

**DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: CONSTRUÇÃO DE BASES DOGMÁTICAS E JURÍDICAS | ADVANCE DIRECTIVES: CONSTRUCTION OF DOGMATIC AND LEGAL BASES**

VIVIANNE RODRIGUES DE MELO

“O médico não tem, sobre o doente, senão os direitos que este lhe confere”  
(Papa Pio XII)

**RESUMO:** Pesquisa bibliográfica e documental, realizada na literatura médica e jurídica internacional e nacional. Investiga a validade da construção de bases dogmáticas e jurídicas do tema, com enfoque no direito brasileiro. Aborda as diretivas antecipadas de vontade como legítimo exercício da autonomia privada do paciente, diante da terminalidade da vida.

**ABSTRACT:** *Bibliographical and documentary research, carried out in the medical and legal literature using international and national data. It investigates the validity of the construction of dogmatic and legal bases of the subject, focusing on Brazilian law. It also addresses the advance directives as the legitimate exercise of the patient's private autonomy, facing the termination of life.*

**PALAVRAS-CHAVE |** Diretivas antecipadas de vontade. Paciente terminal. Direito Médico. Brasil.

**KEYWORDS:** *Advance directives. Terminal patient. Medical Law. Brazil.*

## 1. INTRODUÇÃO

**O** estudo versa sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), instituto jurídico que está na ordem do dia, em razão dos direitos de personalidade relacionados aos pacientes.

Trata, sob o aspecto metodológico, de pesquisa qualitativa, realizada na via bibliográfica e documental, por meio de fontes de direito internacional e nacional. Tem como objetivo finalístico a construção de bases dogmáticas e jurídicas que constatem a validade do instituto em reflexão, com especial enfoque no ordenamento jurídico brasileiro.

Guia-se a pesquisa a partir da seguinte constatação: na elaboração personalíssima das diretivas antecipadas, a vontade exarada pelo paciente pode restar ultrapassada, ao tempo do estado de adoecimento, em razão dos avanços biotecnológicos. Diante disso, o profissional da medicina tem o direito de agir em desacordo com os exatos termos enunciados nas DAV? Nesta situação, a conduta médica implicaria violação da autonomia privada do paciente (doente) como expressão dos direitos da personalidade? Este é o problema que se busca deslindar no breve estudo. Para tanto, recorre-se a uma investigação sobre a condição da terminalidade da vida, o perfil do doente terminal a partir do século XX e de que forma o direito privado passou a lidar com a angústia da “morte indigna”.

Nesta senda, procura-se introduzir a temática das DAV como uma expressão auto determinativa do paciente na qualidade de consumidor dos serviços de saúde.

Propõe-se uma discussão jurídico-deontológica para encontrar um caminho razoável, balizado no Direito, em situações nas quais o médico venha a discordar da vontade do paciente, por estar ultrapassada no tempo, ou quando considerada antiética pela classe médica.

## 2. AFIRMAÇÃO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA HISTÓRIA

A terminalidade da vida é um fenômeno biológico subjacente à natureza humana, mas nem sempre foi examinada com as mesmas

impressões. Ao longo da história da humanidade, as representações socioculturais da morte passaram por diversas mudanças: de um castigo dos deuses a um fenômeno da natureza próprio do repertório biológico. Mas, ainda em tempos de pós-modernidade, a certeza da morte não arrefece a angústia sobre o fim da vida, que comumente acomete ao homem. De fato, não há como se conceber o que as fiandeiras Moiras (SÁ; PONTES, 2009, p. 38) tecerão na roda da fortuna a respeito da vida e do destino individual de cada um. *Mortem semper certa est!* O homem, na condição de animal metafísico, é fadado a viver com uma certeza irrefutável em um porvir: a de estar destinado a morrer (GIACOIA JÚNIOR, 2005, p. 13).

A “arte do bem morrer” (PINA, 2013, p. 317) é condição do psiquismo humano e constitui tema debatido no mundo ocidental desde o final do século XX. Fato estudado pela Antropologia da Saúde é o medo ou a fobia das pessoas em relação a certos tipos de doença e, especialmente, da morte. De fato, há pessoas que têm verdadeiro temor em receber intubação endotraqueal, por exemplo. E a imagem do paciente combalido no leito da Unidade de Terapia Intensiva - UTI lhes parece igualmente aflitiva. Por isso, a ordem de não entubar e de não fazer ressuscitar é recorrente na preocupação manifestada por pacientes.

Vilhena (2013) estuda a transição dos excessos operados pelo poder de salvação da medicina, na aguerrida luta da ciência para contornar a morte, até os limites eticamente impostos aos tratamentos fúteis, com a proposta dos cuidados meramente paliativos, nos quais não há interferência para a diminuição ou aumento de vida dos pacientes.

As atenções jurídico-sociais canalizadas para a chamada morte digna, ou para se evitar a procrastinação da vida a todo custo, tiveram início nos Estados Unidos na década de 70. A historiografia revela que, ao final da década de 60, o jurista norte americano Luis Kutner manifestou intensa preocupação com o sofrimento humano na vida terminal. Extremamente sensibilizado com um amigo doente, publicou artigo no qual defendia a preservação da autonomia do paciente para dar consentimento prévio sobre forma e extensão de tratamento médico

que recairia sobre si. (RODRIGUES JÚNIOR, 2015, p. 387). Kuttner concebeu também um documento por ele nominado *living will*, a ser formalizado conforme as especificidades listadas:

(i) o paciente capaz deixaria escrita sua recusa a se submeter a determinados tratamentos quando o estado vegetativo ou a terminalidade fossem comprovados; (ii) a vontade manifestada pelo paciente no *living will* se sobreporia à vontade da equipe médica, dos familiares e dos amigos do paciente e o documento deveria ser assinado por, no mínimo, duas testemunhas; (iii) esse documento deveria ser entregue ao médico pessoal, ao cônjuge, ao advogado ou a um confidente do paciente; (iv) deveria ser referendado pelo Comitê do hospital em que o paciente estivesse sendo tratado; e (v) poderia ser revogado a qualquer momento antes de o paciente atingir o estado de inconsciência. (DADALTO, 2015, p. 26).

Em 1976, o *Living Will* foi legalizado no Estado da Califórnia, sendo esse direito regulamentado em âmbito federal no ano de 1991, com a égide da *Patient Self-Determination Act (PSDA)*. Conforme texto revisado do PSDA (1995, p. 01), a diretiva antecipada especifica de que modo as decisões de suporte à vida devem ser executadas caso o paciente venha a ficar doente terminal e incapaz de comunicar os seus desejos pessoais. É o cenário do testamento vital, que envolve as DAV, como manifestação individual do paciente a respeito de seu próprio corpo.

