

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO (PUC-SP) COORDENADORIA
GERAL DE ESPECIALIZAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E EXTENSÃO (COGEAE)**

TAMIRES FIDÊNCIO FRASSON

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Análise jurídica sobre as disposições relativas ao fim da vida

São Paulo – SP

2017

TAMIRES FIDÊNCIO FRASSON

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Análise jurídica sobre as disposições relativas ao fim da vida

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenadoria Geral de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como requisito parcial à obtenção do título de Pós-graduação em Direito de Família e Sucessões.

São Paulo, 27 de Setembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Raquel de Moraes Laudanna Marinelli

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Prof^a. Dra. Ana Paula Corrêa Patiño
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Prof. Gabriel Machado Marinelli
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Pedro e Rose, sempre.

À minha irmã, Taís, meu contraponto.

Ao meu companheiro, Marcelo, minha inspiração.

RESUMO

Este trabalho tem como finalidade analisar, sob uma perspectiva jurídica, o funcionamento das diretivas antecipadas de vontade, abordando o cenário social brasileiro relativo ao medo da morte, questões conceituais do instituto, origem do testamento vital e do mandato duradouro, bem como os seus alicerces, validade e efeitos, considerando essencialmente, a ausência de legislação específica para o tema.

Palavras-chave: Diretivas Antecipadas de Vontade – Testamento Vital – Mandato Duradouro – Medo da Morte – Validade – Efeitos – Ausência de Previsão Legal.

ABSTRACT

This work aims to analyze, from a juridical perspective, the functioning of the anticipated directives of will, addressing the Brazilian social scene concerning the fear of death, conceptual issues of the institute, origin of the living will and the durable power of attorney, as well as its foundations, validity and effects, essentially considering the absence of specific legislation for the topic.

Keywords: Advance Directives of Will – Living Will - Durable Power of Attorney - Fear of Death - Validity - Effects - Absence of Specific Legislation

SUMÁRIO

Introdução.....	7
1. Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil.....	8
1.1. Aspectos jurídicos das Resoluções 1.805/06 e 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina.....	12
1.2. Testamento Vital.....	17
1.3. Mandato Duradouro	21
2. Origem.....	244
2.1. <i>Living will</i> nos Estados Unidos da América.....	255
2.2. Regulação na Europa	28
2.3. Regulação na América Latina	30
3. Elasticidade Temporal da Autonomia Privada.....	300
3.1. Limites da Autonomia	322
3.2. Ausência de Previsão Legal	344
3.3. Aspectos registraes	346
Conclusão.....	38
Referências Bibliográficas.....	40

Introdução

“I am not afraid of death; I just don’t want to be there when it happens”
Texto traduzido: “Eu não tenho medo da morte, só não quero estar lá quando acontecer” - Woody Allen.

O trabalho está estruturado em três capítulos: 1. – Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil; 2. - Origem; 3. – Elasticidade Temporal da Autonomia Privada.

O primeiro retrata a atual utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil, seus estigmas, aplicações, regulamentações, espécies (Testamento Vital e Mandato Duradouro) e gênero, por meio dos seguintes sub-itens: 1.1. - Aspectos jurídicos das Resoluções 1.805/06 e 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina; 1.2. - Testamento Vital; e, 1.3. – Mandato Duradouro.

O segundo capítulo discorre sobre o contexto do surgimento das Diretivas Antecipadas de Vontade e o cenário internacional frente a sua aplicação. Tal abordagem é trabalhada através dos sub-itens: 2.1. - *Living will* nos Estados Unidos da América; 2.2. - Regulação na Europa; e, 2.3. – Regulação na América Latina.

Por fim, o terceiro capítulo aborda a relação da autonomia privada frente aos desdobramentos temporais bem como a ausência de regulamentação das Diretivas Antecipadas de Vontade no ordenamento jurídico pátrio e os problemas registrais decorrentes de tal carência, por meio dos sub-itens: 3.1. – Limites da Autonomia; 3.2. – Ausência de Previsão Legal; e , 3.4. - Aspectos registrais.

1. Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil

De onde viemos e para onde vamos? Não foram poucas as tentativas de se responder a um dos enigmas mais controversos da humanidade. A ausência de materialidade do assunto abriu margem para uma série de interpretações as quais sempre foram dotadas de um caráter enigmático. Crenças, seitas, lendas, mitos e religiões foram construídas e disseminadas sobre os ensaios de se explicar o surgimento e o final da vida.

A crença na existência de seres ou forças superiores sempre balizaram os mistérios que não puderam ser desvendados pela ciência. Haveria algum propósito maior sobre os destinos das pessoas ou cada uma delas poderia escolher o que fazer e por onde percorrer durante sua passagem na terra?

Fato é que tais dúvidas foram e ainda são enigmas humanos ainda longe de serem decifrados. Os avanços tecnológicos ainda não permitiram ao homem a descoberta de todas as respostas sobre as nuances da vida e morte. E, tal qual todo mistério ainda não encontrado nas ciências, tratou a sociedade não só de criar justificativas pautadas em suas crenças, mas também delimitando seus tabus.

A morte é certa e irremediável, tão natural quanto nascer e crescer. Mesmo assim o assunto ainda assusta, especialmente na cultura Ocidental. Os mistérios ao redor da morte contribuíram tanto para seu tabu, que ainda nos dias de hoje o tema é evitado e ocultado das crianças, assim como outras matérias que remetem ao assunto, como a velhice e a enfermidade.

Esta característica está presente em diversas culturas, especialmente na brasileira. Por estar diretamente associada à ideia de perda, acredita-se que falar sobre a morte pode trazer maus agouros, energias negativas e até mesmo atrair o próprio fim.

Paralelamente, muito sofre a sociedade ao evitar as discussões relativas à morte e à enfermidade. Certas doenças poderiam ser evitadas se seus sintomas fossem identificados ainda cedo, quadros de depressão e ansiedade poderiam ser menos brandos se as conversas sobre a morte e a perda fossem mais frequentes,

famílias sofreriam impactos menores com a perda de seus membros se seus planejamentos sucessórios fossem mais discutidos e implementados.

A despeito de toda a dificuldade no tratamento do assunto, determinadas áreas se dedicaram a criar e desenvolver matérias relacionadas ao protagonismo humano no momento de delimitar seus caminhos e escolhas, como é o caso da medicina e do direito, ao tratar sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (“DAV”).

Conforme elucida Éverton Willian Pona¹:

A libertação da externalidade das forças divinas ocorreu e o indivíduo, hodiernamente, pretende-se senhor do próprio destino. Acerca da sua vida, seus interesses e até (e aqui, em particular, tem relevância para este estudo) sobre as condições de sua morte, os indivíduos pugnam por um espaço de autonomia. Por vezes, pretensamente absoluta. De forma paradoxal, com o desenvolvimento das ciências médicas e o avançar das tecnologias referentes aos tratamentos de saúde, a autonomia individual foi, por tempos, subjugada pela crença na superioridade da racionalidade técnica e do conhecimento científico. Essa noção, que resultou em um posicionamento conhecido como paternalismo médico, precisou ser deslocada para que o indivíduo assumisse efetivamente a centralidade do palco de sua vida e pudesse ser respeitado como o sujeito que é, portador de vontade e dotado de poder de decisão acerca dos rumos do tratamento médico e de sua existência.

Praticamente qualquer pessoa já passou ou conhece alguém que já passou por situações extremamente sensíveis ao cuidar de algum ente querido no tratamento das popularmente conhecidas “doenças modernas” (Câncer, mal de Alzheimer, mal de Parkinson e etc.). Cultiva-se a ideia de que estender a vida daqueles que amamos seria a forma mais apropriada de afastá-las da morte e assim tratar suas enfermidades, pouco importando o caminho até o inevitável fim.

Nestas conjunturas costuma-se procurar pelos melhores profissionais, pelos mais sofisticados hospitais, pelos mais inovadores tratamentos e pelos mais renomados medicamentos na busca da manutenção da vida, ainda que o corpo

¹ PONA, Éverton Willian. *Testamento Vital e Autonomia Privada. Fundamentos das diretivas antecipadas de vontade*. Juruá, 2015, Curitiba, p. 28.

adoentado somente apresente seus sinais metabólicos por meio do suporte de aparelhos artificiais e maquinários tecnológicos.

Este tipo de situação costuma ser muito dolorosa e emocionalmente desgastante não só para a pessoa que está enferma, como também para aqueles que estão ao seu redor. A proximidade com as ideias de perda e morte, ainda dotadas de muitos estigmas, justifica o desejo inquestionável pelo prolongamento indefinido da vida.

