



A MORTE DIGNA E AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

A DEATH WITH DIGNITY AND THE ADVANCED WILLING DIRECTIVES

Gustavo Matoso de Carvalho⁵⁷

Douglas Eduardo Figueiredo Souza⁵⁸

RESUMO

O estudo do direito à vida e à morte tem provocado debates nas esferas do Direito e da Medicina, principalmente após a regulamentação, pelo Conselho Federal de Medicina, das diretivas antecipadas de vontade e do instituto da ortotanásia. Neste artigo, analisam-se os termos próprios desses debates, diferenciando os institutos envolvidos, a fim de proporcionar ao leitor uma compreensão mais abrangente desses conceitos e retirar do senso comum a análise superficial de algo mais abrangente, demonstrando em seus aspectos suas (in) compatibilidades com o Direito brasileiro. Para tanto, utiliza-se da revisão de literatura como metodologia e procede-se a uma leitura interdisciplinar entre Direito e Medicina.

Palavras-chave: Diretivas antecipadas de vontade. Ortotanásia. Cuidados paliativos.

ABSTRACT

The study of the right to life and death has begun debates in Law and Medicine domains, especially after regulation, by the Federal Council of Medicine, of advance in directives of the will and the orthopaniasis institute. In this article, the proper terms of these debates are analyzed, distinguishing the institutes involved, in order to provide the reader with a more comprehensive understanding of these concepts and remove, from the common sense, the superficial analysis of something more comprehensive, demonstrating in its aspects its (in)

⁵⁷ Graduado em Direito pela Faculdade Arquidiocesana de Curvelo – FAC. Foi bolsista do Fundo de Amparo à Pesquisa – FAP da Faculdade Arquidiocesana de Curvelo – FAC. Advogado.

⁵⁸ Possui graduação em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2008) e mestrado em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2013). Doutorando em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (início em 2018). Atualmente é professor da Faculdade Arquidiocesana de Curvelo. Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito Civil. Foi bolsista do Fundo de Amparo à Pesquisa – FAP da Faculdade Arquidiocesana de Curvelo – FAC. Advogado.

compatibility with Brazilian law. Thus, literature review is used as methodology and it is carried out an interdisciplinary reading between Law and Medicine.

Keywords: Advance directives of will; Orthopneumonia; Palliative care.

1. INTRODUÇÃO

A busca pelo prolongamento da vida é algo que sempre permeou as ciências médicas em toda sua história. Entretanto, mesmo com os avanços da tecnologia e do conhecimento da medicina, o reconhecimento da finitude da vida humana é algo fundamental, pois se trata da essência do ser humano, que tem em sua morte o fim de sua personalidade.

O estudo da vida está intrinsicamente ligado ao estudo da morte. Com a mudança do processo de morte, incrementada pelo desenvolvimento das condições básicas de saneamento e pela difusão de tratamentos médicos, a forma como o paciente passa a ser tratado na atualidade chama a atenção para a compreensão de uma vida digna e, também, de uma morte digna.

Este estudo busca discutir a morte digna e formular as distinções necessárias quando se aborda tema que gera inúmeros debates nas esferas do Direito e da Medicina.

2. VIDA E MORTE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Parafraseando Sampaio (2009), conceituar vida é tarefa de grande complexidade, a exemplo das mais de dezoito tentativas constantes no *Dicionário Aurélio* (2010).⁵⁹ Essa definição varia de acordo com a convicção religiosa, científica, filosófica, moral ou jurídica.

⁵⁹ Dicionário Aurélio (2010. p. 2156) – “Vida [Do lat. Vita.] S.f. 1. Biol. Conjunto de propriedades e qualidades graças às quais animais e plantas, ao contrário dos organismos mortos ou da matéria bruta, se mantêm em contínua atividade, manifesta em funções orgânicas tais como o metabolismo (1), o crescimento (1), a reação a estímulos, a adaptação ao meio, a reprodução (1), e outras; existências. 2. Estado ou condição dos organismos que se mantêm nessa atividade desde o nascimento até a morte; existência: O moribundo sentia fugir-lhe a vida. 3. A flora e/ou a fauna: a vida submarina; A vida tornar-se rara nas grandes altitudes. 4. A vida humana: Não havia sinais de vida naquelas matas; Têm os cientistas encontrado recursos para prolongar a vida. 5. O espaço de tempo que decorre desde o nascimento até a morte; existência: “Há numa vida humana cem mil vidas, / Cabem num coração cem mil pecados” (Olavo Bilac, Poesias, p. 174); A vida de um cão é de cerca de 12 anos. 6. P. ext. O tempo de existência ou de funcionamento de uma coisa: a vida de automóvel; a vida de uma estrela. 7. Um