Quase uma década depois da primeira manifestação, a discussão jurídico-social a respeito das DAV atravessa o Atlântico e chega à Europa, sendo a Espanha um dos países pioneiros a legislar sobre o tema. O direito espanhol adotou a nomenclatura “instruções prévias”, ao fundamento de que a tradução literal da expressão trazida do direito norte americano, qual seja, ‘vontades antecipadas’, era estranha à

literatura da bioética e do direito sanitário. (CLAUDINO, 2015).

Observa-se que a nomenclatura para o tema varia conforme cada país e sistema léxico. Na literatura médica e na doutrina jurídica encontra-se com maior frequência as seguintes classificações: “testamento biológico, testamento vital, diretrizes antecipadas de tratamento, declaração antecipada de vontade, declaração antecipada de tratamento, declaração prévia de vontade do paciente terminal, living will.” (ALVES, 2013, p. 260)

Objetivamente, as DAV integram um instrumento jurídico formal que legitima o paciente a manifestar expressamente sua vontade relativa a tratamentos médicos, em condições de saúde nas quais isso se mostre impossível, isto é, nas situações de terminalidade de vida. Desse modo, o profissional da medicina ou equipe responsável por tratar o doente, vulnerável sob o ponto de vista da bioética, deverá respeitar o desejo previamente manifesto pelo paciente, cuja escolha pode ser evitar a obstinação terapêutica. Tal situação é também conhecida como “encarniçamento terapêutico”, qual seja, o prolongamento inútil da sobrevivência do ser humano doente, via meios extraordinários.

As DAV são integradas pelo testamento vital ou biológico e pela procuração em estado de saúde, também denominada mandato duradouro ou *durable power of attorney*: “[...] As DAV tratam especificamente sobre o pedido ou a recusa dos tratamentos futuros, o qual se denomina Suspensão de Esforço Terapêutico (SET)”. (COGO, 2016, p. 42).

No testamento vital, a pessoa interessada define antecipadamente, e de forma escrita, as espécies de tratamentos ou cuidados médicos que pretende ou não receber se, eventualmente, padecer de enfermidade ou de estado de saúde incapacitante de expressar por si só a própria vontade.

O mandato duradouro é o documento formalizado pelo paciente que, voluntariamente, escolhe e nomeia uma “pessoa que deverá tomar decisões em seu nome, quando o próprio paciente não puder exprimir mais sua vontade”. (NAVES ET AL, 2010, p. 176). Trata-se aqui da figura do representante ou procurador em estado de saúde, normalmente uma pessoa de extrema confiança do interessado que

formaliza as DAV.

Observa-se que o testamento biológico e a procuração em estado de saúde são duas faces da mesma moeda, que é a formalização documental na qual se concentram as expectativas do paciente para fins de tratamentos médicos. Há interessados, conforme se observa, que lavram o documento de testamento biológico e deixam de constituir um procurador em estado de saúde. Neste aspecto, as decisões para o bem-estar do paciente podem ser tomadas em sede de tutela ou, na ausência de um tutor, pelos membros mais próximos do tronco familiar do paciente.

Quais as razões pessoais que impulsionam um indivíduo a lançar mão das DAV? Dadalto et al (2013, p. 464) advertem sobre a verdade antropológica sobre a qual se ensejou tal prática: a premissa de que o paciente, na qualidade de sujeito de direitos, pode rejeitar certos tipos de tratamentos médicos por si considerados intoleráveis, quando visarem o prolongamento fútil da vida, “[...] quando seu estado clínico for irreversível ou estiver em estado vegetativo sem possibilidade de recobrar suas faculdades, conhecido atualmente como estado vegetativo persistente”.

Como principais efeitos positivos dos instrumentos jurídicos em questão, registra-se a possibilidade de se preservar a autodeterminação do paciente, como expressão da autonomia privada. Além disso, os documentos formulados podem agir como relevantes guias redutoras de eventuais conflitos de decisões de tutores ou familiares, além de minimizar os dilemas profissionais surgidos nas situações de terminalidade da vida. (COGO, 2016, p. 184). Tal perspectiva harmoniza-se com o disposto no art. 24 do Código de Ética Médica (2009), quando veda o médico a: “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”. Sobre a importância prática desta regra deontológica na relação médico-paciente, Nery (2014, p. 41) enfatiza que as decisões clínicas deverão se pautar no respeito à autonomia privada dos pacientes, de modo que “estes assumam o domínio sobre a escolha das terapias a que serão submetidos, mediante os esclarecimentos prestados pelo médico responsável”.

A legislação sobre DAV nos países que já regulamentaram o tema assimila o substrato ético encontrado na Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina (1997), designadamente o previsto no art. 9º: “A vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta”. Destaca-se também o supedâneo da Declaração Universal da Bioética e Direitos Humanos (2005), relativo ao respeito à dignidade humana e as liberdades fundamentais (art. 3º), bem como à autonomia na tomada de decisões do paciente (art. 5º).

### **3. CONCEITO DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E BREVE DIFERENCIAÇÃO DE OUTROS INSTITUTOS JURÍDICOS**

Como dito, a possibilidade de instalação da doença e o término das funções vitais são temas perturbadores para muitas pessoas, as quais, no exercício de direitos subjetivos, podem estabelecer balizas individuais sobre a forma como desejam ser tratadas em situações fatais de terminalidade de vida. Nesse dilema volitivo, Rui Nunes (2016, p. 66) adverte: “é um imperativo fundamental que a medicina se interesse de igual forma por todos esses problemas”.

As DAV traduzem instituto eminentemente ligado à terminalidade da vida. São instrumentos que atuam como guias diretivos da vontade da pessoa enferma, bem como mecanismos facilitadores para a tomada de decisões nos casos de “intervenções que podem tanto prolongar a vida quanto o evento de morte”. (SAIORON, 2016, p. 27).

Tangenciam outros institutos jurídicos e tocam em aspectos clínicos que merecem ser descortinados. Sucintamente, a principal diferença entre as DAV e outras figuras relacionadas à terminalidade da vida, designadamente a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia, é que as diretivas antecipadas atuam como documentos balizadores da vontade pré-manifesta pelo paciente, em situações fáticas nas quais a doença venha a lhe retirar a capacidade de, por si só, expressar suas intenções sobre determinados atos ou tratamentos clínicos. As DAV

perfazem o campo da “morte digna”. Outra diferença específica é que suporte ao suicídio, eutanásia, ortotanásia e distanásia integram o chamado “direito de morrer”.

