventualmente não vão de encontro com a indicação dada pelo médico para salvar sua vida.

Esse direito inerente do paciente deve ser caracterizado pela capacidade de escolher sem nenhum tipo de coação ou influência externa, sendo exigido o consentimento livre e informado, feito quando necessário pelo seu responsável, em casos que o próprio paciente não possa o fazer, por estar inconsciente ou incapaz.

Apesar de o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução 1931/2009 (p. 31), determinar em seu princípio XXII que em situações clínicas irreversíveis, os profissionais não devem utilizar procedimentos desnecessários e terão como objetivo zelar pela sadia qualidade de vida, nos últimos momentos que restam ao paciente, a hesitação para agir se apropriada dos profissionais, em razão da falta de legislação vigente sobre o tema.

À vista disso, o Biodireito – ramo da bioética –, legitima que o cidadão possuidor de doença incurável, opte e tenha seu direito de morrer resguardado.

Para Fernandes (2000),

Na verdade, o biodireito nada mais é do que a produção doutrinária, legislativa e judicial acerca das questões que envolvem a bioética. Vai desde o direito a um meio-ambiente sadio, passando pelas tecnologias reprodutivas, envolvendo a autorização ou negação de clonagens e transplantes, até questões mais corriqueiras e ainda mais inquietantes como a dicotomia entre a garantia constitucional do direito à saúde, a falta de leitos hospitalares e a equânime distribuição de saúde à população. O evento morte é reconhecido pelo homem médio como a sua única certeza, no entanto o tema ainda é notoriamente um tabu. Busca-se afastar a finitude em vez de buscar maneiras para que esta ocorra da forma mais serena e personalizada o possível. (FERNANDES, 2000, p. 42).

Dito isso, Santana *et al.* (2013) defendem que “o morrer com dignidade é reflexão diretamente ligada à bioética; em vista de ser um processo que envolve o direito e o respeito ao paciente, acatando sua autonomia quando possível, isto é, perante o paciente consciente”. (SANTANA *et al.*, 2013, p. 02).

Certo é que ninguém pode, de forma intencional, atentar contra a própria vida ou de outrem, mas quando o fim for inevitável, deve-se dar ao paciente a oportunidade de encarar o processo de morte com a melhor qualidade possível, usando os avanços tecnológicos para afastar a dor e trazer o acolhimento necessário, e não como obrigação de se manter vivo.

Para Dworkin (2003)

Dizem que é crucial, para o direito das pessoas, que elas possam tomar, por si próprias, decisões fundamentais que lhe permitam pôr fim a suas vidas quando quiserem fazê-lo, ao menos nos casos em que sua decisão não for claramente irracional (DWORKIN, 2003, p. 268).

Este conceito de decisão irracional não deve ser aplicado àqueles que buscam facilitar o processo de morte, pois possuem doenças incuráveis, degenerativas, estados vegetativos, de dependência física ou mesmo casos de Alzheimer, visto que, para estes, claramente, estar vivo pode perder o sentido, ao ponto de que o sujeito já possui pouco, ou às vezes, nenhum nível de consciência.

Ao compreender que a morte, até o momento, constitui etapa obrigatória da vida, deve-se tratá-la com a mesma normalidade que o nascimento, proporcionando aos que estão no fim da vida os mesmos direitos de personalidade como aqueles que são assegurados ao nascituro.

DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E AUTONOMIA DA VONTADE

Os direitos de personalidade, mais conhecidos como direito à vida; à liberdade; à segurança; à intimidade; à vida privada; à imagem e direitos autorais estão na sua maioria previstos na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, inciso X, bem como nos artigos 11º a 21º do Código Civil de 2002.

São considerados universais; absolutos; imprescritíveis; intransmissíveis; impenhoráveis e vitalícios. No que corresponde principalmente a vitaliciedade, é importante ressaltar que apesar da divergência de teorias quanto ao início da capacidade para obter os direitos de personalidade – seja no momento da concepção ou quando ocorre o nascimento com vida –, fato incontroverso é que eles se encerram com a morte.

Deste modo, compreende-se que até o momento de finitude, a integridade física, intelectual e moral do paciente deve ser assegurada e acima de tudo, respeitada. Lopes (1989) define os direitos de personalidade como “sendo atributos inatos ao indivíduo. Verdadeiras projeções biopsíquicas integrativas da Pessoa Humana que se constituem em bens jurídicos assegurados e disciplinados pela ordem jurídica imperante”. (LOPES, 1989, p. 205).

O fato de os direitos de personalidade serem *erga omnes*, deixa ao tutelado a possibilidade de escolher como será zelada a sua integridade física, a fim de evitar danos consequentes a sua integridade moral. Não só isso, mas a honra e memória do falecido também estão resguardadas.

Tal direito protege a personalidade individual de cada cidadão e a forma como ele se sente perante os eventos da vida, justificando mais uma vez que igualmente no momento de morte, deve ser proporcionado o sentimento de integridade e proteção. Posto isso, é de extrema relevância demonstrar como os direitos de personalidade e o direito a morte se relacionam com o princípio da dignidade humana, este por sua vez, que funciona como lei geral, dando fundamentos para toda as normas brasileiras.

Prevista no artigo 1º, inciso III da Constituição Federal de 1988 a dignidade da pessoa humana, não é apenas alicerce para todo o ordenamento jurídico, mas tam-

bém é reconhecida de forma universal como o mínimo que qualquer ser humano, em qualquer lugar ou época que se encontre, deve receber.

Sarlet (2004) conceitua de forma mais satisfatória a dignidade da pessoa humana, dizendo,

A qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que asseguram a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (SARLET, 2004, p. 59-60).

Destarte, o conceito acima é cristalino ao determinar que o próprio ser humano, deve ser encarregado de deliberar sobre seu destino, essencialmente no que diz respeito a “condições existenciais mínimas para uma vida saudável”, pois consoante os valores morais de cada um, o termo acima pode significar a não utilização de intervenções ou até mesmo a não internação em ambiente hospitalar, para que o indivíduo aproveite seus últimos dias de vida da melhor forma que lhe convir.

Segundo Rabelo e Catelli (2016) essa autonomia configura

A autonomia, elemento essencial da dignidade da pessoa humana é a chave nesse caso. Viver a vida com autonomia configura um direito potestativo, o que significa dizer que pode ser exercido sem a necessidade de autorizações alheias ao indivíduo. Afinal, nenhum ser humano prescinde de licença para viver a sua própria vida. (RABELO; CATELLI, 2016, p. 174).

Isso porque, a Constituição Federal de 1988 protege o direito à vida, mas não há em todo o ordenamento jurídico, princípio ou norma que diga que existe dever a vida. Pelo contrário, o artigo 5º da CF/1988, inciso III, determina que ninguém poderá ser submetido a tortura, nem a tratamento desumano ou degradante – coincidente com o pensamento de Sarlet (2004, p. 59-60) apresentado acima.

Logo, a liberdade ética da pessoa implica em poder tomar as próprias decisões sobre sua vida, os caminhos que deseja seguir, como deseja aperfeiçoar sua própria personalidade, e inclusive como deseja que ocorra seus últimos momentos de vida. Este direito demanda de atenção jurídica urgente, pois se trata basicamente do poder de escolha do ser humano.

Portanto, ter a pessoa humana dignidade, e ser respeitada sua vontade significa dizer de forma constitucional que ela pode escolher paralisar os tratamentos para cura de sua anomalia e optar apenas pela manutenção da dor, enquanto realiza uma passagem da vida para a morte de forma mais consciente e conformada.

Apesar de Santana *et al.* (2013, p. 02) entender que o profissional de saúde se esforça pela cura e se desespera com a morte dos pacientes que estão sob sua

responsabilidade, a partir do momento que esta escolha for feita de forma legal, deve ser respeitada pelos profissionais da medicina, zelando para que os pacientes obtenham a devida qualidade de vida.