A filósofa Hannah Arendt (2007) explica a razão de a sociedade moderna ter a vida como ponto de referência:

O motivo pelo qual a vida se afirmou como ponto último de referência na era moderna e permaneceu como bem supremo para a sociedade foi que a moderna inversão de posições ocorreu dentro da textura de uma sociedade cristã, cuja crença fundamental na sacrossantidade da vida sobrevivera à secularização e ao declínio geral da fé cristã, que nem mesmo chegaram a abalá-la. Em outras palavras, a moderna inversão imitou, sem questionar, a mais significativa reviravolta com a qual o cristianismo irrompera no cenário do mundo antigo, reviravolta politicamente mais importante e, pelo menos historicamente, mais duradoura que qualquer conteúdo dogmático ou crença específica. Pois a “boa nova” cristã da imortalidade da vida humana individual inverteu a antiga relação entre o homem e o mundo, promovendo aquilo que era mais mortal, a vida humana, à posição de imortalidade ocupada até então pelo cosmo (ARENDT, 2007, p. 327).

Segundo a referida filósofa, a vida tornou-se ponto central para o homem, por meio de um pensamento propagado e disseminado em uma sociedade cristã. Afirma, ainda, que tais resultados, considerados por ela desastrosos, trouxeram a estima e a dignidade políticas, devido à posição de destaque dada à vida individual, destaque este que antes pertencia à vida do corpo político.

Portanto, *vida* é uma palavra com muitos significados na língua portuguesa. Já juridicamente, o nascimento com vida é que representa o marco inicial da condição humana efetiva, inclusive, mediante a aquisição de personalidade jurídica e da aptidão para ter direitos e obrigações. Note-se, no entanto, que o Código Civil, em seu art. 2º, põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.

Sendo o direito à vida e o direito à dignidade da pessoa humana os mais basilares inerentes ao ser humano, tutelados em atos internacionais, na Constituição e no Direito Infraconstitucional, por exemplo, na *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, assinada em Paris, em dezembro de 1948, que estabeleceu: “Art. III. Toda pessoa tem direito à vida, à

dado período da vida: a vida intrauterina; a vida adulta. 8. Estado ou condição do espírito depois da morte: a vida eterna. 9. Biografia: Eça de Queirós escreveu as vidas de S. Cristóvão, Santo Onofre e S. Fr. Gil. 10. Modo de viver: “Minha vida era um palco iluminado. / Eu vivia vestido de dourado/ - Palhaço das perdidas ilusões” (Oreste Brabosa, Chão de Estrelas, p. 274); a vida cotidiana; vida sedentária. 11. Atividade que se desenvolve em determinado setor, quer como ocupação individual, que como ocupação de grupo: Afastou-se da vida eclesiástica por falta de vocação. 12. As atividades de qualquer grupo humano: Nas primeiras civilizações a vida agrícola sucedeu à pastoril. 13. O que é necessário para manter a vida (4); sustento, a subsistência: Luta duramente pela vida; A vida encarece dia a dia. 14. O que é essencial para que algo subsista; base, fundamento: Por muito tempo o café constituiu a vida da economia brasileira. 15. O que representa para alguém motivo de prazer, de estímulo, de amor à vida: A leitura é tudo para ele, é a sua vida. 16. O que representa força, ânimo, entusiasmo; vitalidade: A cantora deu vida ao espetáculo; Esta menina tem muita vida. 17. O que, sendo inanimado, transmite ideia de vida (1): Esta decoração não tem vida é morna, desbotada; Quanta vida neste quadro! 18. V. vida fácil: Caiu na vida”.



liberdade e à segurança pessoal” e “Art. V. Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, ONU, 1948).