Para Osvaldo Giacoia Junior²:

A essa ideologia clínica da morte pertence sua subtração [da morte] do espaço social das vivências domésticas, seu ocultamento no espaço cerrado das enfermarias, a sua retirada do campo de visibilidade e audição (quase já não mais se emprega a expressão 'grito de agonia'), seu encerramento discreto e velado, na forma silenciosa da morte hospitalar. Dessa experiência está ausente aquela antiga dimensão de sentido, que fazia da morte um ritual de passagem, uma transição para o além, pranteada e exposta nas salas de visita.

Ou seja, esse conceito robusto de se manter a vida a qualquer custo apenas contribui para que a morte seja sempre associada à uma imagem negativa, como algo que deve ser afastado, evitado ou suprimido.

Viver a própria morte e pensar sobre as nossas potenciais enfermidades, no Brasil, é hábito de raríssimas exceções. Contudo, as discussões acerca do tema passaram a aflorar nos últimos anos, especialmente em razão dos avanços da medicina.

Com a possibilidade de se estender a manutenção da vida indeterminadamente, passou-se a ser questionado quais seriam as melhores formas de conviver com este tipo de situação.

² GIACOIA JUNIOR, Osvaldo. A visão da morte ao longo do tempo. Medicina Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, v.38, 2005, p.13-19.

Frente a este cenário, as DAV floresceram no Brasil como um instituto oriundo nos Estados Unidos da América, visando amenizar alguns dos questionamentos levantados em tais discussões. Este contexto será melhor aprofundado nos capítulos subsequentes.

As DAV nada mais são do que instruções ou orientações deixadas por qualquer pessoa dotada de sua plena capacidade civil, oriundas unicamente de sua própria vontade, acerca dos tratamentos sob os quais ela pretende ser submetida ou não ser submetida na eventualidade de ser acometida por alguma enfermidade que a impossibilite de manifestar a sua vontade, ficando temporariamente ou permanentemente incapaz.

Além de tratamentos, tais diretivas também podem versar a respeito da utilização ou não de determinados medicamentos, bem como da permissão ou não da adoção de procedimentos específicos e cuidados especiais, como por exemplo o coma induzido, e também designar uma pessoa responsável pela tomada de decisões relativas a tais orientações.

Atualmente, não há no ordenamento jurídico brasileiro qualquer tipo de legislação que trate sobre a conceptualização do tema, tampouco que trace as delimitações procedimentais para a instrumentalização de tais diretivas.

Sem positivação do direito material e da forma específica de se elaborar tais orientações, as DAV começaram a ser instrumentalizadas em escrituras públicas e em contratos privados, em uma tentativa de se aplicar analogia às previsões legislativas presentes no ordenamento jurídico pátrio, objetivando a apresentação de um padrão correspondente aos moldes legais e visando a garantia de sua efetividade. É possível afirmar que, de um modo geral, sua aplicação ainda está em um período experimental e carente de regulação especial e aprofundada.

Contudo, o seu surgimento foi apresentado pela medicina, por meio de resoluções que serão melhor estudadas no próximo item.

1.1. Aspectos jurídicos das Resoluções 1.805/06 e 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina

O primeiro dispositivo com efeito vinculante no Brasil relativo ao tema foi a Resolução 1.805, editada em 28 de novembro de 2006 pelo Conselho Federal de Medicina (“CFM”). Muito embora tais efeitos estivessem estritos somente à comunidade médica, sua criação, aplicação e resultados passaram a ser alvo de discussões em diversas frentes, especialmente no ordenamento jurídico.

A Resolução 1.805/06 resolveu que seria permitido aos médicos, quando identificada a fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolongassem a vida da pessoa enferma, de modo a garantir-lhe os cuidados necessários ao alívio dos sintomas relacionados ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou seu representante legal, senão vejamos³:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social, espiritual, inclusive assegurando a ele o direito da alta hospitalar.

Parágrafo único A decisão mencionada no caput deve ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a morte encefálica ao representante legal do doente.

Art. 3º Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

³ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.805/2006. Diário Oficial da União. Brasília, 28 de novembro de 2006. Seção I. p. 169 – disponível em <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>> acesso em: 25 de agosto de 2017.

Pelo conteúdo da Resolução, não é difícil imaginar a polêmica gerada sobre o tema. Interpretações sobre eutanásia e ortotanásia começaram a ser feitas em meio a uma confusão de conceitos. Como foi o caso de uma Ação Civil Pública⁴ interposta pelo Ministério Público Federal do Distrito Federal em face ao CFM, na qual foi arguida a legitimidade deste órgão para estabelecer regulamentações, especialmente em se tratando de condutas tipificadas como crime. De acordo as alegações do Ministério Público Federal do Distrito Federal, o CFM não teria poder regulamentador para criar este tipo de norma, que deveria ser regulamentada pelo Código Penal.

A título de esclarecimento trata-se a ortotanásia da morte natural, ou seja, a morte por si só, sem a interferência de qualquer tipo de tratamento, medicamento ou recurso técnico-científico. Este conceito está atrelado à ideia do que é conhecido na comunidade médica como “morte digna” ou “morte sem sofrimento”, na qual a evolução da doença caminha por si só. Conforme assevera Maria Helena Diniz⁵, consiste a ortotanásia:

(...) no ato de suspender medicamentos ou medidas que aliviem a dor, ou de deixar de usar os meios artificiais para prolongar a vida de um paciente em coma irreversível, por ser intolerável o prolongamento de uma vida vegetativa sob o prisma físico, emocional e econômico, acatando solicitação do próprio enfermo ou de seus familiares.

Já a distanásia, trata-se do oposto, ou seja, da persistência terapêutica. É vinculada ao conceito de “morte com sofrimento”, aquela na qual são utilizados todos os meios e formas possíveis, sem quaisquer proporções e medidas, para que o doente continue vivo, na acepção do termo, pelo maior tempo possível. Nas palavras de Maria Helena Diniz⁶:

⁴ Processo n. 2007.34.00.014809-3, que tramitou junto a 14ª Vara Federal do Distrito Federal, Brasília. Disponível em: http://www.df.trfl.gov.br/inteiro_teor/doc_inteiro_teor/14vara/2007.34.00.014809-3_decisao_23-10-2007.doc> Acesso em: 25 de agosto de 2017.

⁵ DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do Biodireito*. 7ª Ed. Saraiva. 2010. São Paulo, p. 409.

⁶ DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do Biodireito*. 7ª Ed. Saraiva. 2010. São Paulo, p. 417.

Pela distanásia, também designada obstinação terapêutica (*L'acharnement thérapeutique*) ou futilidade médica (*medical futility*), tudo deve ser feito mesmo que cause sofrimento atroz ao paciente. Isso porque a distanásia é a morte lenta e com muito sofrimento. Trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo da morte.

Frente a essas considerações e retomando a Ação Cível Pública acima mencionada, o conteúdo da discussão nos tribunais passou a girar em torno do conceito da ortotanásia e de sua caracterização como crime ou não.

Sob a ótica médica a ortotanásia deveria ser considerada um procedimento terapêutico que garantisse a dignidade do paciente em estado de terminalidade, de sua autonomia e de seus familiares, e não como uma conduta criminosa, especialmente porque, analogicamente, a manutenção da vida a qualquer custo deve ser encarada como prática de tortura, por prolongar o sofrimento do paciente e de seus familiares⁷.

Diante disso, por meio de sentença proferida nos autos da referida Ação Civil Pública, o pedido do Ministério Público Federal do Distrito Federal foi julgado improcedente, principalmente após a publicação do Código de Ética Médica, aprovado pelo CFM em 2009, o qual determinou os princípios e garantias fundamentais frente a quadros clínicos terminais.

Poucos anos depois, em 31 de agosto de 2012, o CFM editou a Resolução n° 1.995⁸, a primeira regulamentação com remissão às DAV do Brasil, qual seja:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

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

⁷ AZILIERO, Dineia Largo; LOPES NETO, Antônio dos Reis. *Considerações acerca da (i)legalidade da ortotanásia no Brasil*. Revista Jurídica. Porto Alegre, ano 55, n 359. 2007. p. 18. Apud DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira edição. Atlas, São Paulo. 2015. p. 161.

⁸ Disponível em < http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf> acesso em: 25 de agosto de 2017.

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

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Os considerandos desta Resolução versaram sobre a inexistência de regulamentação sobre as DAV no país; sobre necessidade de se disciplinar as condutas dos médicos em face a tais diretivas; sobre a relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as DAV; sobre a possibilidade de na prática os médicos se defrontarem com este tipo de situação de ordem ética ainda não prevista nos atuais dispositivos éticos nacionais; bem como sobre os novos recursos tecnológicos que permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas por ele.