Este pensamento é confirmado por Roxin (2005) quando diz,

Se o paciente recusa a operação que salvaria sua vida, ou a necessária internação numa unidade de tratamento intensivo, deve o médico abster-se de tais medidas e, se for o caso, deixá-lo morrer. Esta solução é deduzida, corretamente, da autonomia da personalidade do paciente, que pode decidir a respeito do alcance e da duração de seu tratamento. (ROXIN, 2005, p. 23).

No mais, na Antiguidade, Hipócrates (460 a.C.-377 a.C.), já exteriorizava como deveria ser a relação entre médico e paciente, “ curar quando possível; aliviar quando necessário e consolar sempre”¹.

Portanto, a dignidade da pessoa humana encontra em si mesma a essência necessária, é o seu próprio ponto de partida e também o de chegada. Contudo, como será exposto a seguir os fundamentos para as Diretivas antecipadas de vontade, não se findam na Constituição Federal de 1988.

DIREITO CIVIL BRASILEIRO E AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Salvo os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana , da autonomia da vontade e da proibição de tratamento desumano, a legislação infraconstitucional do mesmo modo, corrobora para a validade das diretivas antecipadas de vontade.

Exemplo disso seria o artigo 104º do Código Civil de 2002, que determina que para ser válido o negócio jurídico deve possuir agente capaz; objeto lícito, possível, determinado ou determinável e forma prescrita ou não defesa em lei.

Nessa perspectiva, é plenamente possível respeitando os parâmetros também do Código Civil de 2002, realizar um documento que assegure uma condição especial e respeite os desejos para este momento morte, que apesar de tabu na sociedade, pode ser considerado uma certeza.

Muito embora as Diretivas Antecipadas de Vontade ainda não estejam de forma expressa positivadas no Brasil, não desrespeitam de nenhum modo as normas, não sendo, portanto, proibida, em conformidade com o artigo 107º do Código Civil brasileiro do ano de 2022.

No entanto, não é possível negar a necessidade de criação de lei para delimitar como as diretivas devem acontecer, sobre isso Penalva (2009) acredita que devem possuir

¹ Hipócrates de Cós (460 a.C.-377 a.C.), considerado o “pai da Medicina” e o maior médico da Antiguidade. (Disponível em <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/hoje-na-historia-370-a-c-morre-hipocrates-considerado-o-pai-da-medicina/>)

1. A declaração prévia de vontade do paciente terminal deverá ser feita por uma pessoa com discernimento; 2. Este documento deverá ser registrado no Cartório de Notas que será responsável por encaminhar a declaração ao Registro Nacional de Declarações de Vontade dos Pacientes Terminais - registro este que deverá ser criado pelo Ministério da Saúde; 3. A declaração prévia de vontade do paciente terminal deverá estar contida no prontuário médico do paciente, e cabe ao médico deste proceder a esta inclusão; 4. A declaração prévia de vontade do paciente terminal vincula médicos e demais profissionais de saúde, bem como os parentes do declarante; 5. Disposições acerca da interrupção dos cuidados paliativos não serão válidas; 6. Apenas disposições acerca da interrupção de tratamentos fúteis serão válidas; 7. A declaração prévia de vontade do paciente terminal é revogável a qualquer tempo e não possui prazo de validade; 8. O médico tem direito à objeção de consciência médica; 9. Disposições acerca de doação de órgãos não deverão constar no documento; 10. É facultado ao declarante nomear um representante para que expresse à vontade em nome do declarante quando este não puder fazê-lo; 11. Declaração prévia de vontade do paciente terminal não é instrumento para prática de eutanásia, e sim, garantidor da ortotanásia. (PENALVA, 2009, p. 112-113).

A urgência desta regulamentação se justifica inclusive, pelo dilema que acomete os profissionais de saúde todos os dias em toda parte do País. Estes, se veem diante de um Código de Ética que, em seu princípio XXII e no parágrafo único do artigo 41º determinam ao profissional o abandono de ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas e o emprego de todos os cuidados paliativos possíveis, respeitando a vontade do paciente ou, de seu representante legal, quando se depararem com doença incurável.

Ocorre que, na maioria das vezes, o representante legal faz parte da família do paciente, e deseja que o profissional alongue o máximo possível a vida deste, mesmo que de forma totalmente artificial, pois acredita que esse seja o papel do médico e não compreende que sua tarefa como representante legal é decidir como se o paciente fosse aplicando os desejos deste e não os seus próprios interesses sobre o corpo de outrem.

Isso significa dizer que, o direito de escolher como partir deve ser não só regulamentado, mas divulgado a todos, em todas as idades, para que médicos consigam em conjunto com representantes legais colocar em prática a vontade dos pacientes que estão cansados, ou aqueles que desejam descansar, e com muita empatia e solidariedade transformar este momento em uma morte humanizada.

Dworkin (2003) já falava a respeito,

Os médicos dispõem de um aparato tecnológico capaz de manter vivas - às vezes por semanas, em outros casos por anos - pessoas que já estão à beira da morte ou terrivelmente incapacitadas, entubadas, desfiguradas por operações experimentais, com dores ou no limiar da inconsciência de tão sedadas, ligadas a dúzias de aparelhos sem os quais perderiam a maior parte de suas funções vitais, exploradas por dezenas de médicos

que não são capazes de reconhecer e para os quais já deixaram de ser pacientes para tornar-se verdadeiros campos de batalha. Situações desse tipo nos aterrorizam a todos. Também temos muito medo - alguns mais que os outros - de viver como vegetal inconsciente, mas escrupulosamente bem cuidado. Cada vez mais, nos damos conta da importância de tomar uma decisão com antecedência: queremos ou não ser tratados desse modo? (DWORKIN, 2003, p. 252).

Do mesmo modo, é significativo possibilitar e estimular que os seres humanos façam o documento antes que algo de grave ocorra, desta forma não há o risco de que um terceiro tenha que decidir sobre a vida de outrem e asseguram que sua vontade seja respeitada até no momento de morte.

FORMAS DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

De acordo com o artigo 1º da Resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina tem-se por Diretivas Antecipadas de Vontade “ [...] conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.”

Primeiramente, é importante esclarecer que esta opção de documento é indicada apenas para pacientes que possuem doença incurável e irreversível, como por exemplo o Alzheimer, e que desejem se manifestar sobre possíveis tratamentos extraordinários.

As diretivas antecipadas de vontade podem ser classificadas basicamente em três categorias.

A primeira espécie chamada de testamento vital, seria em resumo o documento feito pelo próprio paciente, informando quais tipos de procedimentos aceita realizar e quais não devem ser feitos, mesmo que esteja inconsciente.

Por outro lado, este paciente também pode optar por realizar um documento com intuito de indicar uma pessoa de sua confiança para ser responsável, em momento oportuno, por escolher; autorizar ou proibir tratamentos invasivos, mesmo que seja para manter a vida artificial do paciente, denominado mandato duradouro.

Por fim, o terceiro tipo de documento possível de se realizar - até o momento -, é nominado de Diretivas do Centro Médico Avançado, isto porque possibilita reunir na mesma declaração um procurador responsável pelos cuidados de saúde do paciente e também previamente os procedimentos que deseja realizar ou proibir.

Diante disso, é importante esclarecer que em razão do Brasil ainda não ter legislação que autorize e determine qual formalidade estes documentos devem seguir, os médicos optam diariamente por valorizar a autonomia e expressão da vontade do paciente, acima de qualquer exigência com o formato.