Também é exemplo de ato internacional a *Convenção Americana sobre Direitos Humanos de São José da Costa Rica*, a qual estabelece:

Art. 4º. Direito à vida.

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado arbitrariamente.
2. Nos países que não houverem abolido a pena de morte, esta só poderá ser imposta pelos delitos mais graves, em cumprimento de sentença final de tribunal competente e em conformidade com lei que estabeleça tal pena, promulgada antes de haver o delito sido cometido. Tampouco se estenderá sua aplicação a delitos aos quais não se aplique atualmente.
3. Não se pode restabelecer a pena de morte nos Estados que a hajam abolido.
4. Em nenhum caso pode a pena de morte ser aplicada por delitos políticos, nem por delitos comuns conexos com delitos políticos.
5. Não se deve impor a pena de morte a pessoa que, no momento da perpetração do delito, for menor de dezoito anos, ou maior de setenta, nem aplicá-la a mulher em estado de gravidez.
6. Toda pessoa condenada à morte tem direito a solicitar anistia, indulto ou comutação de pena, os quais podem ser concedidos em todos os casos. Não se pode executar a pena de morte enquanto o pedido estiver pendente de decisão ante a autoridade competente (BRASIL, 1992).

Na Constituição brasileira, ambos os direitos estão tutelados, desde a concepção até a morte, como condição *sine qua non*, ou seja, indispensáveis, e, por isso, têm como condições mínimas a justiça social, a equidade, a humanidade, a liberdade e a possibilidade de desenvolvimento físico, intelectual e espiritual do ser humano, sem as quais não se pode garantir uma vida digna.

Em seu art. 5º, sustenta a igualdade de todas as pessoas perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida digna, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988).

A partir do momento em que se torna impossível viver com dignidade, seja em decorrência de uma sequela em um acidente, seja em razão do acometimento de uma doença em fase terminal, o ser humano deveria ter o direito a uma morte digna, que, segundo

Elisabeth Kübler-Ross (1996), psiquiatra suíço-americana, tida como referência na abordagem da morte na segunda metade do século XX, “morrer com dignidade seria morrer com os seus valores, cercado das pessoas que se ama” (ROSS, 1996).

Porém, a questão de morte digna tem sido objeto de intensas, acaloradas e incessantes discussões no meio médico e no Direito brasileiro, uma vez que o ordenamento jurídico brasileiro veda a eutanásia e outras práticas que possam ser utilizadas para abreviar o sofrimento na vida de um indivíduo e no fim dela, mesmo que não existam possibilidades de cura ou que seja um ato autônomo desse indivíduo.

Muito se debate sobre a morte digna. Por essa razão, faz-se pertinente abordar o tema. A esse propósito, citam-se as palavras de Brum (2017):

Morrer com dignidade é morrer da forma que se escolheu morrer quando o fim se tornou inevitável. É escolher até onde os médicos podem ir na tentativa de prolongar uma vida que já não é vida, é escolher se quer morrer numa cama de hospital ou em casa, é escolher na companhia de quem se quer estar quando chegar a hora de partir (BRUM, 2017).

Note-se, que a morte é etapa inafastável da vida. Reforça o autor:

É preciso lembrar que o fim de uma vida é ainda vida – e não morte. Pois, para se respeitar a vida, é preciso respeitar aquele que vive e só haverá respeito quando houver reconhecimento de que ali há um sujeito. Uma vez que o corpo se tornar objeto, o sujeito é sujeitoado. E o que antes era apresentado como cuidado vira tortura.

Fato é que a manutenção de uma vida por meios artificiais não pode – nem deve – ser uma objeção de modo geral. Entretanto, não deve – nem pode – exceder os padrões impostos pela natureza. Não se pode privar o paciente de uma morte digna sob o pretexto de que está se respeitando o caráter sagrado que possui uma vida ou simplesmente porque os avanços tecnológicos permitem que ela seja estendida de modo indefinido e antinatural. Nas palavras de Dworkin (2003):

[...] prolongar a vida de uma pessoa muito doente, ou que já perdeu a consciência, em nada contribui para concretizar a maravilha natural da vida humana e que os objetivos da natureza não são atendidos quando os artefatos de plástico, a sucção respiratória e a química mantêm o coração batendo em um corpo inerte e sem mente, um coração que a própria natureza já teria feito parar (DWORKIN, 2003, p. 304).