Nota-se que nestes considerandos a Resolução refere-se ao paciente em estado terminal, já em sua exposição de motivos, ao paciente que estiver no fim da vida. Ressalta-se que estado terminal e fim da vida são expressões distintas e que merecem maiores aprofundamentos para que não ocorram confusões durante a elaboração das DAV. *Isto porque paciente terminal é aquele cuja condição é irreversível, independente de ser tratado ou não, e que apresenta uma alta probabilidade de morrer num período relativamente curto de tempo*⁹. Já os

⁹ KNOBEL M., SILVA, ALM. *O paciente terminal: vale a pena investir no tratamento?* Revista Einstein. 2004;2. p. 133. Apud DADALTO, Luciana. *Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12*. Revista bioét (Impr.) 2013; 21 (1): 106-12.

pacientes em fim de vida podem ser entendidos como os terminais e, também, como aqueles que estão em estado de coma profundo e irreversível, ou ainda em estado vegetativo persistente (“EVP”)¹⁰.

Paralelamente a edição da Resolução n° 1.995/12 o CFM publicou uma nota na qual ressaltou que seus dispositivos estão em conformidade com o conceito da ortotanásia, e conseqüentemente com o ordenamento jurídico brasileiro, respeitando a vontade e autonomia do paciente e não possuindo qualquer relação com a eutanásia.

Vale dizer que atualmente no Brasil a eutanásia, conduta pela qual abrevia-se a vida de um paciente em estado terminal incurável e irreversível, ou sujeito a sofrimentos físicos e psicológicos insuportáveis e intoleráveis (conduta humanística), é proibida.

As conexões e proximidades entre as acepções da eutanásia, ortotanásia e distanásia ainda são causas de um profundo debate, especialmente em razão do contexto social do país, que como já discutido no item anterior, ainda está enraigado na cultura religiosa. Justamente em razão disso, é possível afirmar que há quem entenda que a Resolução n° 1.995/12 surgiu para apenas reafirmar o direito dos pacientes de se recusarem a receber tratamentos extraordinários, supérfluos e desgastantes, evitando-se assim novas discussões a respeito de um direito já existente.

Assim como a Resolução n° 1.805/06, a Resolução n° 1.995/12 também trouxe efeitos vinculantes somente à classe médica, não possuindo, portanto, força de lei prevista dentro do aparato legislativo de nosso ordenamento jurídico.

Em razão dessa falta de previsão legal, as DAV ainda carecem de forma, instrumentalização e demais atribuições que somente podem ser realizadas por meio do Direito. Contudo, não se pode deixar de destacar que o papel desempenhado pelo CFM foi e tem sido essencial para trazer à tona uma discussão praticamente inexistente há 30 anos atrás no Brasil.

¹⁰ DADALTO, Luciana. *Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12*. Revista bioét (Impr.) 2013; 21 (1): 106-12.

A Resolução n° 1.995/12 em especial, representa hoje um grande avanço para a medicina moderna e para as discussões jurídicas sobre as DAV no país.

1.2. Testamento Vital

As DAV são comumente entendidas como gênero, e possuem duas modalidades consideradas como suas espécies: o testamento vital e o mandato duradouro. Parece uma diferenciação simples, mas o aprofundamento de cada uma delas é essencial para este estudo. Conforme explica Luciana Dadalto¹¹:

As diretivas antecipadas (*advanced care documents*), tradicionalmente, tem sido entendidas como gênero do qual são espécies o testamento vital (*living will*) e o mandato duradouro (*durable power attorney*). Ambos os documentos serão utilizados quando o paciente não puder, livre e conscientemente, se expressar – ainda que por uma situação transitória -, ou seja, as diretivas antecipadas, como gênero, não se referem exclusivamente a situações de terminalidade.

Conforme elucida a autora, muito embora a veiculação das DAV esteja comumente associada a situações relativas a doenças terminais, as diretivas podem ser elaboradas visando situações nas quais a pessoa possa vir a ficar inconsciente, ainda que apenas por um período determinado de tempo.

Neste mesmo sentido, esclarece Cristina López Sánchez¹²:

Uma diretiva antecipada é um termo geral que contém instruções acerca dos futuros cuidados médicos que uma pessoa que esteja incapaz de expressar sua vontade será submetida. Esta denominação, diretivas antecipadas, na realidade, constitui gênero e compreende dois tipos de documentos em virtude dos quais se pode dispor, anteriormente, a vontade da pessoa que o redige. Assim, por um lado temos o chamado testamento vital, e por outro, o mandato duradouro.

¹¹ DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo. p. 88.

¹² SÁNCHEZ, Cristina López. *Testamento vital y voluntad del paciente: conforme a la Ley n° 41/2002, de 14 de noviembre*. Madrid: Dykinson, 2003. p. 27-28. Apud DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo. p. 88.

Seguindo esta ideia, trata-se o testamento vital de um instrumento no qual uma pessoa deixa expresso a sua intenção sobre a não utilização de determinados tratamentos, na eventualidade dela vir a passar por algum estado terminal, estado vegetativo permanente ou alguma doença sem cura, na qual ela fique impedida de manifestar sua vontade. Conforme aduz Luciana Dadalto¹³:

O testamento vital é um documento de manifestação de vontades pelo qual uma pessoa capaz manifesta seus desejos sobre a suspensão de tratamentos, a ser utilizado quando o outorgante estiver em estado terminal, em EVP ou com uma doença crônica incurável, impossibilitado de manifestar livre e conscientemente sua vontade.

Muito embora tal documento receba o nome de “testamento”, o testamento vital muito difere do testamento disposto no Código Civil. Este último trata-se de um instituto no qual o testador pode dispor de seu patrimônio pessoal para que seja partilhado conforme suas atribuições após o seu falecimento. É um documento eivado de formalidades essenciais à sua validade e execução. Já o testamento vital, por sua vez, trata-se de um documento que poderá vir a ser eficaz durante a vida da pessoa que o elaborar, contudo, durante o período em que ela estiver incapaz de se manifestar. Trata-se de uma declaração escrita versando sobre os seus desejos relativos a suspensão de determinados cuidados e tratamentos médicos que visem prolongar o estado em que ele se encontrar. Conforme menciona Ernesto Lippmann¹⁴:

O testamento vital não deve ser confundido com o testamento civil. O testamento civil – que não é tema deste livro – diz respeito àquilo que se quer fazer com o seu patrimônio, ou seja, para quem você deseja deixar, após a morte, os bens que foram adquiridos em vida. Já o testamento vital visa ser eficaz em vida, indicando como você deseja ser tratado – do ponto de vista médico – se estiver em uma situação de doença grave e inconsciente.

É uma **declaração escrita** da vontade de um paciente quanto aos tratamentos aos quais ele não deseja ser submetido caso esteja impossibilitado de se manifestar.

¹³ DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo. p. 97.

¹⁴ LIPPMANN, Ernesto. *Testamento Vital – O direito à dignidade*. Matrix. 2013. São Paulo. p. 17.

O objetivo por detrás do testamento vital é o de assegurar às pessoas o direito à uma morte considerada digna, sem o prolongamento do sofrimento relativo à assistência e ao tratamento médico a que será submetido um paciente que se encontrar em uma situação de terminalidade incurável e irreversível.

A doutrina jurídica atual ainda é relativamente escassa quanto ao testamento vital, até mesmo porque este documento ainda não possui previsão legislativa positivada. Contudo, não se pode deixar de considera-lo como um direito insurgente em nosso ordenamento, com raízes em princípios e garantias pautadas na Constituição Federal Brasileira.

Conforme elucida Maria de Fátima Freire de Sá, *o ser humano tem outras dimensões que não somente a biológica, de forma que a aceitar o critério da qualidade de vida significa estar a serviço não só da vida, mas também da pessoa*¹⁵. Logo, insta dizer que a qualidade de vida está diretamente ligada à dignidade.

Além de assegurar a premissa do direito à morte digna, as diretivas antecipadas deixadas no testamento vital possuem o condão de garantir ao paciente que seus desejos sejam cumpridos no momento em que ele eventualmente vir a passar por um estado terminal, bem como o de proporcionar aos médicos determinado respaldo quanto a tomada de decisões em situações adversas.

Quanto ao caráter *erga omnes* de vinculação do testamento vital, explica Stefano Rodotà¹⁶:

O caráter vinculante das diretivas parece ser necessário para evitar uma perigosa “jurisdicionalização” do morrer, que inevitavelmente ocorreria quando o médico se recusasse a executar as diretivas

¹⁵ SÁ, Maria de Fátima Freire de. *Direito de morrer; eutanásia, suicídio assistido*. 2. ed. Belo Horizonte. Del Rey. 2005. p. 32. Apud DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo. p. 98.

¹⁶ RODOTÁ, Stefano. *La legge i dilemmi dela libertà*. In: BORASCHI, Andrea; MANCONI, Luigi. *Il dolore e la política*. Milão: Bruno Mondadori, 2007. p. 29 Apud DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo. p. 100.

antecipadas, decisão que precluiria uma impugnação da sua decisão pelo fiduciário ou pelos familiares.