Vieira (1999) concordando com o posicionamento anterior afirma

Vale lembrar que o médico deve assistência ao paciente, devendo respeitar o desejo de morrer do doente terminal (abstendo-se de técnicas ilusórias e penosas), administrando medicamentos sedativos que aliviam e aceleram a chegada da morte, a qual deverá ser o mais digna e confortável possível. (VIEIRA, 1999, p. 92).

Logo, se for uma situação que pode ser prevista ou uma doença sem cura que se desenvolva de forma lenta, os profissionais devem dialogar com os familiares e/ou com o próprio paciente e em uma declaração simples, fazer constar as intervenções permitidas e as proibidas, assinando as testemunhas e partes presentes.

No entanto, quando o acontecimento trágico é repentino, os médicos após a análise do caso e orientação dos familiares próximos, têm de possibilitar o arbítrio destes, na convicção de que estão escolhendo de acordo com a vontade subjetiva do paciente.

Dito isso, é importante ressaltar novamente que um dos objetivos do presente artigo é exatamente evitar a situação mencionada acima, nesse sentido Claudino (2015) expõe que

(...) diante da livre e inequívoca manifestação de vontade do paciente, precedida de informações claras, objetivas e sem quaisquer condicionamentos externos, teremos assegurado o respeito às vontades do indivíduo sobre a administração de seu tratamento médico e sobre o seu direito de morrer dignamente. Portanto, as diretivas antecipadas de vontade constituem o documento apto a concretizar validamente a autodeterminação do indivíduo, já que seu objetivo maior é preservar os interesses daqueles que por motivos clínicos não conseguem expressar os seus desejos acerca dos cuidados médicos que se dispõe ou não a receber. (CLAUDINO, 2015, p. 10).

Na hipótese deste assunto ser transmitido a população e a sua importância propagada, mesmo que ainda não ocorra a aprovação de lei, as reflexões sobre o assunto seriam estimuladas, e possivelmente a população realizaria antecipadamente suas declarações de vontade, e apenas em caráter de seguridade, seria possível o registro simples em cartório.

O crucial é que o documento – independente do formato escolhido – seja flexível, pois apesar de conter sugestões médicas, o paciente precisa expressar os seus desejos e singularidades, transformando o momento pré-morte em um dos mais confortáveis que já viveu.

Exemplo disso, seria deliberar por procedimentos invasivos como: intubação; traqueostomia; sessões de hemodiálise; reanimação; alimentação artificial; oxigênio e nutrição e hidratação.

Confirmando a ideia, em palestra realizada sobre a morte, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a médica Ana Claudia Quintana Arantes, entende que o essencial é realizar o controle de sintomas, seja o sofrimento emocional; sofrimento social – que pode incluir o familiar e social propriamente dito –, psicológico e o espiritual. (TEDxFMUSP, 2012).²

² Palestra da Dra. Ana Claudia Quintana Arantes, médica formada pela FMUSP, especialista em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium e Universidade de Oxford, pós-graduada em Intervenções em Luto e autora do livro “A morte é um dia que vale a pena viver”.

Para tanto, além da necessidade de uma equipe multidisciplinar, o grande aliado seriam os cuidados paliativos³, visando o controle de dor e sintomas. Cuidados que demonstrem que morrer é um processo natural; não adiem e nem apressem a morte; que ofereçam além de apoio ao paciente, mas também aos seus familiares, auxiliando a lidar com a doença e com o luto; que busquem a qualidade de vida do paciente, sobretudo, os ensinando a viver ativamente enquanto é possível.

Além do já exposto, é conveniente mencionar projeto desenvolvido nos Estados Unidos e comercializado no Brasil pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, intitulado “Cartas na Mesa”⁴. Visto que tem como objeto auxiliar – de forma simples – profissionais da medicina que não sabem como iniciar uma conversa com seus pacientes sobre o fim da vida e as possíveis dimensões físicas; psicológicas; emocionais e sociais.

Mais do que um jogo com instruções, autoaplicável para até duas pessoas e com vinte e cinco cartas, “Cartas na Mesa” possibilita a oitiva dos pacientes e facilita a expressão de suas vontades, sendo um exemplo de caminho para as Diretivas Antecipadas de Vontade e a autodeterminação do paciente.

Claudino (2015) arremata o assunto dizendo que

Assim, por mais preciosa que a vida seja, ela só tem sentido e valor dentro do conceito de dignidade humana, que como já debatido, é de cunho altamente subjetivo. Não faz sentido transformar o direito à vida em dever. A tutela do Estado no que diz respeito ao Direito à vida, deve entender que uma vida ao passo de não mais conseguir ser digna e fugir dos parâmetros de mínimo de qualidade, não deve mais ser mantida forçosamente, o Estado teria a obrigação de assegurar ao enfermo o Direito de morrer dignamente. (CLAUDINO, 2015, p. 17).

Dessarte, o direito à vida é delineado pela possibilidade se manter vivo com os próprios meios, e sobretudo de se escolher como será vivido os últimos momentos. Do mesmo modo que, o ser humano – apesar de ser um processo natural – atualmente auxilia os seus iguais a nascer, deve com o mesmo empenho e tecnologia, ajudar a população a morrer conforme seja a sua vontade.

DISPOSIÇÃO DE VONTADE E O TESTAMENTO VITAL

Como já exposto anteriormente, o testamento vital tem como objetivo proporcionar segurança para o paciente na hipótese de futuramente ficar incapacitado de demonstrar sua vontade e tomar suas próprias decisões. No documento, o paciente irá expor suas principais vontades e procedimentos que devem ser tomados quando e se, a enfermidade lhe alcançar.

³ No dicionário Online Dicio, a palavra paliativo significa “Cujas características podem acalmar ou abrandar; que causa alívio temporário: medicamento ou tratamento paliativo” (disponível em: <https://www.dicio.com.br/paliativo/>)

⁴ A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia através de sua Comissão Permanente de Cuidados Paliativos instituiu e comercializa de forma exclusiva o Projeto Cartas na Mesa, por meio do site <https://sbgg.org.br/projeto-cartas-na-mesa/apresentacao/>, visitado em 12.10.2020 às 14h32.

Sánchez (2003) afirma que devem existir três aspectos importantes neste documento

os aspectos relativos ao tratamento médico, a manifestação antecipada se deseja ou não ser informado sobre diagnósticos fatais, a não utilização de máquinas e previsões relativas a intervenções médicas que não deseja receber, entre outras; a nomeação de um procurador, que constitui na verdade a inclusão do mandato duradouro no testamento vital. (SÁNCHEZ, 2003, p. 48 *apud* DADALTO, 2013, p. 02).

Apesar da tensão existente sobre o assunto morte em todo o planeta, é possível iniciar a confecção do documento, questionando o paciente sobre “em sua perspectiva, qual situação seria pior do que a morte?”. Com base na resposta, é viável que as primeiras informações sejam preenchidas no Testamento Vital, criando diretivas personalizadas e eficazes.

Sobre o aspecto formal do documento, é considerável esclarecer que não se trata de direito sucessório nem obtém cunho patrimonial, mas sim negócio jurídico unilateral que expressa a declaração de vontade do autor, sobre si próprio, com efeito inter vivos. Tendo em vista não haver norma expressa na legislação brasileira sobre o tema, o Testamento Vital não possui requisitos específicos e pode ser realizado por qualquer pessoa capaz, sem a necessidade de quando da sua elaboração, ser paciente terminal.

Consequentemente, para sua validade basta que não contrarie nenhuma das normas existentes e, além da possibilidade de refazer o Testamento Vital sempre que for do desejo do declarante, deve ser nítido que a autonomia do paciente não retira o direito do médico de objeção de consciência, devendo este ser cumprido, quando possível, por outro profissional.

Logo, o Testamento Vital proporciona ao médico o respaldo legal para a tomada de decisões conflituosas, por este motivo, fazer uso do documento e garantir – a sociedade – que ele seja respeitado e cumprido é seguir estritamente o princípio da autonomia da vontade e a dignidade da pessoa humana.