O suporte ao suicídio, também conhecido como suicídio assistido, dá-se quando o próprio paciente ceifa a vida, com auxílio de terceira pessoa, que pode ser um médico. A eutanásia, da etimologia grega *eu* + *thanatos*, traduz-se como “morte boa”. Na lição de Araújo (2010, pp. 91-93), ocorre eutanásia quando uma pessoa causa propositalmente a morte de outra com a saúde altamente fragilizada. A eutanásia, comumente, é praticada em indivíduo acometido de enfermidade incurável ou penosa, com o objetivo de colocar um fim ao estado agônico do paciente terminal. Ao refletir a morte como expressão da dignidade humana, Stela Barbas (2009, p. 81) revela que na ortotanásia ocorre “[...] a redução ou interrupção de tratamentos inúteis e desproporcionados destinados a prolongar, a protelar a vida de um doente terminal para além do que seria o decurso natural”. Já a distanásia é conhecida como o prolongamento médico e artificial do processo da morte em situação de cura cientificamente impossibilitada. Aqui é o campo dos tratamentos fúteis e da obstinação terapêutica (encarniçamento terapêutico), objeto de grandes discussões, por violar o clássico princípio bioético da beneficência de fazer o bem e evitar o mal do paciente.

Em relação à figura do médico, Lia Araújo (2012, p. 15) adverte que “por força da inconsciência do doente, reside no profissional de saúde a responsabilidade pela intervenção ou pela omissão da intervenção ou tratamento”. Dentre outros profissionais diretamente envolvidos no cumprimento das diretivas, os enfermeiros ocupam papel especial, por lidar de maneira muito próxima com a manutenção da vida do enfermo incapaz de manifestar sua vontade.

A literatura médica é uníssona em afirmar a dificuldade em estabelecer um conceito hermético de doença terminal por envolver complexos fatores socioculturais. A definição de paciente terminal é naturalmente complexa porque envolve uma gama de avaliações técnicas. Nesse sentido, Gutierrez (2001) adverte que “um paciente é terminal em um contexto particular de possibilidades reais e de

posições pessoais, sejam de seu médico, sua família e próprias”. Um conceito mais objetivo de paciente terminal é proposto por Ulisses S. Melo (1988, p. 82) como “o portador de uma doença incurável, ir à morte, a curto ou a médio prazo, devido a esta mesma doença ou a complicações desta”.

Do Parecer nº. 1243/00 do Conselho Regional de Medicina do Paraná, exarado em 25 de abril de 2000, é possível extrair, por sua vez, o significado clínico de coma, como sendo:

[...] um estado em que o indivíduo não demonstra conhecimento de si próprio e do ambiente, caracterizado pela ausência ou extrema diminuição do nível de alerta comportamental (nível de consciência), permanecendo não responsivo aos estímulos internos e externos, com os olhos fechados, e que decorre de lesão ou disfunção do sistema reticular ascendente, de lesão difusa do córtex cerebral ou de ambas.

O paciente comatoso é desprovido de consciência e de responsividade e recebe assistência, mediante cuidados gerais, como “entubação ou traqueostomização, gasometria arterial frequente, cateterização venosa, para a administração de medicamentos e fluidos”, na lição de Ivamoto (s.d., s.p.). Concebido como uma evolução do coma, o Estado Vegetativo Persistente (EPV) é caracterizado por “completa ausência da consciência de si e do ambiente circulante, com preservação do ciclo sono-vigília, em função da gravidade do insulto sofrido pelo sistema nervoso central.” (AUMA, 2016, p. 268) Neste estado, embora o paciente esteja inconsciente, lhes são preservadas as funções corporais necessárias à sobrevivência e, para tanto, pode receber hidratação e alimentação.

A resposta das DAV em matéria de saúde é sujeita à verificação de condicionantes que atuam como requisitos de validade a serem obedecidos pelos profissionais em atuação. Godinho (2012, p. 973) considera fundamental a conjugação dos seguintes fatores, avaliáveis

pela equipe médica: “que o paciente não é mais capaz de tomar decisões sobre os cuidados com sua saúde e que não há, segundo as circunstâncias e após cuidadosas análises, perspectiva de que o paciente recobre o discernimento para tomá-las”.

## **4. AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA PERSPECTIVA DO DIREITO MÉDICO**

### **4.1. O DIREITO À AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE**

A partir de um longo percurso de estruturação da histórica da Bioética, com a pedra fundamental iluminista da Declaração de Filadélfia (1774) e, principalmente, com a primeira versão da Declaração de Nuremberg (1947), com as variantes da Declaração de Helsinque (1964) e com o Relatório Belmont (1878), a história da Medicina e a construção dogmática do Direito Médico são marcadas pela mudança paradigmática do vetusto modelo hipocrático de relação médico-paciente, coroando-se a autodeterminação e o consentimento informado, como bases dos direitos da personalidade do paciente.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e com a posterior construção de bases sociológicas, filosóficas e normativas de proteção aos Direitos Humanos e dos direitos fundamentais, o modelo de relação médico-paciente também passou por uma avassaladora (des)construção. Embora uma relação eminentemente passiva seja ainda percebida, a depender de fatores socioculturais e psicossociais do paciente - a exemplo do grau de escolarização, nível de informação, a ambiência em que vive - é perceptível, no mundo ocidental e no Brasil, de modo geral, maior interação do paciente com seu médico de confiança. O paciente de hoje tem atuado como consumidor dos serviços de saúde, com perfil mais exigente de paciente do que o do Brasil rural.

No chamado modelo hipocrático, não havia espaços para demais questionamentos a respeito dos tratamentos a serem ministrados ao doente. Embora preponderasse “o respeito ao paciente a garantia de sua cooperação” (PEREIRA, 2004, p. 25), a relação médico-paciente não era pautada no consentimento informado, como expressão pura

da autonomia privada. Imperava a confiança absoluta na figura do médico, eticamente responsável pela beneficência do doente. E, em razão dos horrores nazi, diante das experimentações científicas feitas à revelia da vontade dos pacientes, a história dos Direitos Humanos coroou, ao longo de décadas, a conquista de princípios bioéticos que viriam a mudar inexoravelmente a Deontologia Médica.