A questão relativa à possibilidade de recusa do médico em cumprir as disposições deixadas no testamento vital é um dos maiores pontos de discussão sobre o tema. De acordo com o Código de Ética Médica, é direito do médico recusar-se a realizar atos médicos que, ainda que permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência¹⁷.

Logo, entende-se que a recusa por parte do médico deve ser enxergada como uma possibilidade no momento em que a pessoa estiver elaborando suas diretivas antecipadas. Contudo, a não realização das vontades do paciente deve ser devidamente justificada pelo profissional, o qual deverá expor motivos que não estejam unicamente pautados em razões de foro íntimo, mas sim, por razões éticas, morais e até mesmo religiosas. Além da motivação, o médico deverá também encaminhar o paciente aos cuidados e assistência de outro profissional.

Um fator que merece especial atenção, diz respeito à extensão das cláusulas indicadas no documento. Dada a ausência de positivação das formalidades instrumentais, quais seriam os limites das disposições deixadas pelos pacientes? A primeira regra indiscutível na doutrina hoje existente é a proibição de disposições que sejam contrárias ao ordenamento jurídico. E isto porque qualquer cláusula que estiver avessa à lei, seria totalmente impraticável e passível de fragilizar o conteúdo completo do documento, invalidando-o.

Outro ponto notável, de acordo com Luciana Dadalto¹⁸, são que as disposições que forem *contraindicadas à patologia do paciente ou que prevejam tratamentos já superados pela Medicina não podem ser consideradas válidas, pois são contrárias ao melhor interesse do paciente*. Conforme a autora, tal limite se faz necessário pois é possível que ocorra um lapso temporal considerável entre o momento da elaboração do testamento vital.

¹⁷ CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, Capítulo II (Direito dos Médicos), IX. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>> acesso em: 28 de agosto de 2017.

¹⁸ DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo. p. 102.

Quanto à capacidade do agente que pretende antecipar suas diretivas por meio de um testamento vital, hoje há um consenso na doutrina brasileira até então existente de que tal pessoa precisa ser civilmente capaz e estar sob suas plenas capacidades civis e mentais para dispor, sem qualquer tipo de influência, coação ou induzimento, da mesma forma como previsto para as disposições do testamento civil.

Conforme elucida Maria Berenice Dias¹⁹, trata-se o testamento vital do *documento público elaborado por alguém plenamente capaz solicitando que nada seja levado a efeito, em caso de doença incurável, em particular as que desconectam do mundo, ou quando o prolongar a vida seja às custas de intenso sofrimento.*

Frente às considerações acerca do testamento vital, faz-se oportuno esclarecer e caracterizar a outra espécie das DAV, qual seja, o mandato duradouro, também conhecido como procuração para cuidados médicos.

1.3. Mandato Duradouro

Paralelamente ao testamento vital, a segunda categoria de diretivas antecipadas é o mandato duradouro. Trata-se de um documento similar a uma procuração, dado que ocorre uma concessão de poderes de uma pessoa à outra com a finalidade de representação, na qual sua validade e eficácia mantem-se mesmo após a incapacidade de quem a outorgou, justificando assim o termo “duradouro”.

Conforme ensina Luciana Dadalto²⁰:

O mandato duradouro é o documento no qual o paciente nomeia um ou mais “procuradores” que deverão ser consultados pelos médicos em caso de incapacidade do paciente – definitiva ou não, quando estes tiverem que tomar alguma decisão sobre recusa de tratamento. O procurador decidirá tendo como base a vontade do paciente.

¹⁹ DIAS, Maria Berenice. Vida e Morte: aborto e eutanásia. In: GUERRA, Arthur Magno e Silva (Coord.). Biodireito e Bioética: uma introdução crítica. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2005. p. 207-211.

²⁰ DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo. p. 91.

O mandato duradouro teve origem fundamentalmente nos Estados Unidos da América, por meio da aprovação do *Patient Self-Determination Act*, traduzido livremente como o Ato de Auto-Determinações do Paciente, no qual o *Durable Power of Attorney for Health Care*, traduzido livremente como Procuração Duradoura para Cuidados da Saúde, ou simplesmente mandato duradouro, foi reconhecido oficialmente como um tipo de DAV.

Conforme ensina Tom L. Beauchamp e James F. Childress²¹ o mandato duradouro enquadra-se no modelo de julgamento substituto, no qual é necessário que *a intimidade do decisor substituto com o paciente seja suficientemente profunda e relevante para que o julgamento reflita os objetivos e as opiniões do paciente.*

Um ponto negativo relativo ao mandato duradouro diz respeito à escolha da pessoa que figurará como procurador do paciente, pois há discussões no que tange a quem deve cumprir este papel e se a lei deveria determinar um rol que elencasse uma ordem a ser seguida. Contudo, é sabido que muito embora não haja legislação acerca do tema, o bom senso caminha para que a escolha do procurador seja pautada na proximidade e na relação com que esta pessoa, e o paciente, possuem. Além disso, é importante que a pessoa que deixará seu mandato duradouro confie em seu procurador, pois ele deverá saber exatamente a sua vontade, sob pena de acabar tomando decisões pautadas em suas próprias convicções.

A efectividade deste instituto dependerá de o paciente e o procurador terem previamente conversado sobre as opiniões do primeiro relativamente aos seus valores e às opções que tomaria numa determinada situação se estivesse capaz²².

²¹ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. Trad. Luciana Prudenzi. São Paulo. Loyola, 2002. p. 206. Apud DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo. p. 92.

²² PEREIRA, André Gonçalo Dias. *O consentimento informado na relação médico-paciente*. Coimbra: Coimbra Editora, 2004. p. 241.

Alguns autores entendem que nos casos de mandato duradouro, o outorgado não deveria ser um terceiro imparcial, sem vínculos pessoais com o paciente, como uma equipe médica ou um juiz, mas sim um parente próximo.

Contudo, em verdade há alguns pacientes que preferem que o outorgado necessariamente não seja alguém com vínculos afetivos e familiares, como cônjuges, companheiros e filhos, por exemplo. Muito embora o afeto e proximidade possam ser elementos que ajudam o cumprimento das diretivas deixadas pelo paciente, muitas vezes tais vínculos podem ser obstáculos na tomada de decisões, já que em momentos sensíveis como estes, os parentes tendem a tentar todas as possibilidades, inclusive as inúteis, para prolongar a vida do paciente, desrespeitando, dessa forma, as instruções das DAV. Conforme elucidada Luciana Dadalto²³:

A coexistência do mandato duradouro, e do testamento vital em um único documento é salutar para o paciente. Contudo, como a aplicabilidade do mandato duradouro não se restringe a situações de terminalidade de vida, seria interessante fazer um testamento vital contendo a nomeação de um procurador (mandato duradouro), e, concomitantemente, redigir um mandato duradouro, nomeando o mesmo procurador – para que não haja conflito entre os documentos – a fim de que este possa agir em situações que não envolvam fim da vida. Inexistindo o procurador, seria necessária a nomeação de uma equipe médica, de um juiz ou até mesmo de um comitê de ética do hospital para dirimir conflitos existentes entre os parentes do incapaz, pautando-se nos melhores interesses dos pacientes.

A despeito deste debate, uma das maiores vantagens deste instrumento é a de garantir o respeito das vontades da pessoa em um momento no qual ela estiver incapaz, mesmo quando for determinada a tutela/curatela. De acordo com Paula Távora Vítor²⁴, dentro do hall de vantagens encontra-se ainda a possibilidade de evitar incertezas em relação a quem tem o poder legal para decidir; respeitar o desejo de conferir legalmente poderes a alguém, para que

²³ DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo. p. 95.

²⁴ VÍTOR, Paula Távora. Procurador para cuidados de saúde: importância de um novo decisor. *Lex Medicinæ: Revista portuguesa de direito da saúde*, Coimbra. Ano 1, n.1, 4. p. 120121-134.

possa agir em vez da pessoa, quando estiver incapacitada; e definir um padrão de decisão.

Diante dessas exposições entende-se que ao passo que o testamento vital só passa a produzir efeitos a partir da incapacidade definitiva da pessoa, o mandato duradouro, por sua vez, poderá ser utilizado em caso de incapacidade temporária.

2. Origem

O presente capítulo tem como objetivo fazer uma análise sobre a origem e desenvolvimento das DAV em outros países bem como a sua ligação com o Brasil. Por ser um instituto ainda pouco conhecido e utilizado em nosso país, é importante o estudo sobre seu funcionamento e aplicação, bem como sobre a sua positivação.

Além disso, ressalta-se que muito embora no Brasil as DAV sejam o gênero dotado de duas espécies, quais sejam: o testamento vital e o mandato duradouro, em outros países a nomenclatura desses institutos são distintas e podem ter conotação divergente.