Para Godinho (2010),

Se a vida, por um lado, não é um bem jurídico disponível, não cabe, por outro lado, impor às pessoas um dever de viver a todo custo, o que significa, assim, que morrer dignamente nada mais é do que uma decorrência lógica do princípio da dignidade da pessoa humana. Assim, resta concluir que o testamento vital (ou DAVs) não somente devem encontrar espaço no ordenamento jurídico brasileiro, como reconhecer sua validade por meio de lei o que consagra o direito à autodeterminação da pessoa quanto aos meios de tratamento médico a que pretenda ou não submeter. (GODINHO, 2010, p. 06).

Posto que a vida, apesar de ser o maior bem tutelado no ordenamento jurídico brasileiro, deve ser interpretada como vida plena , digna , saudável e suportável. Não se deve ir além do limite físico ou psicológico humano, a fim de mantê-lo aqui, e fazer dos seus últimos momentos de vida uma tortura.

Entretanto, o respeito do médico pela autonomia do paciente não o exime completamente de suas responsabilidades como profissional, devendo estar presente para todas as suas necessidades e dúvidas, para que possa tomar a decisão mais apropriada.

Vieira (1999) opina que “é mais acertada a corrente defensora do ser livre e autônomo, o qual pode renunciar a todo direito, inclusive ao direito à vida, para que sua escolha seja realmente voluntária, resultante de uma informação completa e bem detalhada acerca da questão”. (VIEIRA, 1999, p. 89).

A fim de certificar-se ainda mais que seja atingido o resultado acima, deve a população se antecipar e dispor sua vontade por meio do testamento vital, ou eleger um procurador pelos cuidados de sua saúde, como citado em capítulo anterior.

Esta ação teria o efeito de resguardar que a vontade do indivíduo prevaleça, e sobretudo evitar que esta responsabilidade recaia sobre parentes próximos que estarão – naturalmente – sob forte confusão emocional, ao se verem diante da possibilidade de perder seu ente querido.

De forma original, acrescentando a discussão do assunto, Luciana Dadalto disponibiliza em seu site A RENTEV - registro nacional de testamentos vitais - sendo necessário apenas convertê-lo em formato digital e anexá-lo no site para consulta de responsáveis, familiares e médicos. Apesar de ser indicado o registro em cartório de notas do documento, a ferramenta facilita de forma abundante a sociedade que está cada dia mais conectada no mundo digital.

De resto, a dúvida sobre a falta de normatização das Diretivas Antecipadas de vontade se fortifica ainda, na existência do instrumento regulamentado pelo Direito Civil, chamado Codicilo.

De acordo com o artigo 1.881 do Código Civil de 2002, o autor pode determinar como deseja que seja feita a cerimônia de velório; se deseja ser enterrado ou cremado; o que devem fazer com suas cinzas; até sobre de quem será a posse de suas roupas; relógios; móveis e outros objetos de cunho sentimental após a sua morte.

Assim sendo, ante a possibilidade de realização do Codicilo e do Testamento Patrimonial, do mesmo modo, mostra-se necessário a inserção das Diretivas Antecipadas de Vontade no ordenamento jurídico para viabilizar direito inerente a pessoa humana ainda em vida.

Evidente que, cumpridos os requisitos dos artigos 104 e 107 do Código Civil de 2002 e os elencados pela Resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina, deve ser livre a qualquer pessoa a disposição de sua vontade por meio de Testamento Vital, desde que do mesmo modo, esta não seja no sentido de acabar intencionalmente com a própria vida, acelerando processos naturais ou lhe causando dor e sofrimento.

POSSIBILIDADE DE INTRODUÇÃO DO TEMA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Apesar de exposto que é direito de todas as pessoas morrerem com dignidade, cada qual no seu tempo, na esfera nacional, lamentavelmente inexistente regulamentação sobre o tema.

Segundo Jonas (1997, p. 103 *apud* SILVA 2019, p. 27) “(...) é preciso, antes de tudo, proteger a vulnerabilidade da humanidade, e, no dever de viver, acrescer o direito de morrer(...)”.

Neste sentido, até o momento as Diretivas Antecipadas de Vontade possuem forma livre e devem ser aplicadas com base na interpretação conjunta de normas constitucionais e infraconstitucionais, considerando que não infrinja nenhuma lei existente.

Em breve síntese, pois o assunto já fora exposto abundantemente no presente artigo, as Diretivas Antecipadas de Vontade se validam na Constituição Federal de 1988 na presença dos princípios norteadores da Autonomia da Vontade; Legalidade e na Proibição de Tratamento Desumano.

No entanto, quando se fala em forma livre, não se desconsidera os requisitos presentes nos artigos 104º e 107º do Código Civil de 2002. Aliás, no mesmo Código o artigo 15º não permite que as pessoas se submetam a tratamentos desumanos ou arriscados, sugerindo a existência de um meio de proteção contra esta situação.

No tocante ao Estado de São Paulo, a Lei nº 10.241/99, conhecida como Lei Mário Covas dispõe em seu artigo 2º sobre inúmeros direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado, entre eles, destacam-se para o tema os elencados nos incisos

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

(...)

VII - consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;

(...)

XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e XXIV - optar pelo local de morte.

Por consequência, no Estado de São Paulo é assegurado aos seus habitantes o direito de recusar tratamentos invasivos, procedimentos que prolongam a vida e ainda escolher o local de morte, tendo autonomia para decidir como e onde morrer.

Mais uma vez, é citado na legislação o direito inerente a pessoa humana de dispor sobre suas últimas vontades, embora não sejam estabelecidos formato e parâmetros a serem seguidos.

Com as mesmas características, no Estado de Minas Gerais foi promulgada a Lei nº 16.279/2006 que além de possibilitar uma transparência para os pacientes a respeito do diagnóstico; tratamento e consequências da realização ou não deste, traz em seu artigo 2º, inciso XX a possibilidade de recusa de tratamentos dolorosos ou extraordinários.

Todavia, seu artigo 2º inciso VII traz uma ressalva que a lei paulista não faz, qual seja a possibilidade de recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Nesta perspectiva deve ser feita uma observação ao iminente perigo de vida, pois o termo deve ser relativo e flexível para cada cidadão, levando em consideração seus valores éticos e sua dignidade, que deve ser respeitada de forma universal.

Com relação ao Estado do Paraná, a Lei nº 14.254/2003 também resguarda de forma ampla a transparência no tratamento dos pacientes; a possibilidade da recusa de tratamentos dolorosos e extraordinários para prolongar a sua vida e a possibilidade de escolher seu local de morte.

O artigo 2º, inciso I da mencionada lei, traz de forma resumida todos os direitos dos usuários, ao ponto que elenca o atendimento de forma humana; digna; atenciosa e respeitosa. Neste sentido, o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução nº 1.805/2006, iniciou a busca pela regulamentação das Diretivas Antecipadas de Vontade. Neste ato, editou a primeira Resolução que permitia que o médico suspendesse os tratamentos extraordinários desde que - em consonância com o Código de Ética - informasse para o paciente todo o cenário em que se encontrava, e para seus familiares, inclusive as opções existentes, como os cuidados paliativos.

A Resolução em questão, como todas as que se sucederam foram alvo de inúmeras críticas e resistências. Inclusive de Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3 ajuizada pelo Ministério Público Federal contra o CFM, com a intenção de declarar sua nulidade.

Contudo, em alegações finais a própria Procuradora da República reestruturou a tese defendida, optando pela Improcedência do seu pedido, por entender que a Resolução não feria os preceitos do Direito Penal e também não gerava para o médico o direito de escolher sobre a morte ou vida do paciente, mas sim a identificação do estado de degeneração que indica o início do processo de morte, e diante disso, a possibilidade de trabalhar com a ética médica dando autonomia para o paciente e transparência para suas atitudes.