Nesta reflexão, nos limitaremos ao princípio da autodeterminação, por afinar-se ao tema delimitado. Em se tratando das DAV, a autodeterminação do paciente apresenta-se como um elemento de suma importância. A autodeterminação, verdadeiro direito da personalidade que é, ocorre quando o interessado formaliza a indicação de um procurador em estado de saúde (para representar seus interesses e realizar eventuais decisões), se, por uma adversidade da vida ou do porvir, o estado de adoecimento privar fatalmente o doente da manifestação volitiva. Não é incomum a condição de pessoas desprovidas de familiares mais próximos, ou, mesmo os tendo, nomear um procurador estranho à família. Verifica-se ainda a autodeterminação do paciente instrumentalizada pelo testamento vital, por meio do qual o paciente discrimina em pormenores a sua vontade em relação a tratamentos aos quais deseja ou não se submeter quando grave e irreversivelmente enfermo ou em condições de vida terminal, hipóteses nas quais:

Por exemplo, poderá repudiar intervenção extraordinária, fútil ou inútil; sonda de alimentação entérica; uso de máquina de hemodiálise; internação em UTI se não tiver qualquer chance; ação médica que não traga benefícios; reanimação em hipótese de parada respiratória ou cardíaca ou até mesmo pedir desligamento de aparelho de sustentação vital. (DINIZ, 2014, p. 527)

O exercício da autodeterminação do paciente constitui, na essência, a manifestação da liberdade como um direito fundamental exercitado e, neste aspecto, uma modulação dos direitos da personalidade. Tal

liberdade auto determinativa é o pressuposto da humanização em serviços de saúde e corolário da dignidade humana, vetor axiológico máximo e fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, inciso III).

Observa-se que a autodeterminação sobre o corpo é manifestada no desejo formalizado pelo paciente, sobre a forma de receber o tratamento, se doente e privado de capacidade de externar a própria vontade. O respeito à autonomia do paciente tornou-se um relevante imperativo ético na arte de exercer a Medicina. Diante disso, um dos maiores desafios debatidos pela deontologia médica é o respeito à autonomia de vontade do paciente, em relação a tratamentos ou a intervenções, a serem ou não ministrados, na impossibilidade de o paciente externar a sua vontade.

Em outras palavras, integra o plano da autonomia a rejeição formal à condução de determinados tratamentos ou manutenção vital, considerados inúteis pelo paciente, a exemplo das medidas de suporte básico de vida (alimentação e hidratação artificiais)<sup>1</sup>. O livre exercício de escolhas, em matéria de testamento e procuração para estado de saúde corresponde à tutela dos direitos da personalidade, que “permite a cada um eleger seu modo de vida desde que não cause prejuízo a ninguém”. (OLIVEIRA, 2011, p. 32).

O objetivo finalístico das DAV é, pois, dignificar o doente, por meio da concretização da vontade de uma pessoa. Ao relacionar os princípios da dignidade e da autodeterminação, Bontempo (2012) adverte que as diretivas antecipadas são o caminho para garantir o exercício da autonomia privada do paciente eventualmente incapacitado, bem como diretrizes ao “profissional médico e sua equipe para que seja empregado o tratamento e cuidados previamente escolhidos pelo próprio paciente”.

Na perspectiva jurídica, para a validade dos instrumentos de testamento vital e mandato duradouro (na constituição, adaptação ou revogação), é imprescindível que, no ato jurídico de formalização de vontade, o interessado tenha plena capacidade e esteja com as

---

<sup>1</sup> Sobre a polêmica utilização da alimentação e da hidratação artificiais (AHA) em pacientes agônicos ou em estado vegetativo permanente (EPV), vide GONÇALVES, 2006, p. 59-64.

faculdades mentais preservadas. As DAV possuem natureza de negócio jurídico e dependem da conjunção das seguintes condições de validade, nos termos do art. 104 do Código Civil brasileiro: “I - agente capaz; II - objeto lícito, possível, determinado ou determinável; III - forma prescrita ou não defesa em lei”. Nesta senda, destacam-se apontamentos doutrinários que mencionam a exigibilidade da “capacidade negocial e também a exigência de forma especial, como a lavratura das DAV em sede notarial” (PEREIRA, 2004, p. 247), variáveis conforme o ordenamento jurídico.

#### 4.2. DISCUSSÃO JURÍDICO-DEONTOLÓGICA EM TORNO DO TEMA

Do confronto entre a finitude do viver e os avanços da biotecnologia e da Medicina, surge a necessidade de reflexão sobre a própria vida, enquanto direito fundamental. E, neste contexto, uma ponderação sobre o agir médico diante de enfermidade terminal ou irreversível na qual a manifestação de vontade do paciente resta impossibilitada.

Fala-se aqui da perspectiva da perda da saúde e da impossibilidade de o doente manifestar seu querer exato, em relação a certos tipos de tratamentos ou procedimentos que rejeite. Em outras palavras, muitos têm como verdade a certeza de que o direito à vida (digna) não significa mantê-la de forma artificial e a qualquer custo. E, por tal razão, não pretendem receber tratamento que considerem inútil ou humanamente penoso.

Partindo da verdade de que é dever deontológico basilar o respeito à vontade do paciente, como devem proceder os profissionais da saúde se a medicina avançou com recursos que inovam para além da própria vontade outrora manifesta pelo paciente, à época da lavratura das DAV? Este constitui o ponto principal sobre o qual pairam incertezas e críticas dos juristas ou profissionais da saúde que rejeitam as DAV como exercício da autonomia privada do doente, quando questionam: na situação acima apontada, *quid juris*, se o doente inconsciente não puder mais manifestar a sua vontade de voltar atrás?

O Código de Ética Médica (2009) não prevê expressamente uma resposta à questão proposta. Enuncia que ao médico é vedado

“desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte” (art. 31).

Ademais, é vedado “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal” (art. 34).

Releva considerar a caducidade das DAV estabelecida em certos ordenamentos jurídicos, a exemplo da Espanha (2 anos) e de Portugal (5 anos). (DINIZ, 2014, p. 527). Em outras palavras, se o paciente não reafirmar sua vontade formalizada, o documento pode perder a natureza de ato jurídico válido ao tempo do ato médico.

É certo que a vontade proclamada pelo paciente constitui diretriz específica sobre tal ou qual tratamento pretende receber, o que não exclui outras formas de atuação médica—empregadas, ao longo do tempo, face às descobertas científicas. O parágrafo único do art. 41 do Código de Ética Médica (2009) prevê que:

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

Compreendemos, todavia, que tal vontade admite uma natureza relativa, capaz de ser flexibilizada pelos avanços da biomedicina e da biotecnologia. Dessa forma, defendemos que, na situação apontada, a equipe médica deverá prestar as devidas informações aos tutores e, na ausência destes, aos familiares do enfermo. Tal forma de agir corresponde ao exercício regular de regras diceológicas da profissão, previstas no inciso II do Capítulo II do Código de Ética Médica (2009), que resguarda ao médico o direito de “indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e

respeitada a legislação vigente”. Em outras palavras, a vontade do paciente deve ser flexibilizada diante do avanço biomédico. Todavia, o que fazer se houver uma abstenção na tomada de decisões em nome do doente ou uma renitência em manter os termos enunciados nas diretivas antecipadas?