De acordo com Luciana Dadalto²⁵, esta divisão foi feita, pela primeira vez, no ano de 1990, pela *Patient Self-Determination Act*, uma lei norte americana que foi considerada como a primeira do mundo por tratar sobre DAV. Segundo a autora, tal documento deixa claro que o testamento vital é uma espécie de DAV utilizada quando a incapacidade do paciente for resultado de uma doença incurável, ou seja, terminal. Já o mandato duradouro, seria utilizado em caso de incapacidade permanente ou temporária, tratando-se de um tipo de nomeação de um procurador de saúde o qual decidirá em nome do paciente, quanto as questões de saúde deste.

Além disso, ressalta-se ainda a confusão da análise literal decorrente da denominação do instituto pela lei norte americana, conforme adiante explanado.

²⁵ DADALTO, Luciana. *Revista de Bioética y Derecho*. Número 28, mayo 2013, p. 61-71.

2.1. *Living will* nos Estados Unidos da América

As então conhecidas como diretivas antecipadas no Brasil originaram-se de um instituto similar chamado *Advance Directives*, criado nos Estados Unidos da América por meio do chamado *Living Will*.

O estudo literal do *Living Will* foi alvo de inúmeros questionamentos, a começar pela tradução do termo “will”, que de acordo com o dicionário Oxford, pode significar vontade, desejo e testamento. Já a palavra “living” pode ser entendido como o adjetivo vivo, ou o verbo vivendo. Segundo Luciana Dadalto²⁶:

Assim, é possível perquirir se a tradução literal mais adequada seria “desejos da vida”, ou ainda, “disposições de vontade de vida”, expressão que, também designa testamento – vez que este nada mais é do que uma disposição de vontade. Posto isso, torna-se questionável se, originalmente, este instituto foi realmente equiparado a um testamento ou se tal confusão foi provocada por um erro de tradução para outro idioma, que foi perpetuado.

Paralelamente às confusões decorrentes da tradução do termo, conforme aduz Éverton Willian Pona²⁷, o *Living Will* foi inicialmente proposto em uma reunião da *Euthanasia Society of America* (Sociedade Americana de Eutanásia), no ano de 1967, como um documento de diretivas antecipadas por meio do qual uma pessoa poderia especificar seu desejo de pôr fim a intervenções médicas de prolongamento da vida.

Ainda segundo Éverton Willian Pona, em 1969 um advogado de Chicago, chamado Luis Kutner, propôs o primeiro modelo de *Living Will* nos Estados Unidos. Baseado nas leis americanas, Kutner afirma que é necessário consentimento para tratar um paciente, de modo que quando este não estiver em condições de dar seu consentimento, o médico deve assumir que, se pudesse, teria querido o prolongamento e o tratamento. Negar tratamento em tais casos

²⁶ DADALTO, Luciana. *Revista de Bioética y Derecho*. Número 28, mayo 2013, p. 61-71.

²⁷ PONA, Éverton Willian. *Testamento Vital e Autonomia Privada. Fundamentos das diretivas antecipadas de vontade*. Juruá, 2015, Curitiba, p. 57-58.

poderia ser considerado negligência, no entanto, como agir se o paciente não quisesse prolongar sua vida? Qual seria a forma dele preservar o seu direito à privacidade?

Conforme explica Luciana Dadalto²⁸:

(...) a legislação norte-americana vedava a eutanásia e o suicídio assistido, mas, aos mesmo tempo, era legítimo o direito do paciente com um quadro incurável e irreversível morrer como desejar, ele (*Luis Kutner*) defendeu que seguir os desejos do paciente que esteja neste quadro, no que tange à recusa de tratamentos, se afastava no conceito clássico de eutanásia, uma vez que esta recusa não englobava meios ordinários de preservação de vida. (sem destaques no original).

Frente a essas considerações, e respeitando o disposto na legislação norte-americana, Kutner propôs o primeiro modelo de *Living Will*, no qual o paciente deixaria escrita a sua recusa a se submeter a determinados tratamentos se eventualmente ficasse em estado vegetativo ou se a situação de terminalidade ligada à uma doença incurável e irretratável fosse comprovada.

Fundamentado nesta ideia, Kutner, inclusive, sugeriu que os praticantes da religião Testemunhas de Jeová deixassem neste instrumento sua manifestação relativa à recusa a transfusões sanguíneas.

Daquela época em diante, os estudos relacionados às diretivas antecipadas nos Estados Unidos da América, muito se desenvolveram. O sistema legal lá adotado é o da *Common Law*, ou seja, as leis são criadas pautadas nas decisões reiteradas que ocorrem nos tribunais.

Diante disso, a partir do momento em que os primeiros casos relativos a esta temática, foram direcionados às cortes norte-americanas, muito se discutiu a respeito e em 1976 o Estado da Califórnia aprovou o *Natural Death Act*²⁹, uma lei que trazia o direito das pessoas de recusar ou suspender tratamentos, bem como

²⁸ DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo. p. 107.

²⁹ Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1238103/pdf/westjmed00260-0066.pdf>> Acessado em 02 de setembro de 2017.

uma proteção aos profissionais da saúde que respeitassem a vontade de seus pacientes e eventualmente fossem submetidos à algum processo judicial.

Tal ato foi elaborado na escola de Medicina da Universidade da Califórnia, e após sua promulgação, os membros de associações médicas do país elaboraram as instruções e orientações por meio de um *Guideline and Directive*, visando o auxílio dos pacientes e dos médicos.

Segundo Luciana Dadalto, as orientações dispostas neste documento são, em linhas gerais, as seguintes:

a) antes de redigir o testamento vital, procure uma pessoa, que não precisa ser advogado nem notário público, e solicite ajuda para a redação; b) solicite ao seu médico que este testamento vital faça parte de seu histórico clínico; c) as duas testemunhas que assinarem o testamento vital não podem ter nenhum parentesco sanguíneo com o paciente, sem serem seus cônjuges, não podem ainda estar beneficiadas em seu testamento e nem ter alguma demanda sobre bens de sua propriedade; d) o médico do paciente não pode ser testemunha, nem ninguém que trabalhe com ele. Se a pessoa assinar o documento dentro do hospital, nenhum dos empregados do hospital poderá ser testemunha.

Além disso, o *Guidelines and Directive* estabelece que apenas maiores de 18 anos e capazes podem redigir uma diretiva antecipada; esta será válida por cinco anos, quando será possível fazer outra; não é válida durante a gravidez; a feitura do documento deve ser feita de forma livre.

Já no ano de 1983 o *California's Durable Power of Attorney for Health Care Act* foi editado, fazendo menção, pela primeira vez, ao mandato duradouro. Devido aos primeiros casos relacionados ao tema que tramitavam nas cortes norte-americanas, muito se discutiu a respeito do direito das pessoas de indicarem um procurador para tomar decisões médicas em nome do outorgante, quanto este estiver em alguma situação de incapacidade, seja ela terminal ou não.

Neste contexto, no ano de 1991 os Estado Unidos da América aprovaram o *Patient Self-Determination Act*, acima mencionado, que foi reconhecido como a primeira lei federal a reconhecer de fato o direito à autodeterminação do paciente. Assim como indicado no item anterior, esta regulamentação traz a instituição das diretivas antecipadas como gênero de

documentos de manifestação de vontade para tratamentos médicos, se tratando o testamento vital e o mandato duradouro, de suas duas espécies.

Conforme leciona Luciana Dadalto³⁰, muito embora por tratar-se de legislação federal, uma parte dos estados norte-americanos possuem leis próprias sobre o assunto, tratando-se dessa forma, o *Patient Self-Determination Act* de uma diretriz para questões específicas, como por exemplo o conceito de terminalidade e os diferentes tratamentos eivados pelos estados norte-americanos.

As promulgações realizadas nos Estados Unidos da América, os estudos das diretivas antecipadas significaram um grande avanço na luta pelo direito à autodeterminação do indivíduo, à morte digna e à autonomia do paciente.

2.2. Regulação na Europa

Ao contrário do ocorrido nos Estados Unidos da América, na Europa, a principal iniciativa relativa às DAV *partiu de uma organização internacional, embora alguns países já possuíssem regulação prévia a tal documento*³¹.

De acordo com Luciana Dadalto³², a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano em face das Aplicações da Biologia e da Medicina (*Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention of Human Rights and Biomedicine*), foi redigida em Oviedo, na Espanha, em 4 de abril de 1997, pelos membros do Conselho da Europa (Council of Europe). Tal convenção foi assinada por 35 dos 47 países membros do Conselho, e ratificada por apenas 23 deles.

Dentre os assuntos tratados em tal convenção, considera-se pertinente para fins do presente trabalho o disposto em seu artigo 9º, o qual determina que a manifestação prévia de vontade relacionada à intervenção médica do paciente que

³⁰ DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo. p. 112.