A Justiça Federal, de igual modo, revogou a liminar anteriormente concedida e reiterou as palavras da Procuradoria da República, em sentença de 1º de Dezembro de 2010, afirmando que “[...] Tal conduta é considerada ética, sempre que a decisão do médico for precedida do consentimento informado do próprio paciente ou de sua família”. Além disso, o Tribunal Regional Federal - 1ª Região concluiu que

[...] A Resolução em foco busca apenas dar mais transparência a uma prática que já é comum, mas que é frequentemente escamoteada pelos médicos, por medo de que venham a sofrer represálias éticas ou jurídicas, dada a incompreensão que muitas vezes cerca o assunto. (TRF1. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. Processo nº 2007.34.00.014809-3. Juiz Federal: Roberto Luis Luchi Demo. Seção Judiciária do Distrito Federal. 14ª Vara Federal. Data de Publicação:01/12/2010).

A despeito de todos os esforços empenhados, apenas na Resolução nº 1995/2012, após a terceira tentativa, o Conselho Federal de Medicina obteve êxito em estabelecer as chamadas Diretivas Antecipadas de Vontade - no âmbito da medicina -, que estão sendo realizadas constantemente no Brasil e por muitas vezes sendo registradas nos cartórios de notas de diferentes serventias

Art. 2: Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre

e independente suas vontades o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

(...)

§5: não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente. (RESOLUÇÃO CFM Nº 1995/2012).

Salienta-se o parágrafo quinto do artigo mencionado acima, que estabelece parâmetros para a tomada de decisões nos casos em que o paciente e seus familiares não possam se expressar. Neste caso em específico, a vida do paciente não ficaria ao livre arbítrio do médico, mas sim ao estudo de uma equipe de profissionais qualificados, que juntos entenderiam qual seria o melhor caminho a se seguir.

Portanto, tendo em vista a atual falta de lei apropriada, para tratar das formalidades que as Diretivas Antecipadas de Vontade devem seguir, conclui-se pela urgência de regulamentação do tema.

Sobre o assunto Dadalto (2013) complementa que

Sabe-se que uma legislação específica é imprescindível para a efetivação e disseminação do instituto no Brasil, a fim de regulamentar os critérios de capacidade e/ou discernimento do outorgante, o conteúdo das DAV juridicamente válidas no Direito brasileiro, a existência (ou não) de prazo de eficácia, quem pode ser nomeado procurador para cuidados de saúde, bem como os aspectos formais de registro. (DADALTO, 2013, p. 06).

Pois apesar de existirem focos de discussões do assunto – como o presente artigo -, até o momento o poder legislativo nacional não se manifestou de forma efetiva sobre o tema, no sentido de criar norma regulamentadora, o que deve ser feito com urgência.

Isto para que seja protegida a dignidade no processo morte, de acordo com as convicções de cada indivíduo, tirando o poder de escolha da mão de familiares que diversas vezes tem o bem-estar do paciente ofuscado pelo objetivo de curar o paciente a todo custo.

Nessa perspectiva, a Procuradoria da República (2010, p. 11), ratificado na sentença da Justiça Federal da 14ª Vara, diz que “[...] na impossibilidade de salvar a vida, deve-se deixar correr o processo natural – e irreversível – da morte, conferindo-se ao paciente o maior conforto que possa ter nos seus últimos dias. [...]”. (TRF1. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. Processo nº 2007.34.00.014809-3. Juíz Federal: Roberto Luis Luchi Demo. Seção Judiciária do Distrito Federal. 14ª Vara Federal. Data de Publicação:01/12/2010).

Veja, se existe norma autorizando o testamento patrimonial, o codicilo e outras categorias, não existem motivos jurídicos para que ainda não exista regulamentação clara e nacional para as Diretivas Antecipadas de Vontade.

No mais, a regulamentação deve ser acompanhada de informação para toda a sociedade, treinamento para os médicos e o preparo de uma equipe interdisciplinar para o auxílio dos enfermos.

DA ORTOTANÁSIA E O TESTAMENTO VITAL

Com o intuito de esclarecer que o presente artigo não visa estimular o abreviamento da vida humana, mas sim expressar a importância da prática da autonomia da vontade e o respeito pela escolha do paciente, mostra-se necessário a distinção das seguintes terminologias.

O termo Eutanásia, prática mais conhecida popularmente, para Vieira (1999, p. 80) significa a “ciência de adoçar a morte, atenuando os sofrimentos que a antecedem”.

Neste caso a Eutanásia pode ser classificada como ativa ou passiva. Isto porque, a ativa ocorre quando o sujeito toma alguma atitude no sentido de acabar com a vida de alguém, e passiva quando o indivíduo é omissivo, então deixa de realizar algum ato que tem como consequência a morte de uma pessoa.

A prática na esfera nacional é considerada crime, tipificado no artigo 121º do Código Penal de 1940, com a possibilidade de pena de 6 a 20 anos de reclusão na sua forma simples.

De outro lado, a Ortotanásia não deve ser considerada sinônimo de eutanásia passiva, pois enquanto a primeira se abstém de aplicar tratamentos extraordinários ou fúteis, a segunda deixa de realizar até mesmo os tratamentos ordinários mais conhecidos como cuidados paliativos, ou seja, deixa de minimizar a dor sentida no momento pré morte.

Dadalto (2009) afirma que a ortotanásia “estriba-se em deixar morrer o doente de sua morte natural por abstenção ou por omissão de cuidados”. (DADALTO, 2009, p. 35).

Neste caso, já cientes de que o fim é fato inevitável, os profissionais auxiliam que o paciente desfrute da sadia qualidade de vida até o último momento, usufruindo de técnicas e/ou medicações para alívio de dor, além do tratamento psicológico e preparatório para enfrentar a morte.

Em outras palavras, a 14ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal (2010, p. 11), em concordância com a Procuradoria da República, confirma,

A ortotanásia não se confunde com a chamada eutanásia passiva. É que, nesta, é a conduta omissiva do médico que determina o processo de morte, uma vez que a sua inevitabilidade ainda não está estabelecida. Assim, os recursos médicos disponíveis ainda são úteis e passíveis de manter a vida, sendo a omissão do profissional, neste caso, realmente criminosa. (TRF1. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. Processo nº 2007.34.00.014809-3. Juiz Federal: Roberto Luis Luchi Demo. Seção Judiciária do Distrito Federal. 14ª Vara Federal. Data de Publicação:01/12/2010).

Por outro lado, a Distanásia é frequentemente usada para prolongar o máximo possível à vida de um doente incurável, aplicando cuidados extraordinários, necessários para a sobrevivência. Não importa o sofrimento do paciente ou seus familiares, desde que a vida humana seja preservada a qualquer custo.

Para Melo, “ a distanásia entende-se como aquela morte difícil ou penosa, pois a vida do paciente é prolongada por meio de tratamento, sem preocupar-se com a qualidade e dignidade da vida.” (MELO, 2016).

A distanásia apesar de não ser proibida expressamente como ocorre com a Eutanásia, pode dependendo do caso, infringir princípio constitucional que veda o tratamento desumano ou degradante.

O prolongamento desnecessário da vida, quando não há mais perspectiva ou esperanças de cura, deve ser evitado sempre que possível, para isso é importante elucidar para os pacientes o que cada prática significa e seus prós e contras.

Menezes (1998) informa que Franklin Leopoldo e Silva, professor do Departamento de Filosofia da Universidade de São Paulo, expressou que a morte digna deve ser um direito (MENEZES, 1998, p. 02). No entanto, ressalva a necessidade da inclusão no dispositivo legal, da não realização em casos duvidosos.