É pressuposto universal da deontologia médica a possibilidade de o profissional da medicina invocar a escusa ou objeção de consciência. Tal regra diceológica pode ser usada nos casos nos quais o médico venha a discordar da vontade aposta pelo paciente em tempo pretérito. Concordamos com o pensamento de Carlos Neves (2001, p. 78) quando reflete as condutas medicamente admitidas, no caso de o doente ou seu representante (aqui podemos pensar em tutor, procurador em estado de saúde ou mesmo em familiar próximo) intencionar a continuação ou o recurso de terapêutica fútil: “Numa primeira análise, deverá o médico assistente evitar esta situação de potencial conflito estabelecendo, sempre que possível, um plano terapêutico onde os objectivos a atingir para aquele doente sejam definidos”. A respeito da conduta médica razoável a esta questão, o autor compreende que o médico deverá demonstrar, com segurança e serenidade, “[...] que a defesa e aplicação do princípio da autonomia garante ao doente um direito à recusa de um determinado tratamento médico, mas que não lhe confere o direito a obter todo e qualquer tratamento” (NEVES, 2001, p. 78).

Nesta incursão investigativa, denominamos “vontade velha” este querer manifestado pelo paciente, cujo enunciado cede espaço a novos tratamentos e abordagens, os quais interferem diretamente nos protocolos médicos. Se nas atuais circunstâncias o doente se inteirasse das atualizações da Biomedicina, talvez ele próprio redefinisse sua vontade e alterasse as diretivas, optando por outro tratamento mais eficaz.

Há quem defenda a viabilidade de o médico invocar o argumento dos “melhores interesses do doente” para validar a decisão profissional dissociada da vontade pré-manifesta nas diretivas antecipadas. Os melhores interesses do doente harmonizam-se com o princípio bioético da beneficência. Este foi o critério utilizado pelo Supremo Tribunal dos Estados Unidos da América, em 1990, no julgamento do *leading case*

Nancy Cruzan<sup>2</sup>. A cidadã norte-americana Nancy Cruzan sofreu um acidente automobilístico em razão do qual permaneceu em EVP por anos a fio. Os pais de Cruzan solicitaram autorização judicial para a interrupção da nutrição e da hidratação artificiais às quais a filha era submetida, de forma a fazer valer uma vontade de não prolongamento fútil e artificial de sua vida. Tal vontade fora manifestada pela paciente a uma amiga íntima, anos antes do acidente. O pedido foi rejeitado pela Suprema Corte do Estado de Missouri, que decidiu pela preservação da vida, conforme política assumida no *Living Will Statute*.

Um meio termo ou caminho razoável para a atuação médica, no caso de uma recusa a tratamento previamente manifesta em testamento vital - o que se ousa denominar “vontade velha” (a exemplo do repúdio à invasão da traqueostomia ou respirador) - pode ser o exercício de algo chamado de *in dubio pro infirmum*. É dizer, diante da vontade do paciente que esta ficou “velha” sob o ponto de vista clínico e científico. E, em situações de dúvida sobre o que fazer (quando nem mesmo a própria família assumir escolhas), à salvaguarda do bem-estar enfermo, segundo parâmetros clínicos, parece ser essa decisão a forma mais aperfeiçoada para o profissional da medicina honrar com o seu dever de curar ou de garantir um mínimo de dignidade, sem se omitir de seus deveres deontológicos. A integridade e os detalhamentos dos prontuários médicos atuam, cabe salientar, como bases documentais de relevante valor jurídico e de proteção aos direitos dos pacientes e dos profissionais envolvidos.

Releva trazer à colação a advertência de Rocha (2013, p. 216), que “a decisão ética da descontinuidade de tratamento que prolonga a vida, mas não traz benefícios a um paciente é moralmente aceitável”. Neste aspecto, tal postura médica não violaria os direitos da personalidade do doente, nomeadamente a integridade física, a autodeterminação e a liberdade de escolha? Acredita-se definitivamente que não, já que é um dever ético do profissional da medicina garantir o melhor

---

<sup>2</sup> Cf.: ESTADOS UNIDOS da América. Suprema Corte. Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 497 U.S. 261 (1990), nº. 88-1503. Argued Dec. 6, 1989. Decided June 25, 1990. 497 U.S. 261. Disponível em <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/case.html> Acesso em 27 dez. 2017.

interesse do doente, como um interesse público de promoção de saúde e dignidade. Na medida em que um tratamento proposto pelo paciente se torna ultrapassado e contrário as melhores práticas no exercício da profissão (podendo até mesmo contribuir para sofrimento ou risco de vida do doente), o dissenso do médico pode ser entendido como o exercício regular de sua profissão e, portanto, dever ético justificado.

Na ponderação casuística, resta claro que no exercício regular da profissão pode ocorrer uma sobreposição daquela “vontade velha”, em nome do bem-estar do doente. O bem-estar da saúde do doente é previsto no *Corpus Hipocraticum* e corresponde ao princípio clássico da beneficência, previsto no Relatório de Belmont (1978), modalidade de *soft law* que aprimorou classificação dos bioéticos relacionados a pesquisas e experimentações científicas com o envolvimento de seres humanos. Nesta hipótese, para o resguardo de quaisquer sanções disciplinares ou judiciais, o médico deve comunicar aos familiares do doente e documentar, em pormenores, no prontuário do paciente.

Em caso de o paciente ter constituído um procurador com poderes para decidir em nome do doente a melhor terapêutica, é viável um diálogo do médico com aquele mandatário. Recomenda-se uma entrevista pautada em exaustiva informação, de modo que o procurador possa decidir e consentir o melhor caminho pro enfermo.

Diante da inexistência de procuradores e tutores, acredita-se que o médico deve informar a situação e remeter a decisão aos familiares do doente, em ordem de preferência, a começar pelos cônjuges ou companheiros. Nas situações de descobertas terapêuticas divergentes da vontade pré-manifesta pelo paciente, Maria Helena Diniz (2014) também entende que a autodeterminação do doente não é onímoda e pode ser relativizada pelo princípio da beneficência. Faz parte das artes médicas a decisão profissional de rejeitar tratamento, segundo critérios científicos e bioéticos que podem relegar a vontade do doente: “Ante tantos conflitos, o médico deve, às vezes, assumir o encargo de moderador de tensões, decidindo em que circunstâncias a vontade do paciente deve prevalecer”. (DINIZ, 2014, p. 529-530).