³¹ PONA, Éverton Willian. *Testamento Vital e Autonomia Privada. Fundamentos das diretivas antecipadas de vontade*. Juruá, 2015, Curitiba, p. 64.

³² DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo. p. 107.

não está, ao tempo da intervenção, em um estado, para expressar a sua vontade deverá ser levada em consideração³³.

Conforme se depreende da doutrina relativa ao tema, esta foi a primeira tratativa internacional com força vinculante aos países que a ratificassem. Contudo, é importante mencionar que muito embora o esforço estrangeiro tenha sido de grande significado para a matéria, o único artigo da referida convenção ainda estava aquém do necessário para a elaboração das DAV.

Instruções sobre a materialização dos documentos, a forma, a aplicação do conteúdo das DAV pela classe médica e demais detalhes pertinentes ao assunto deixaram de ser mencionados em tal Convenção, ao passo que a única afirmação decorrente do ato era de que as diretivas antecipadas deixadas por alguém, deveriam ser levadas em consideração.

Colocando referida convenção em perspectiva, segundo Éverton Willian Pona³⁴, no velho continente, os panoramas nacionais podem ser divididos em quatro grandes grupos:

a) os países que possuem legislação específica sobre o tema e nos quais as diretivas antecipadas são vinculantes; b) os que possuem legislação, mas não preveem o efeito vinculante às diretivas; c) os países que estão em vias de regulamentar; e d) aqueles que não possuem legislação e também não há perspectiva de regulamentação.

De acordo com o autor, no primeiro dos grupos enquadram-se Espanha, Portugal, Reino Unido, Áustria, Alemanha, Finlândia, Holanda (autorizou, inclusive, a prática da eutanásia desde 1994) e Bélgica.

³³ Disponível em: <<https://rm.coe.int/168007cf98>> Acessado em: 2 de setembro de 2017.

³⁴ PONA, Éverton Willian. *Testamento Vital e Autonomia Privada. Fundamentos das diretivas antecipadas de vontade*. Juruá, 2015, Curitiba, p. 66.

2.3. Regulação na América Latina

No ano de 2001 Porto Rico aprovou a Lei Federal n° 160, a qual, segundo Luciana Dadalto, reconhece o direito de toda pessoa maior de idade, em pleno uso de suas faculdades mentais, declarar previamente sua vontade sobre os tratamentos médicos sob os quais gostaria de se submeter ou não, caso sofra uma condição de terminalidade ou de EVP persistente.

A Argentina, por sua vez, já possuía um aparato doutrinário e jurisprudencial sobre o tema, antes mesmo da promulgação da Lei n° 26.529 de 21 de outubro de 2009.

Em dezembro de 2007, a província argentina de Rio Negro editou a Lei n° 4.263, tendo sido a primeira regulamentação no país, ainda que em nível provincial a tratar sobre o assunto. Tal lei determinava que toda pessoas capaz possui o direito de expressar seu consentimento a respeito de tratamento médicos que podem ser indicados a ele no futuro, em razão da perda de capacidade ou não ocorrência de circunstâncias clínicas que o impeçam de expressar sua vontade no momento.

Muito embora tal legislação tenha um significado imperioso na doutrina argentina, alguns autores entendem que tais leis ainda não poderiam ser caracterizadas como verdadeiras leis de DAV, uma vez que não detalham especificidades sobre os institutos decorrentes das diretivas.

Com exceção de Porto Rico e Argentina, os demais países da América Latina não têm recebido atenção especial da doutrina jurídica sobre o tema, o que ainda corrobora a necessidade de aprofundamento do estudo sobre as DAV, em especial no Brasil.

3. Elasticidade Temporal da Autonomia Privada

Por trás de todas as premissas do instituto, as DAV possuem um objetivo latente, qual seja, a proteção da vontade do indivíduo, manifestada de maneira

ulterior. É verdade que a vontade, seja ela individual ou coletiva, propulsiona as diversas fontes do direito. Neste sentido, Éverton Willian Pona³⁵:

Quando somente as fontes formais são analisadas, lei, costume, jurisprudência, como costumeiramente se coloca, por detrás da formalidade repousa, também, ato de vontade (ainda que não representativo de um interesse particular, individual, mas, no caso social) seja do legislador (a vontade de regulamentar nova situação fática por meio de um diploma normativo, vale lembrar, em representação da vontade geral, para utilizar-se da expressão de Rousseau), de uma comunidade que adota o costume (a vontade de manter a tradição ou a cultura de um lugar ou povo), do magistrado que prolata a sentença (a vontade de, na condição do Estado-juiz, aplicar a lei para fins de solucionar o litígio e alcançar a solução justa e pacificadora das relações sociais).

Frente a estas considerações, necessário se faz tecer comentário sobre a autonomia privada, a qual, segundo Francisco Amaral³⁶, trata-se de um direito decorrente da vontade:

A fonte do direito consiste, assim, em um ato de vontade, da sociedade, por seus poderes de natureza executiva, legislativa e judiciária, ou dos grupos sociais e instituições, ou até dos próprios indivíduos no exercício de um poder que lhes é reconhecido pela ordem jurídica, que é chamada de autonomia privada.

Necessário ainda, tecer as breves diferenças entre a autonomia da vontade e a autonomia privada. De acordo com Cristiano Chaves de Farias e Nelson Rosenvald³⁷, a autonomia privada é o *poder que o particular tem de criar, nos limites legais, normas jurídicas*. Já a autonomia da vontade seria o *princípio pelo qual o agente tem a possibilidade de praticar um ato jurídico, determinando-lhe o conteúdo, a forma e os efeitos*.

³⁵ PONA, Éverton Willian. *Testamento Vital e Autonomia Privada. Fundamentos das diretivas antecipadas de vontade*. Juruá, 2015, Curitiba, p. 114.

³⁶ AMARAL, Francisco. *Direito Civil: introdução*. 3. Ed. Rev. e atual. Rio de Janeiro. Renovar. 2003. Apud PONA, Éverton Willian. *Testamento Vital e Autonomia Privada. Fundamentos das diretivas antecipadas de vontade*. Juruá, 2015, Curitiba, p. 114.

³⁷ FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. *Curso de Direito Civil. Contratos*. Volume IV. Salvador/BA: Editora JusPodivm, 2012, p. 142.

A autonomia privada é um instrumento que tem como finalidade a promoção de interesses que sejam úteis para a sociedade em geral, consolidando os fundamentos estabelecidos no preâmbulo da Constituição Federal.

Encontrando-se a pessoa que pretende manifestar sua vontade, em situação de perfeita lucidez, isenta de qualquer enfermidade mental que prejudique de alguma forma o seu discernimento, pouco se discute sobre a validade dos efeitos de declaração por ela deixada. Ao contrário, no entanto, do que ocorre com a pessoa que não está em se estado perfeito de consciência e sanidade mental, de modo que, e de acordo com Éverton Willian Pona³⁸, ao não mais poder manifestar-se pessoalmente, *torna-se desnecessário seguir instruções anteriores pelo indivíduo deixadas, pois a autonomia seria incompatível com o atual estado do sujeito.*

Diante disso, depreende-se que as DAV originam-se, de fato, da autonomia pessoal do indivíduo que gostaria que suas vontades se estendessem ao longo do tempo como regras a serem cumpridas, dotadas de efetiva validade, especialmente no momento em que sua sanidade mental eventualmente estiver comprometida.

Dessa forma, caracteriza-se as DAV como um instituto eivado de autonomia privada do indivíduo, merecendo, por sua vez, a alcunha de um direito que deve ser respeitado.

3.1. Limites da Autonomia

Na tentativa de se estabelecer parâmetros para os direitos e deveres dos médicos e pacientes, muito se discute a respeito da autonomia e sua extensão.

Dentro desta seara são estudados não só os direitos dos pacientes de terem suas vontades realizadas por meio das DAV, mas também os dos médicos de cumprir ou não as instruções e diretivas.

³⁸ PONA, Éverton Willian. *Testamento Vital e Autonomia Privada. Fundamentos das diretivas antecipadas de vontade*. Juruá, 2015, Curitiba, p. 115.

Conforme até agora demonstrado, o assunto envolve um combinado entre Direito e Medicina na tentativa de se fazer valer a dignidade das pessoas. Frente a este conceito, quais seriam os limites da autonomia privada?

Conforme explica Rodrigo Santos Neves³⁹, o *indivíduo tem a liberdade de agir da forma como quiser, desde que não viole o direito*. Para o autor, *essa liberdade é quase absoluta, tendo em vista a sua amplitude*. Segundo ele, pela liberdade, *o indivíduo é capaz de celebrar contratos dos mais variados*.