Isto porque, o tema pode ser subjetivo para cada pessoa, tendo em vista seus valores e cultura, e em alguns casos o paciente prefere investir na esperança, por não haver a certeza da não cura, neste exemplo, sua vontade deve ser respeitada.

Por isso, é importante novamente ressaltar o poder de escolha, limites que podem ser estabelecidos pelo Testamento Vital, que, conforme dito anteriormente apenas se difere dos outros tipos de testamento por ter eficácia ainda em vida e não estar regulamentado, até o momento.

Neste sentido, Claudino (2015)

Diretivas antecipadas de vontade não visam acelerar a morte do indivíduo, muito ao contrário, sua premissa principal é garantir uma morte natural, indolor e digna a todos que formularem o referido documento, para isso, necessário se faz a conjunção do testamento vital com o mandado duradouro levando em consideração o consentimento livre do paciente. Só assim, será assegurado ao indivíduo a realização de suas vontades no processo da morte diante de seu poder de autodeterminação. (CLAUDINO, 2015, p. 20).

Isto posto, todas as nomenclaturas e técnicas apresentadas acima visam exclusivamente possibilitar ao ser humano não apenas mais anos de vida, mas sim sobreviver com qualidade. Por este motivo é imprescindível a regulamentação e disseminação do assunto.

MODELOS INTERNACIONAIS: ANALOGIA

Significativo dizer que as Diretivas Antecipadas de Vontade já foram legisladas em diversos países, como por exemplo, Alemanha; Colômbia; Estados Unidos; Inglaterra; México; Uruguai; Argentina; Espanha; França; Hungria; Itália; Porto Rico entre outros, cada qual com suas peculiaridades.

Vieira (1999) acredita que “a quase totalidade dos códigos ignora oficialmente as circunstâncias que distinguem a eutanásia do homicídio ou do auxílio ao suicídio” (VIEIRA, 1999, p. 82). Por esse e motivo, na maioria dos países, ambos são proibidos. Posteriormente Vieira (2000, p. 01, *apud* MIRANDA, 2010, p. 01) diz

A eutanásia é o ato de terminar deliberadamente com a vida de um paciente, mesmo que a seu próprio pedido ou por solicitação de seus parentes próximos, é um procedimento que contraria a ética, não impedindo que o médico respeite a vontade do paciente de aceitar que o processo da morte obedeça a seu curso natural na fase terminal da doença. (VIEIRA, 2000, p. 01 *apud* MIRANDA, 2010, p. 01).

Deste modo, o tema de diretivas antecipadas de vontade surgiu nos Estados Unidos em 1967 como uma proposta de Eutanásia, por meio de um documento de cuidados antecipados, onde o paciente poderia interromper as intervenções médicas de manutenção da vida.

Posteriormente, em 1990 a Patient Self Determination Act (PSDA), pela primeira vez fez a divisão entre Testamento Vital e Mandado Duradouro, por meio de uma lei norte americana, considerada a primeira lei do mundo a tratar sobre diretivas antecipadas de vontade. Sobre o assunto Dworkin (2003) relata que

Em 1990, o Congresso dos Estados Unidos adotou uma lei que exigia que todos os hospitais mantidos por fundos federais informassem qualquer paciente que neles desse entrada - ainda que para fazer uma remoção de joanetes - sobre as leis estaduais a respeito das diretrizes antecipadas e sobre as formalidades a serem observadas pelo paciente caso este desejasse certificar-se de que não seria mantido vivo se entrasse em estado vegetativo durante sua permanência no hospital. (DWORKIN, 2003, p. 259).

O cuidado com o paciente que entra no hospital para remoção de joanetes traz benefícios ao passo que tendo a certeza que o destino é imprevisível, o paciente é orientado e tira a responsabilidade de decisão da família, exercendo a autonomia sobre a sua própria vida.

À vista disso, para evitar controvérsias, quarenta e dois Estados americanos promulgaram leis sobre a morte natural ou sobre o doente terminal, que tinham como conteúdo a assinatura de uma declaração sobre o fim da vida. Inclusive incluía a possibilidade de instituir um responsável para que tome as decisões sobre o paciente, no momento que este não pode mais fazê-lo.

De outro lado, Dworkin (2003) conta que

Em uma importante decisão tomada pelo Canadá em 1992, o juiz Dufour, de Quebec, determinou que as pessoas têm o direito de exigir a retirada do suporte vital mesmo quando não estão morrendo, mas acham que suas vidas serão intoleráveis do modo como terão de vivê-las. Nancy B., de vinte e cinco anos, sofria de uma rara doença neurológica chamada

síndrome de Guillain-Barre que a deixara paralisada do pescoço para baixo, e pediu ao juiz que autorizasse o médico a desligar o aparelho de respiração artificial que a mantinha viva. O médico lhe disse que, ligada a esse aparelho, poderia continuar viva por muitos anos ainda, mas ela preferia morrer. “As únicas coisas que restam na vida são assistir a televisão e ficar olhando para as paredes. Para mim, chega. Já estou ligada ao respirador há dois anos e meio, e acho que já fiz minha parte.” O juiz disse que ficaria muito feliz se Nancy mudasse de opinião, mas que a compreendia e concordaria com seu pedido. O respirador foi desligado, e Nancy B. morreu em fevereiro de 1992. (DWORKIN, 2003, p. 259).

À medida que diversas decisões judiciais espalhadas pelo mundo reconhecem o direito do paciente de escolher sobre como se dará seu próprio fim, mostra-se sedimentado que a autonomia do ser humano deve ser resguardada e exercida até nos seus últimos momentos.

Isto posto, é extremamente desgastante obrigar o enfermo a sempre recorrer ao judiciário para ter seu direito cumprido, situação que estaria na maior parte, sanada se existisse regulamentação nacional sobre o assunto.

De outro lado, na Espanha desde 1986 é reconhecida a autonomia do paciente para determinar como será o tratamento médico, mas a legislação sobre as chamadas instruções prévias veio apenas em 2002.

Para Dadalto (2013)

Em linhas gerais, as instruções prévias na Espanha devem conter orientações à equipe médica sobre o desejo de que não se prolongue artificialmente a vida, a não utilização dos chamados tratamentos extraordinários, a suspensão do esforço terapêutico e a utilização de medicamentos para diminuir a dor, entre outras. A lei 41/02, possibilita que no documento de instruções prévias o outorgante nomeie um representante para que, quando estiver impossibilitado de manifestar sua vontade, este terceiro possa fazê-lo em nome do subscritor do documento. Ou seja, a lei espanhola apresenta uma verdadeira diretiva antecipada, com a possibilidade de conter, em um único documento, o testamento vital e o mandato duradouro. (DADALTO, 2013, p. 108).

Conforme o entendimento da autora, as instruções prévias da Espanha seguem o modelo das Diretivas Antecipadas dos Estados Unidos e podem ser consideradas completas, pois preparam o paciente para todos os imprevistos que podem ocorrer no momento de pré morte.

Já em Portugal, o tema é discutido desde 2006, e apenas em 2012 teve a promulgação da Lei nº 25/2012 que regulamenta as diretivas antecipadas de vontade.

Dadalto (2013) comenta que

Esta lei contém confusão terminológica, vez que iguala o testamento vital às diretivas antecipadas de vontade e trata o mandato duradouro, lá chamado de procurador para cuidados de saúde, como outro instituto jurídico – mas prevê a criação de um registro nacional, o que significa grande avanço na operacionalização deste instituto. (DADALTO, 2013, p. 108).

Deste modo, o preferível seria que as Diretivas Antecipadas de vontade funcionassem sempre como gênero, incluindo em um único documento as orientações de tratamentos que poderiam ou não ser realizados e a instituição de um procurador de cuidados de saúde, para que de forma prática os profissionais e familiares tivessem acesso a todos os desejos do enfermo.