No conflito bioético entre os princípios da autonomia e da beneficência, tomamos também como lição o pensamento de Maluf

(2010, p. 314) de que “[...] é fundamental a análise individual em cada caso, estabelecendo-se o custo-benefício de cada terapia a ser empregada, tendo em vista os princípios bioéticos”.

O caminho do meio, apontado para solucionar o hiato entre a “vontade velha” do paciente e as novas soluções biomédicas, parece ser o trazido por André Gonçalo Dias Pereira (2004, p. 239), com o *standard* que “propõe a busca dos melhores interesses do paciente, segundo sua vontade presumida, o que se identifica, naturalmente, com a proposta terapêutica do médico”. No aludido modelo, é possível pensar em um conceito mais aprofundado de corresponsabilidade, quando, em posição dialógica, o médico informa, dá transparência e discute eventual tratamento e terapêutica. Isto significa destinar dignamente ao paciente incapacitado um tratamento reservado aos sujeitos de direitos e de escolhas.

## 5. CONTEXTUALIZAÇÃO DO INSTITUTO NO BRASIL

O tema em reflexão guarda pertinência com a Constituição Federal brasileira. O art. 5º, inciso II, dispõe que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”: é o princípio da autonomia, de modo implícito. Além disso, o art. 1º, inciso III da Constituição Federal prevê a dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil. O paciente é fundamentalmente sujeito de direitos e de vontades sobre o seu próprio corpo e saúde.

O art. 15 do Código Civil brasileiro dispõe que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”. Os avanços biomédicos impuseram a necessidade de interpretação do citado dispositivo legal. Resultado disso é o Enunciado nº. 533, exarado do Conselho da Justiça Federal-CJF, por ocasião da VI Jornada de Direito Civil: “O paciente plenamente capaz poderá deliberar sobre todos os aspectos concernentes a tratamento médico que possa lhe causar risco de vida, seja imediato ou mediato, salvo as situações de emergência ou no curso de procedimentos médicos cirúrgicos que não possam ser interrompidos”.

(BRASIL, 2013).

Segundo justificativa da Comissão de Trabalho da IV Jornada, “o processo de consentimento pressupõe o compartilhamento efetivo de informações e a corresponsabilidade na tomada de decisão” (BRASIL, 2013).

No ordenamento jurídico brasileiro inexistente lei federal, em vigor, disciplinadora das diretivas antecipadas de vontade. Em razão do apelo social que o tema inspira, a discussão sobre o cumprimento da vontade do paciente está na ordem do dia.

O novo Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM), adotado por meio da Resolução CFM nº. 1931/2009, consagra o compromisso deontológico de respeito à autonomia (privada) do paciente. Destaca-se o art. 24 da referida Resolução, que normatiza vedação ao médico em “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”. Para o estudo proposto, tal dispositivo pode ser avaliado juntamente com o art. 41, parágrafo único da Resolução em comento, que assim dispõe:

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal. (BRASIL, 2009)

O CFM brasileiro, no legítimo exercício do poder regulamentar classista, publicou, no ano de 2012, a Resolução nº. 1.995. O documento dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade no Brasil, diante da necessidade social e profissional de disciplinar a conduta médica no tema.

Há defensores de que a Resolução nº. 1.995/12 do CFM guarda harmonia com os princípios consagrados na Constituição da República Federativa do Brasil, quais sejam: 1. dignidade da pessoa humana

(art. 1º, III); 2. autonomia privada (art. 5º); 3. legalidade (art. 5º, II). Considera-se a previsão do art. 2º, § 2º importante regra diceológica por possibilitar que o médico desconsidere as DAV formuladas pelo paciente ou representante quando desarmonizadas dos preceitos contidos no Código de Ética Médica. Ainda sobre eventual dissenso, o § 5º do art. 2º da sobredita Resolução prevê que:

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. (BRASIL, 2012).

Por outro lado, observa-se a existência de críticas à Resolução do CFM, sob o argumento de inconstitucionalidade ao tratar de eutanásia e suicídio assistido e contrariar o disposto no art. 5º da Constituição brasileira, que garante ser o direito à vida inviolável. (FABRIS, 2012)

Destaca-se que o Projeto de Lei (PL) nº 524, proposto no Senado Federal em 2009, foi arquivado em 2014. O PL estabelecia disposições sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença, “no que diz respeito à tomada de decisões sobre a instituição, a limitação ou a suspensão de procedimentos terapêuticos, paliativos e mitigadores do sofrimento.” (art. 1º)

Destaca-se que o Projeto de Lei nº 5.559/2016, em trâmite na Câmara dos Deputados, dispõe sobre direitos dos pacientes e o art. 20 prevê que “o paciente tem o direito de ter suas diretivas antecipadas de vontade respeitadas pela família e pelos profissionais de saúde”. Embora esse PL não estabeleça diretrizes sobre a formalização do testamento biológico e da constituição do procurador em estado de saúde, pode ser avaliado como um avanço legislativo por introduzir

as diretivas antecipadas de vontade como questão personalíssima do paciente.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desfecho do trabalho, releva considerar os seguintes pontos:

1. A terminalidade da vida é um tema que passou, ao longo da história, por uma verdadeira mudança axiológica. A atenção do Direito ao tema da “morte digna” dá-se a partir do século XX e atribui-se tal panorama ao primado da dignidade humana, como núcleo fundamental das Constituições do Ocidente.

2. As diretivas antecipadas de vontade têm sido legalizadas para atender a uma demanda individual intrinsecamente compatível com os direitos da personalidade, à medida que o sujeito de direitos formaliza, na via documental, um planejamento sobre qual tipo de terapêutica deseja ou abomina, para o caso de vida terminal, quando for impossível qualquer manifestação volitiva.

3. As diretivas antecipadas de vontade correspondem ao exercício prático da autodeterminação do paciente, viés do princípio bioético da autonomia, com interferência direta na clínica médica.

4. O Direito Médico, tangenciado pela Constituição Federal e pelo Código Civil, oferece respostas à situação problematizada, ou seja, para quando o médico ou equipe se recusar a aplicar um tratamento almejado pelo paciente (doente), que se tornou ultrapassado ou é reputado antiético por tal natureza.