Muito embora a noção de autonomia privada esteja estampada em todos os campos do direito privado, a sua extensão não é absoluta. Questões relacionadas a Bioética e Biodireito, por exemplo, precisam ser analisadas e estudadas com muita cautela. Conforme explica Laura Díez Bueso⁴⁰:

Quando confrontamos a autonomia privada com o direito ao próprio corpo, percebemos como a questão é complexa. Se o indivíduo goza de autonomia, pode celebrar contatos de grande complexidade, pode se casar, divorciar, adotar crianças, viver a sua vida da melhor maneira possível – por que não pode decidir sobre o que fazer com o próprio corpo? Na verdade, a autonomia do paciente é uma forma de concretização do direito à integridade física e psíquica, previsto na CR/1998.

Conforme aduz a autoria, a autonomia do paciente está diretamente ligada à previsão constitucional de garantia ao direito à integridade física e psíquica do indivíduo. Já na bioética, a autonomia do paciente, como um princípio, impõe a vedação aos médicos de intervirem no corpo do paciente, tampouco de imporem um tratamento que vá de encontro a sua vontade. Também está proibido, com base neste princípio, submeter alguém a algum experimento científico, ainda que seja para o benefício da humanidade.

³⁹ NEVES, Rodrigo Santo. *Testamento Vital: Autonomia Privada x Direito à Vida*. Revista Síntese – Direito de Família. Ano XV. N. 80, Out.-Nov. -2013. p. 10.

⁴⁰ BUESO, Laura Díez. *La garantía institucional de la autonomía del paciente*. Revista de Bioética y Derecho, Barcelona, n. 25. Maio 2012. p. 36. Apud NEVES, Rodrigo Santo. *Testamento Vital: Autonomia Privada x Direito à Vida*. Revista Síntese – Direito de Família. Ano XV. N. 80, Out.-Nov. -2013. p. 10.

O assunto se torna mais complexo e sensível tendo-se em vista a dignidade da pessoa humana e a liberdade do indivíduo. De acordo com Rodrigo Santos Neves, quando se fala em autonomia do paciente, o que está em jogo é o seu direito de autodeterminação. E é pelo mesmo motivo que o indivíduo pode⁴¹:

(...) exigir que o médico lhe informe qual é a sua real condição clínica, as possibilidades de tratamento, bem como os riscos que cada tratamento pode lhe oferecer. O consentimento informado é o meio pelo qual o paciente pode exercer seu direito de proteger sua integridade física e psíquica, bem como de se prevenir de ser submetido a tratamento desumano ou degradante.

Dessa forma, justifica-se outro contraponto relativo à dificuldade em se encontrar nos estudos atuais um aprofundamento desta questão. O cuidado em relação ao tema deve caminhar lado a lado com o poder de autodeterminação do paciente, a fim de que a sua própria liberdade não extrapole o limiar da ética.

3.2. Ausência de Previsão Legal

Um dos maiores problemas relacionados às diretivas antecipadas hoje no Brasil é a sua ausência de regulamentação no aparato de normas e leis do País. A falta de previsão legal sobre o tema impulsiona a sensação de ausência de segurança jurídica do instituto.

Seriam válidas as DAV, seja por testamento vital, seja por mandato duradouro, ainda que o ordenamento jurídico brasileiro não apresenta quaisquer disposições relativas a sua existência?

Muito embora esta dúvida ainda seja frequente, salienta-se que o que confere o embasamento jurídico para a utilização das DAV atualmente é a análise interpretativa das normas constitucionais (tais como os princípios constitucionais da Dignidade da Pessoa Humana e da Autonomia – artigos 1º, III; e 5º da Constituição Federal) e infraconstitucionais (tal como o artigo 15 do CC que dispõe

⁴¹ NEVES, Rodrigo Santo. *Testamento Vital: Autonomia Privada x Direito à Vida*. Revista Síntese – Direito de Família. Ano XV. N. 80, Out.-Nov. -2013. p. 12.

que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica), conjuntamente com o corpo de decisões reiteradas nos tribunais brasileiros. Neste sentido, ressalta Luciana Dadalto⁴²:

O testamento vital é expressão de autonomia do sujeito, garantidor da dignidade deste, pois ao garantir ao indivíduo o direito de decidir sobre os tratamentos aos quais deseja ser submetido caso se torne um paciente terminal, preserva sua vontade e evita sua submissão ao esforço terapêutico – prática médica que visa manter a vida mesmo sem condição de reversibilidade da doença -, considerado pela presente pesquisa um tratamento desumano diante da comprovação que este esforço não causará nenhuma vantagem objetiva ao paciente, vez que não impedirá a morte deste.

Depreende-se da interpretação das normas que o testamento vital, por sua vez, é um instrumento que garante a aplicação dos preceitos constitucionais e infraconstitucionais acima mencionados, por impedir que o paciente seja submetido a tratamentos considerados fúteis e que prolonguem seu estado irreversível.

Paralelamente a estes dispositivos, é importante mencionar outras legislações que garantem o aparato sob o qual se sustenta o instituto, como por exemplo a conhecida “Lei Mário Covas”. Promulgado em 1999 no estado de São Paulo, a Lei nº 10.241/1999⁴³ dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde. De acordo com o artigo 2º, XXIII da referida lei, é direito do usuário de serviços de saúde no estado de São Paulo a recusa a tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida.

⁴² DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo. p. 180.

⁴³

Disponível

em:

<<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>>

Acessado em: 10 de setembro de 2017.

O mesmo direito também foram assegurados pela Lei nº 16.279⁴⁴, promulgada em 2006 pelo Estado de Minas Gerais, e a Lei nº 14.254⁴⁵, promulgada em 2003 pelo Estado do Paraná.

Todo estas leis e artigos, combinados com as resoluções do CFM mencionadas nos itens acima, atualmente servem como base de sustentação da utilização das DAV no Brasil, garantindo a sua validade e aplicação, fatores que já foram, inclusive, reconhecidos pela jurisprudência.

Paralelamente, toda esta análise interpretativa demonstra a necessidade de se estabelecer uma norma própria para a fundamentação do instituto, especialmente no que tange à sua instrumentalização, a qual, nos dias de hoje, é realizada com base nos preceitos definidos em lei geral.

3.3. Aspectos registrais

Como consequência dos apontamentos feitos no item anterior relativo à ausência de previsão legal das DAV atualmente no País, reascende-se outro ponto pendente de regulamentação: os aspectos registrais do documento no qual foram estabelecidas as disposições antecipadas pelo paciente.

Luciana Dadalto⁴⁶ acredita que tanto o testamento vital, quanto o mandato duradouro deveriam ser lavrados por meio de escritura pública, especialmente em razão da inexistência de legislação específica para tanto.

A autora defende que a criação de um registro nacional de DAV é importante para *possibilitar uma maior efetividade no cumprimento da vontade do paciente, de modo a não correr risco de que a declaração se torne inócua*. Para ela:

⁴⁴ Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=16279&ano=2006>> Acessado em: 10 de setembro de 2017.

⁴⁵ Disponível em: <http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=735&indice=1&totalRegistros=1>> Acessado em: 10 de setembro de 2017.

⁴⁶ DADALTO, Luciana. *Aspectos registrais das diretivas antecipadas de vontade*. Civillistica.com – ano 2, nº 4 – 2013.

Assim, existindo tais disposições formais, o cartório deverá encaminhar a declaração prévia de vontade para o fim da vida ao Registro Nacional, em um prazo exíguo, a fim de garantir a efetividade desta. Neste caso, as DAV para o fim da vida só poderão ser feitas de forma pública.

Esse procedimento poderá seguir as recomendações do Registro Central de Testamentos, do Colégio Notarial do Brasil, seção de São Paulo, dispostas no provimento CG 06/94, que objetiva implantar um registro únicos de testamentos em São Paulo. Modelo que tem-se estendido para outros estados do Brasil, como Minas Gerais, no qual o registro único ainda está em fase de implantação.

Além disso, a autora recomenda a presença de um advogado porquanto da elaboração e lavratura do documento, especialmente enquanto houver a lacuna legislativa quanto aos aspectos registraes. Dessa forma, assegura-se a elaboração de um documento que não contenha disposições sobre assuntos ilícitos ou não previstos no ordenamento jurídico, como por exemplo a prática da eutanásia ou suicídio assistido.

Conclusão

Antes de estabelecer qualquer ponto conclusivo, é necessário ressaltar que neste trabalho pretendeu-se dar luz à representatividade das DAV atualmente no Brasil como resultado de uma luta incansável pelos direitos individuais, especialmente no que tange a uma morte digna.

Sim, é fato que qualquer discussão sobre a morte no País ainda é um tabu para a maioria das pessoas. Despender muito tempo imaginando eventuais problemas de saúde e situações de terminalidade, realmente não são temas agradáveis e que permeiam as nossas preocupações diárias. Procuramos nos afastar dessas situações, inclusive deixando de pensar no que pode acontecer com qualquer um de nós com a famosa e simples desculpa: “quando acontecer, eu decido o que fazer”.