No entanto, a criação de um registro nacional é uma atitude inovadora de Portugal e deve ser seguida por todos os países, inclusive é cabível se pensar em realizar diretivas antecipadas que tenham validade internacional, para incidentes que possam ocorrer em viagens.

Na Argentina a primeira legislação sobre diretivas foi no ano de 2007, e teve em 2009 a Lei Federal nº 26.529 promulgada que permite que o paciente disponha sobre suas vontades pelas diretivas antecipadas.

Após uma fase de forte discussão legislativa e bioética, a Itália aprovou a Lei nº 2801/2017 determinando que a vontade do paciente em relação aos cuidados paliativos deve prevalecer sobre a do médico e a da família, deixando o profissional isento de responsabilidade civil ou criminal.

De acordo com Dadalto (2018 *apud* VIDAL, 2018, p. 17) na lei, os doentes

podem recusar ou renunciar o tratamento médico que seja necessário para sua sobrevivência, incluindo nutrição artificial, algo que é tido, no Brasil, praticamente como uma obrigação. É comum vermos pacientes com tubos de alimentação artificial pelo nariz, descendo ao estômago. Como esse procedimento é bem incômodo, alguns pacientes tentam arrancar o tubo do nariz, o que os leva a serem amarrados na cama e serem chamados de “senis”. (DADALTO, 2018, p. 17 *apud* VIDAL, 2018, p. 17).

Além disso, salienta que baseado na confiança mútua entre médico e paciente, nenhum tratamento de saúde pode ser iniciado ou continuado sem o consentimento livre e esclarecido do doente.

No Brasil, como discorrido ao longo do presente artigo inexistente regulamentação sobre o tema. Apesar das resoluções do CFM, o poder legislativo nacional ainda permanece inerte a necessidade urgente de padronização das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Além das mínimas discussões existentes, existe projeto de lei desde o ano de 2018 tramitando no Senado Federal, ainda sem resultados. Posto isso, a cada dia mais pessoas falecem sem ter a sua autonomia resguardada, por medo dos profissionais ou pela falta de informação das partes.

ANÁLISE DA APLICAÇÃO PRÁTICA DA APELAÇÃO CIVIL Nº 70054988266 – TJRS

A fim de ratificar todo o exposto acima, segue julgado do Tribunal do Rio Grande do Sul sobre o tema

APELAÇÃO CÍVEL. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. BIODIREITO. OROTANÁSIA. TESTAMENTO VITAL. 1. Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme laudo psicológico, morrer para “aliviar o sofrimento”; e, conforme laudo psiquiátrico se encontra em pleno gozo das faculdades mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia multilatória contra sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida. 2. O caso se insere no denominado biodireito, na dimensão da ortotanásia, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural. 3. O direito à vida garantida no art. 5º, caput, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição institui o direito à vida, não o dever à vida, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando multilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal. 4. Nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado testamento vital, que figura na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina.

5. Apelação desprovida.

(TJRS – Apelação Cível nº 70054988266 RS – Relator: IRINEU MARIANI, Data do Julgamento: 20/11/2013, Primeira Câmara Cível, Data de Publicação: 27/11/2013)

Primeiramente, cabível destacar que o juízo ao tomar a certa decisão acima, verificou se o paciente estava saudável psicologicamente para exercer a autonomia sobre sua própria vida.

Nesse sentido, conforme exposto, não pode o Estado invadir o corpo de um paciente e o obrigar a realizar determinado procedimento extraordinário, pois é seu direito escolher não se submeter mais a sofrimento.

Conforme menciona, o direito à vida não é uma obrigação a vida, e deve ser levada em consideração a vida com dignidade, porque se assim não fosse, está nada valeria.

Frisa-se ainda o seguinte trecho do julgado, “(...) O caso se insere no denominado biodireito, na dimensão da ortotanásia, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural. (...)”, isto porque o Nobre Juiz apoia o desejo do paciente que escolhe morrer de forma natural, não prolongando ou interrompendo o curso natural da vida.

Além disso, dá validade ao Testamento Vital feito pelo paciente e declara que o médico se mantém por este preservado.

O Estado, no modelo da jurisprudência comentada, deve respeitar, auxiliar e influenciar os cidadãos a escolherem viver a vida com mais qualidade, e não por mais tempo.

PROJETO DE LEI Nº 149/2018

Uma das únicas iniciativas legislativas sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade até o momento é o Projeto de Lei do Senado nº 149, de 3 de abril de 2018, de autoria do Senador Lasier Martins, e mostra-se até o momento, o mais completo.

Isto porque, seu artigo 3º já inicia estabelecendo que apenas podem realizar as Diretivas Antecipadas pessoas maiores e capazes, desde que estejam na fase terminal da doença ou “acometidas por grave e irreversíveis danos à saúde”. (BRASIL, SENADO FEDERAL, PROJETO DE LEI Nº 149, 2018).

Para o documento ter validade indica que deverá ser feito por meio de escritura pública, sem conteúdo financeiro, lavrada em Cartório competente.

O Projeto de Lei também estipula que será possível revogar, ou modificar as diretivas antecipadas de vontade, caso necessário por meio de declaração verbal ao médico que registrará no prontuário do paciente.

No conteúdo, além das orientações sobre procedimentos invasivos, o paciente pode nomear uma pessoa capaz para ser seu representante, quando não for mais possível sua comunicação. No entanto, deixa a possibilidade de renúncia ao nomeado, demonstrando que exercer tal função não é obrigatório e de responsabilidade moral extrema.

Orienta os profissionais de saúde a pesquisar se existe documento de Diretivas Antecipadas, e apoiarem por meio de equipe interdisciplinar, o paciente a realizar, se não houver.

No mais, resguarda a obrigação de realizar os tratamentos paliativos a fim de aliviar o sofrimento do paciente, e protege o nascituro no caso de pacientes grávidas. Bem como, assegura aos médicos o direito a objeção de consciência, desde que exista outro profissional capaz de pôr em prática a vontade do paciente.

O Senador, autor do projeto em comento, justifica seu projeto dizendo

Inúmeros países contam com legislação desse tipo, a exemplo dos Estados Unidos da América, da Argentina e de diversos países da Comunidade Europeia, como Espanha, Itália, Portugal, Suíça e Holanda. Assim, é necessário colocar o Brasil em consonância com a tendência mundial de garantir, por meio de lei, a possibilidade de o paciente manifestar, e ter respeitada, a sua vontade, antecipadamente ao aparecimento ou ao agravamento de uma enfermidade grave, indicando expressamente a quais tratamentos concorda ou recusa se submeter, ou mesmo nomeando um representante para decidir por ele em caso de se tornar incapaz. (BRASIL, SENADO FEDERAL, PROJETO DE LEI Nº 149, 2018)

Portanto, o projeto mencionado se não estivesse parado no Senado desde 2018, sem justificativa, traria à sociedade o exercício de sua dignidade e autonomia, além da humanização da morte, uma vez que, visa proteger não só o paciente, mas também os profissionais de saúde que o acompanham e seu procurador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Preliminarmente, é importante ressaltar que o presente artigo científico não visa esgotar o estudo sobre o tema, tendo em vista a sua extensão e diversidade de áreas atingíveis.

Isto posto, a dimensão que o texto visa atingir é de forma singela, estimular o diálogo e regulamentação das Diretivas Antecipadas de Vontade, a fim de possibilitar um maior suporte aos pacientes terminais, seus familiares nesta etapa da vida tão profundo e os profissionais da área da saúde.

Além disso, estimular que as decisões possam ser tomadas de forma antecipada, visto que a complexidade existente. Para isso, reconhecer primeiramente a finitude do ser humano é indispensável.

Neste sentido, valorizar o direito do paciente de ser ouvido e de assumir a autonomia da tomada de decisão.