5. As diretivas antecipadas de vontade diferenciam-se dos institutos jurídicos que integram o chamado “direito de morrer”, integrado pela eutanásia, distanásia, suicídio assistido e ortotanásia. Pode haver quem cogite certa proximidade ontológica da ortotanásia com as diretivas antecipadas. Ao nosso sentir, o exercício da vontade atual, com um paciente totalmente lúcido e responsivo, é o que marca o limite da ortotanásia em relação aos descritores das diretivas. Na ortotanásia percebe-se a existência de passividade do doente em contraponto

a uma atividade médica efetiva: “[...] o médico, ao perceber que a morte do paciente é iminente, sendo absolutamente irreversível o seu quadro, abstém-se do uso ou suspende qualquer medida extraordinária, evitando assim o prolongamento inútil de uma existência inviável”. (SOUZA, 2002, p. 150). Já nas DAV, o agente, em plena capacidade civil, manifesta vontade sobre futuro incerto, no qual um tratamento de doença terminal até pode corroborar para a “boa morte”. É exatamente o tempo do exercício da vontade que estabelece certa diferença entre os institutos jurídicos trazidos à colação.

6. Ao fechamento das reflexões jurídicas associadas à Deontologia Médica, defendemos que, no caso de o tratamento pretendido pelo doente se tornar ultrapassado (o que denominamos “vontade velha”), em razão dos avanços tecnológicos da Biomedicina, ao médico (quando envolvido em conflito ético) remanesce o direito de recusar profissionalmente a terapêutica formalizada pelo paciente. O profissional agirá em exercício regular da profissão, acobertado pelo Direito e, sendo assim, não viola os direitos da personalidade do doente (autodeterminação, integridade física e liberdade), visto que declinar de um tratamento obsoleto é prática alinhada aos princípios da dignidade (da pessoa) humana e da beneficência ou *bonum facere*.

7. Em outra senda, defendemos que se incluem nas *leges artis* o exercício do *informed choice*, quando o médico convoca o procurador em estado de saúde ou, em sua ausência, um tutor ou mesmo os familiares do paciente terminal, para deliberar um tratamento alternativo, não sem antes receber informações pormenorizadas sobre o estado do doente e perspectivas atuais de tratamento. Uma relação médico-paciente, ou médico-representantes, pautada no diálogo e na cooperação apresenta-se como o melhor caminho em nome do princípio da beneficência.

8. Recomenda-se um enfrentamento do Poder Legislativo brasileiro em tema socialmente relevante, de forma a aprovar a lei sobre Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Cristiane Avancini. Linguagem, Diretivas Antecipadas de Vontade e Testamento Vital: uma interface nacional e internacional. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo – 2013, p. 259-270. ISSN 1981-8254.

AUMA, Paul Okoth. Tratamento e cuidado dos pacientes em estado vegetativo persistente: um debate de vida e de morte. **Revista Eletrônica Espaço Teológico**, Vol. 10, n. 17, jan/jun, 2016. ISSN 2177-952X.

ARAÚJO, Walkíria Benedeti Cardozo. **Termo de consentimento em eutanásia**. Paraná: Universidade Estadual de Londrina, 2010. 172p. Dissertação (Mestrado em Direito Negocial) – Programa de Pós-Graduação em Direito Negocial, da Universidade Estadual de Londrina (UEL), 2010.

BARBAS, Stela. Morte e dignidade humana numa perspectiva jurídica. [p. 81-89]. In: **Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida**. Coordenação: Rui Nunes, Guilhermina Rego e Ivone Duarte. Coletânea Bioética Hoje– XVII. Associação Portuguesa de Bioética, 2009. ISBN 9789726034568.

BOMTEMPO, Tiago Vieira. Diretivas antecipadas: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 98, mar 2012. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=11206](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11206)>. Acesso em: 20 maio 2017.

BRASIL. Conselho da Justiça Federal-CJF. **Enunciado nº. 533**. VI Jornada de Direito Civil. Realizada em 11 e 12 de março de 2013. Coordenador-Geral: Ministro Ruy Rosado de Aguiar. Comissão de Trabalho: Parte Geral. Coordenador da Comissão de Trabalho: Rogério Meneses Fialho Moreira. Disponível em: <<http://www.cjf.jus>.

br/enunciados/enunciado/144>. Acesso em 16 out. 2017. Acesso em: 29 set. 2017.

BRASIL. **Código Civil**. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm)>. Acesso em: 02 maio 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 04 maio 2017.

BRASIL. **Parecer nº 1243/00**. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. [Em linha]. Disponível em: <[http://www.portalm medico.org.br/pareceres/CRMPR/pareceres/2000/1243\\_2000.htm](http://www.portalm medico.org.br/pareceres/CRMPR/pareceres/2000/1243_2000.htm)>. Acesso em: 03 maio 2017.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 52, de 2009**. Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença. Diário do Senado Federal, edição nº 188. Publicado em 26/11/2009. Sessão 25/11/2009, p. 62602.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 5.559, de 22 de junho de 2016**. Dispõe sobre os direitos dos pacientes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2087978>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº. 1931/2009. Brasília: CFM, 2010. Publicada no Diário Oficial da União, em 24 de setembro de 2009, Seção I.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº. 1.995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília: CFM, 2010. Publicada no Diário Oficial da União. 2012, Seção I.

CLAUDINO, Alessandra Helen Alves. Diretivas Antecipadas de

vontade no ordenamento jurídico Brasileiro. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVIII, n. 133, fev 2015. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=15785&revista\\_caderno=6](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=15785&revista_caderno=6)>. Acesso em: 29 abr. 2017.

COGO, Silvana Bastos. **Aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade: novo olhar acerca da morte e da relação com a vida**. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, 2016. 191f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande (FURG), 2016.

CONSELHO da Europa. **Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina**. [Em linha]. 1997. Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. Conselho da Europa. Disponível em <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZNj6eHsdjsoJ:www.gddc.pt/siii/docs/ov\\_iedo.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZNj6eHsdjsoJ:www.gddc.pt/siii/docs/ov_iedo.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b)>. Acesso em: 25 maio 2017.

DADALTO, Luciana. História do testamento vital: entendendo o passado e refletindo sobre o presente. ANGOTI NETO, Hélio (org.). **Mirabilia Medicinae**, n.º. 4 (2015/1). Virtudes e Princípios no cuidado com a saúde. Jan-Jun 2015. ISSN 1676-5818, p. 23-42. Disponível em: <http://www.revistamirabilia.com/sites/default/files/medicinae/pdfs/med2015-01-03.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2017.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unaí; GRECO, Dirceu Bartolomeu – Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista bioética**, 2013, p. 463-476. ISSN 1983-8034.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado atual do Biodireito**. 9ª edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2014. ISBN 978-85-02-18065-9.