Os avanços técnico-científicos dos últimos anos têm colaborado cada vez mais para o desenvolvimento da medicina. Fato que por um lado, tem trazido benefícios à qualidade de vida e erradicação de determinadas doenças, mas que por outro lado, tem criado tratamentos que estendem a vida dos pacientes sem trazer, todavia, melhoras em seus respectivos quadros clínicos.

Conseguir se prevenir de situações que fogem do nosso alcance nem sempre é possível. Contudo, quando tratamos de garantias previstas na Constituição Federal, o direito aos princípios lá defendidos necessariamente devem ter proteção do Estado e ser disponibilizados, de alguma forma, à sociedade. Diante disso, ressalta-se que a Dignidade da Pessoa Humana e a Autonomia são o sustentáculo e objetivo das DAV.

Decidir, em algum momento da vida, se gostaria de deixar de ser submetido a tratamentos e cuidados que prolonguem a vida a qualquer custo, não trazendo nenhum benefício ou melhora real, em um eventual momento de doença terminal, não só deve como é um direito de qualquer pessoa. Da mesma forma, também o é quando optamos para que alguém responda por nós, relativamente ao nosso quadro clínico no momento em que, temporária ou fixamente, estivermos fora das nossas condições mentais.

Com o presente trabalho, buscou-se ainda demonstrar que o testamento vital e o mandato duradouro são instrumentos pelos quais se garantem estes direitos, e que, muito embora ainda haja uma confusão conceitual relativa ao assunto, a eutanásia e o suicídio assistido não são a mesma coisa que a ortotanásia (optar por não ser submetido a tratamentos comprovadamente inúteis para a melhora de um quadro de doença terminal).

Assim, não sendo caracterizadas como atos ilícitos, as DAV deveriam possuir uma legislação própria, da mesma forma como acontece em outros países. Destaca-se especial atenção ao *Living Will* e o *Durable Power of Attorney*, frutos de intensa discussão, estudos e luta pelos direitos individuais e de autonomia dos seres humanos realizados em conjunto pela comunidade médica e jurídica nos Estados Unidos da América. Reflexos destas análises em outros países são a prova de que esta discussão tem como âmbito a proteção de um direito do homem, e que merece apoio em qualquer lugar do mundo.

A ausência de previsão normativa das DAV hoje no Brasil possui uma série de efeitos. O primeiro deles é o limite do que pode ou não ser disposto no testamento vital e no mandato duradouro. Buscou-se ressaltar que as disposições devem ser elaboradas em concordância com o ordenamento jurídico brasileiro, sob a perspectiva do que já se foi criado até hoje no Brasil, como os regulamentos do CFM e as legislações estaduais, considerando, entretanto, tudo do que não for ilegal.

O segundo efeito decorrente da falta de regulamentação sobre o tema é a questão da validade das disposições antecipadas. O presente estudo deixa claro que validade do instituto está atrelada ao poder interpretativo das normas constitucionais, infraconstitucionais e da jurisprudência atual sobre o tema. Logo, muito embora ainda existam dúvidas permeando a sua legitimidade, é inegável e inequívoca a existência das DAV no Brasil.

Já o seu terceiro efeito diz respeito à necessidade latente de regulamentação do instituto, devido a insegurança jurídica causada por sua ausência. Detalhes relativos à forma, instrumentalização, conceitos e aplicabilidade carecem de norma positivada no ordenamento jurídico brasileiro, a fim de que o testamento vital e o mandato duradouro ganhem força e deixem de ser instrumentos apagados pelas incertezas jurídicas e pelo medo da morte.

Por fim, sobressalta-se a importância das DAV, o seu papel na sociedade como meio de assegurar direitos individuais dos seres humanos, bem como a necessidade manifesta de sua regulamentação no ordenamento jurídico brasileiro.

Referências Bibliográficas

AMARAL, Francisco. Direito Civil: introdução. 3. Ed. Rev. e atual. Rio de Janeiro. Renovar. 2003. Apud PONA, Éverton Willian. *Testamento Vital e Autonomia Privada. Fundamentos das diretivas antecipadas de vontade*. Juruá, 2015, Curitiba.

AZILIERO, Dineia Largo; LOPES NETO, Antônio dos Reis. *Considerações acerca da (i)legalidade da ortotanásia no Brasil*. Revista Jurídica. Porto Alegre, ano 55, n 359. 2007. p. 18. Apud DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira edição. Atlas, São Paulo. 2015.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. Trad. Luciana Prudenzi. São Paulo. Loyola, 2002. p. 206. Apud DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo.

BUESO, Laura Díez. *La garantía institucional de la autonomía del paciente*. Revista de Bioética y Derecho, Barcelona, n. 25. Maio 2012. p. 36. Apud NEVES, Rodrigo Santo. *Testamento Vital: Autonomia Privada x Direito à Vida*. Revista Síntese – Direito de Família. Ano XV. N. 80, Out.-Nov. -2013.

DADALTO, Luciana.

- *Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12*. Revista bioét (Impr.) 2013; 21 (1): 106-12.

- *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo.

- *Revista de Bioética y Derecho*. Número 28, mayo 2013.

- *Aspectos registraes das diretivas antecipadas de vontade*. Civilistica.com – ano 2, nº 4 – 2013.

DIAS, Maria Berenice. *Vida e Morte: aborto e eutanásia*. In: GUERRA, Arthur Magno e Silva (Coord.). *Biodireito e Bioética: uma introdução crítica*. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2005.

DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do Biodireito*. 7ª Ed. Saraiva. 2010. São Paulo.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. Curso de Direito Civil. Contratos. Volume IV. Salvador/BA: Editora JusPodivm, 2012.

GIACCOIA JUNIOR, Osvaldo. A visão da morte ao longo do tempo. Medicina Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, v.38, 2005.

KNOBEL M., SILVA, ALM. *O paciente terminal: vale a pena investir no tratamento?* Revista Einstein. 2004;2. p. 133. Apud DADALTO, Luciana. *Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12*. Revista bioét (Impr.) 2013; 21 (1): 106-12.

LIPPMANN, Ernesto. *Testamento Vital – O direito à dignidade*. Matrix. 2013. São Paulo.

NEVES, Rodrigo Santo. *Testamento Vital: Autonomia Privada x Direito à Vida*. Revista Síntese – Direito de Família. Ano XV. N. 80, Out.-Nov. -2013.

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

PONA, Éverton Willian. *Testamento Vital e Autonomia Privada. Fundamentos das diretivas antecipadas de vontade*. Juruá, 2015, Curitiba.

RODOTÁ, Stefano. *La legge i dilemmi dela libertà*. In: BORASCHI, Andrea; MANCONI, Luigi. *Il dolore e la política*. Milão: Bruno Mondadori, 2007. p. 29 Apud DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. *Direito de morrer; eutanásia, suicídio assistido*. 2. ed. Belo Horizonte. Del Rey. 2005. p. 32. Apud DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo.

SÁNCHEZ, Cristina López. *Testamento vital y voluntad del paciente: conforme a la Ley n° 41/2002, de 14 de noviembre*. Madrid: Dykinson, 2003. p. 27-28. Apud DADALTO, Luciana. *Testamento Vital*. Terceira Edição. Atlas. 2015. São Paulo.

VÍTOR, Paula Távora. Procurador para cuidados de saúde: importância de um novo decisor. *Lex Medicinæ: Revista portuguesa de direito da saúde*, Coimbra. Ano 1, n.1, 4.

Pesquisa disponível online:

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.805/2006. Diário Oficial da União. Brasília, 28 de novembro de 2006. Seção I. p. 169 – disponível em <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>> Acesso em: 25 de agosto de 2017.

Processo n. 2007.34.00.014809-3, que tramitou junto a 14ª Vara Federal do Distrito Federal, Brasília. Disponível em: <http://www.df.trfl.gov.br/inteiro_teor/doc_inteiro_teor/14vara/2007.34.00.014809-3_decisao_23-10-2007.doc> Acesso em: 25 de agosto de 2017.

Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf> Acesso em: 25 de agosto de 2017.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, Capítulo II (Direito dos Médicos), IX. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>> Acesso em: 28 de agosto de 2017.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1238103/pdf/westjmed00260-0066.pdf>> Acesso em 02 de setembro de 2017.

Disponível em: <<https://rm.coe.int/168007cf98>> Acesso em: 2 de setembro de 2017.

Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>> Acesso em: 10 de setembro de 2017.

Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=16279&ano=2006>> Acesso em: 10 de setembro de 2017.

Disponível

em:

<<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=735&indice=1&totalRegistros=1>> Acesso em: 10 de setembro de 2017.