Com base nas pesquisas realizadas para elaboração do presente texto, restou-se nítido que as Diretivas Antecipadas de Vontade encontram respaldo em normas nacionais a partir de sua interpretação extensiva, e podem ser utilizadas.

É possível concluir que, a vida não deve ser abreviada, nem prolongada, mas sim respeitada. Para esse fim, os cuidados paliativos se mostram a ferramenta necessária, permitindo que a vida possa ter seu curso natural, no entanto proporcionando maior conforto ao paciente.

Entende-se que, mesmo com a probabilidade de nunca ser necessário utilizar as diretivas, é considerável preservar esta autonomia.

Portanto, a proposta de despertar o debate sobre o tema foi cumprida, e como desejo final, resta que as pessoas possam morrer sob a própria vontade!

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcos de; MUÑOZ, Daniel Romero. **A Responsabilidade Médica: Uma Visão Ética**. Revista Bioética, s. l., 1 jan. 1994. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/460. Acesso em: 26 ago. 2020.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

ARANTES, Ana Cláudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. YouTube: TEDx FMUSP, 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ep-354ZXKBEs>. Acesso em: 4 out. 2020.

BRASIL **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. S. l.: s. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. S. l., 10 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL, SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei nº 149, de 3 de abril de 2018**. Dispõe sobre Diretivas Antecipadas de Vontade sobre tratamentos de saúde. *S. l.*, 3 abr. 2018. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>. Acesso em: 4 nov. 2020.

BRASIL. TRF1. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. Processo nº 2007.34.00.014809-3. Juíz Federal: Roberto Luis Luchi Demo. 01/12/2010. 14ª Vara Federal. Seção Judiciária do Distrito Federal. **Conjur**. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

CLAUDINO, Alessandra Helen Alves. **Diretivas Antecipadas de Vontade no ordenamento jurídico Brasileiro**. Âmbito Jurídico, *s. l.*, 1 fev. 2015. Disponível em: https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-133/diretivas-antecipadas-de-vontade-no-ordenamento-juridico-brasileiro/#_ftn2. Acesso em: 11 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1805, de 09 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. Resolução CFM., 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 18 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Código de Ética Médica**. Resolução CFM. *S. l.*, 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1995, de 09 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Resolução CFM., 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 18 ago. 2020.

DADALTO, Luciana. **Aspectos Registrais das Diretivas Antecipadas de Vontade**. *Civilistica.com, s. l.*, 1 jan. 2013. Disponível em: https://6ac5b06e-842f-49bc-b330-b7c-7de0652cc.filesusr.com/ugd/bc3517_e5bc12a060b84b2d93d5c0f0e9dc42e5.pdf. Acesso em: 12 out. 2020.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 2.ed. aum. e atual. de acordo com o novo Código Civil (Lei n. 10.406, de 10-01-2002). São Paulo: Saraiva, 2002.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da Vida: Aborto, eutanásia e liberdades individuais**. 1. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 2003. 188 p.

FERNANDES, ThycoBrahe. **A reprodução assistida em face da bioética e do biodireito: aspectos do direito de família e do direito das sucessões**. Florianópolis: Diploma Legal, 2000.

GODINHO, Adriano Marteleto. **Testamento vital e o ordenamento jurídico brasileiro**, Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 15, n. 2545, 20 jun. 2010. Disponível em: [HTTP://jus.com.br/revista/texto/15066](http://jus.com.br/revista/texto/15066). Acesso em: 14 out. 2020.

LOPES, Miguel Maria de SERPA. **Curso de direito civil**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1989.

MELO, Mariano Terço de. A eutanásia, a distanásia e a ortotanásia à luz da justiça brasileira. *Âmbito Jurídico*. São Paulo, dezembro 1, 2016. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-155/a-eutanasia-a-distanasia-e-a-ortotanasia-a-luz-da-justica-brasileira/> Acesso: em 24 out. 2020.

MENEZES, Cynara. **Governo abre discussão sobre Ortotanásia**. *Folha de São Paulo*, S. l., p. 1-3, 5 abr 1998. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff05049818.htm>. Acesso em: 31 out. 2020.

MINAS GERAIS. **Lei nº 16.279, de 20 de julho de 2006**. Dispõe sobre os direitos dos usuários das ações e dos serviços públicos de saúde no Estado. 20 jul. 2006. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-16279-2006-minas-gerais-dispoe-sobre-os-direitos-dos-usuarios-das-aco-es-e-dos-servicos-publicos-de-saude-no-estado>. Acesso em: 21 out. 2020.

MIRANDA, Thiago Alves. **Eutanásia está cercada de polêmicas e dissonâncias**. *Conjur*, S. l., p. 01-03, 26 jun. 2010. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2010-jun-26/legislacao-vigente-gera-controversias-aplicacao-eutanasia?pagina=4#_ftn1_5839. Acesso em: 2 nov. 2020.

PARANÁ. **Lei nº 14.254, de 04 de dezembro de 2003**. Prestações de serviços e ações de saúde de qualquer natureza aos usuários do sistema único de saúde – SUS e das outras providências. 04 dez. 2003. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/pr/lei-ordinaria-n-14254-2003-parana-prestacao-de-servico-e-aco-es-de-saude-de-qualquer-natureza-aos-usuarios-do-sistema-unico-de-saude-sus-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 26 out.2020.

PENALVA, Luciana Dadalto. **Declaração Prévia de Vontade do Paciente Terminal**. 2009. . Dissertação (Pós- Graduação em Direito) - Faculdade Mineira de Direito da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, S. l., 2009, p. 185. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Direito_PenalvaLD_1.pdf. Acesso em: 7 set. 2020.

RABELO, Carolina Gladyer; CATELLI, Thais. **Direito de Morrer com Dignidade: Proteção à luz do direito internacional e nacional**. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos*, s. l., v. 4, ed. 2, p. 161-182, 1 jul. 2016. Disponível em: <https://www3.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/395#:~:text=O%20direito%20de%20morrer%20%C3%A9,regramento%20especifico%20sobre%20a%20mat%C3%A9ria>. Acesso em: 26 ago. 2020.

ROXIN, Claus. **A tutela penal da vida humana**. São Paulo: Ed. Damásio de Jesus, 2005.

SANTANA, Júlio César Batista; SANTOS, Andréa Vaz dos; SILVA, Bruna Reis da; OLIVEIRA, Denísia Cristiane dos Anjos; CAMINHA, Eberth Mesquita; PERES, Flávia Soares; ANDRADE, Cynthia Carolina Duarte; VIANA, Maria Bernadete de Oliveira. **Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas**. *Revista Bioética*, S. l., v. 21, p. 298-307, 11 jun 2013. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/820/908. Acesso em: 18 ago. 2020.

SÃO PAULO. **Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999**. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado . Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/alteracao-lei-10241-17.03.1999.html>. Acesso em: 21 out. 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

SILVA, Gabriela Barbosa da. **Eutanásia e o direito de escolha**. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/63964/eutanasia-e-o-direito-de-escolha>. Acesso em: 21 out 2020.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e Direito**. S. l.: Jurídica Brasileira, 1999.

VIDAL, Luciano. **Diretivas Antecipadas de Vontade**. Jus Brasil, S. l., p. 01-30, 24 ago. 2018. Disponível em: <https://vidallucianodireito.jusbrasil.com.br/artigos/641255790/diretivas-antecipadas-de-vontade>. Acesso em: 2 nov. 2020.

AGRADECIMENTOS

Em memória de Jose Pereira Lima. Minha referência. Melhor avô. Melhor pessoa. A estrelinha que me ensinou muito sobre empatia ao próximo. Sobre em como o amor é confirmado nas circunstâncias mais difíceis. Sobre deixar ir. O Seu amor vive. A benção papai...