ESTADOS UNIDOS da América. Patient Self Determination Act of 1990

(Introduced in House). In: **Testamento Vital**, [S.L.], 2014. [Em linha]. Disponível em <<https://www.congress.gov/bill/101st-congress/house-bill/4449>>. Acesso em: 03 mai. 2017.

FABRIS, Oswaldo André. Inviolabilidade da vida. Conselho de Medicina cria o Médico Monstro. **Consultor Jurídico**. Publicado em 13, Set. 2012. ISSN 1809-2829. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2012-set-13/oswaldo-fabris-conselho-medicina-cria-medico-monstro>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

GIACOIA JÚNIOR, Oswaldo – A visão da morte ao longo do tempo. **Revista Medicina - Ribeirão Preto**. 2005; 38 (1): 13-19. ISSN 2176-7262.

GODINHO, Adriano Marteleto. Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. **RIDB - Revista do Instituto do Direito Brasileiro**. Ano 1 (2012), nº 2, 945-978. ISSN: 2182-7567.

GONÇALVES, José António Saraiva Ferraz – **A Boa Morte: Ética no fim da vida**. Porto: Universidade do Porto, 2006. 251f. Dissertação de Mestrado em Bioética.

GUTIERREZ, Pilar L. O que é paciente terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**, vol.47 no.2 São Paulo April/June 2001. ISSN 1806-9282. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200010)>. Acesso em: 28 abr. 2017.

IVAMOTO, Henrique S. Avaliação do paciente comatoso. **Revista Acta Medica Miseriordiae**. [S.D.]. Disponível em: <<http://www.actamedica.org.br/noticia.asp?codigo=445>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

KOVÁCS, Maria Júlia. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 6, n.1, p. 61-69, 1998. ISSN 1983-8034.

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de Bioética e Biodireito**. São Paulo: Editora Atlas, 2010. ISBN 978-85-224-6028-1.

MELO, Ulisses. O paciente terminal: fatos, aspectos e consequências. **Revista do Centro de Ciências e Saúde** (Unifor) - RECCS, Julho 88. [p. 36-40]. ISSN 0103-2828.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; REZENDE, Danubia Ferreira Coelho de. A autonomia privada do paciente em estado terminal. *In*: **Direito Civil. Teoria e Prática no Direito Privado**. Atualidades IV. Belo Horizonte: Del Rey Editora. Coordenadores: César Fiuza; Maria de Fátima Freire Sá e Bruno Torquato de Oliveira Naves, 2010, p. 173-189. ISBN 978-85-384-0068-4.

NERY, Maria Carla Moutinho. **O direito de viver sem prolongamento artificial**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2014. 96p. Dissertação (Mestrado em Direito). - Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), 2014.

NEVES, Carlos. **Bioética. Temas Elementares**. Lisboa: Fim de Século – Edições. 2001. ISBN 972-754-168-0.

NUNES, Rui. **Diretivas Antecipadas de Vontade**. Brasília-DF: CFM/ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2016. ISBN 978-85-870077-44-8.

OLIVEIRA, Nuno Manuel Pinto. O princípio da dignidade da pessoa humana e a regulação jurídica da bioética [p. p. 29-33]. *In*: **Lex Medicinæ**. Coimbra: Coimbra Editora, Ano 8, nº. 15 (2011). ISSN 1646-0359.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico-paciente. Estudo de Direito Civil**. Coimbra: Coimbra Editora, 2004. ISBN 972-32-1247-1.

PINA, J. A. Esperança. **Ética, Deontologia e Direito Médico**. Lisboa:

Lídel edições técnicas, 2013. ISBN 978-972-757-911-2.

ROCHA, Daiane Martins. **Beneficência e autonomia: questões bioéticas da sociedade secular**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. 276p. Tese (Doutorado em Filosofia) - Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu da morte**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006. ISBN: 85-7541-090-3.

RODRIGUES JÚNIOR, Otávio Luiz. Diretivas antecipadas de vontade: questões jurídicas sobre seu conceito, objeto, fundamentação e formalização. In: SILVEIRA, Renato de Mello Jorge. **Estudos em homenagem a Ivette Senise Ferreira**. São Paulo: LiberArs, 2015, p. 381-292. ISBN 978-85-64783-86-7.

SÁ, Maria de Fátima Freire; PONTES, Maíla Melo Campolina. Autonomia privada e o direito de morrer [p. 37-54]. In: FIUZA, César; SÁ, Maria de Fátima Freire; NAVES, Bruno Torquato. Direito Civil (organizadores). **Princípios jurídicos no direito privado. Atualidades III**. Belo Horizonte: Del Rey Editora, 2009. ISBN 978-85-384-0003-5.

SAIORON, Isabela. **Diretivas antecipadas de vontade: perspectivas de enfermeiros**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. 106p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2016.

SOUZA, Cimon Hendrigo Burmann. Eutanásia, distanásia e suicídio assistido. [p. 142-183]. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002. ISBN: 85-7308-570-3.

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Comissão Nacional da Unesco - Portugal. **Declaração**

**Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.** [Em linha]. 2005. Disponível em: <<http://www.unesco.org/shs/ethics>>. Acesso em 28 mai. 2017.

VILHENA, Rita Casquilo Vidal Saragoça Mendes. **Cuidados paliativos e obstinação terapêutica. Decisões em fim de vida.** Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2013. 68 p. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos).

\_\_\_\_\_. Definições de estado vegetativo e morte cerebral. In: **Diário de Cuiabá**, 03 de maio de 2017. Disponível em: <<http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=100196>>. Acesso em: 03 mai. 2017.

PATIENT Self-Determination Act, 1995, p. 01. United States General Accounting Office Washington, D.C. 20548. Health, Education, and Human Services Division. B-257739. August 28, 1995. United States General Accounting Office GAO Report to the Ranking Member, Subcommittee on Health, Committee on Ways and Means, House of Representatives P. 01-54. Disponível em <<https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/GAOREPORTS-HEHS-95-135/pdf/GAOREPORTS-HEHS-95-135.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

Recebido em: 28/07/2017

Aprovado em: 16/04/2018

Revisão Português/Inglês: Letícia Gomes Almeida

## **SOBRE A AUTORA | ABOUT THE AUTHOR**

### VIVIANNE RODRIGUES DE MELO

Mestranda em Ciências Jurídicas pela Universidade Autónoma de Lisboa - Portugal. Especialista em Direito Administrativo pela Universidade Gama Filho (UGF). Especialista em Direito Médico pela FACINEP. Bacharela em Direito pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). E-mail: [vivianne\\_melo@yahoo.com.br](mailto:vivianne_melo@yahoo.com.br).