E conclui o autor:

[...] tendo em vista que o paciente passou toda a vida lutando, inclusive nas situações que pareciam irremediáveis, é melhor que enfrente a morte até o derradeiro instante, mesmo que esteja inconsciente. Ou que, como Nancy Cruzan, orgulhava-se de sua autossuficiência, o melhor é que sua vida termine quando não houver qualquer possibilidade de seguir em frente (DWORKIN. 2003, p. 271).

Aqui, abre-se um parêntese para contextualizar a fala de Dworkin (2003) sobre o caso Nancy Cruzan:

Nancy Cruzan foi uma paciente que em coma por três semanas. Seu quadro evoluiu para um estado de inconsciência onde a paciente podia se alimentar parcialmente por via oral. Com a finalidade de facilitar a sua alimentação, foi introduzida uma sonda de alimentação. O seu marido autorizou este procedimento. Em outubro de 1983, ou seja, dez meses após o acidente, ela foi internada em um hospital público. Todas as tentativas de reabilitação foram malsucedidas, demonstrando que ela não teria possibilidade de recuperar a vida de relação. Os seus pais, que também eram considerados como seus representantes legais, em conjunto com o esposo, solicitaram ao hospital que retirassem os procedimentos de nutrição e hidratação assistida, ou seja a sonda que havia sido colocada. Os médicos e a instituição se negaram a atender esta demanda sem autorização judicial. Os pais entraram na justiça do estado do Missouri solicitando esta autorização em junho de 1989. Um representante legal foi indicado para atuar durante o julgamento. O tribunal, em junho de 1990, após realizar audiências, ordenou à instituição que atendessem a demanda da família. Esta decisão se baseou em três argumentos básicos: no diagnóstico, na previsão legal desta demanda e na manifestação prévia da vontade pessoal da paciente. O diagnóstico de dano cerebral permanente e irreversível, em consequência do longo período de anóxia (ausência de oxigênio), foi confirmado e não questionado. A lei do estado do Missouri e da Constituição norte-americana permitem que uma pessoa no estado da paciente pode recusar ou solicitar a retirada de "procedimentos que prolonguem a morte". Considerando que ela, aos vinte anos, tinha manifestado em uma conversa séria com uma colega de quarto, que se estivesse doente ou ferida, ela não gostaria de ser mantida viva, salvo que pudesse ter pelo menos metade de suas capacidades normais. Esta posição sugeriu que ela não estaria de acordo com a manutenção da hidratação e da nutrição nas suas condições atuais. No túmulo de Nancy Cruzan consta a seguinte indicação: Nascida em 20 de julho de 1957. Partiu em 11 de janeiro de 1983. Em paz em 26 de dezembro de 1990 (GOLDIM, 2005).

Diante das reflexões estimuladas por Dworkin (2003) e do relato do caso de Nancy Cruzan, surge a indagação: será que o paciente terminal ou acometido de incapacidade irreversível, tendo manifestado anteriormente ou estando consciente (mesmo que imobilizado), não tem o direito de decidir sobre os termos de sua morte, assim como ele é autossuficiente para decidir sobre os assuntos da sua vida?

O que põe em evidência a questão da autonomia é a vontade, entendida como o motor que propulsiona a realização de uma necessidade, que, na visão kantiana, é autônoma, por determinar-se em razão da própria essência. Daí a ligação entre vontade e autonomia (KANT, 2008).

Principal diploma de normatização da profissão médica, o *Código de Ética Médica* (CEM) proíbe o profissional médico de agir sem respeitar o arbítrio do paciente. No tocante à responsabilização ética, em 2006 o CFM permitiu a prática da ortotanásia, por intermédio da Resolução 1.805.

Entretanto, o Ministério Público Federal ajuizou a Ação de Inconstitucionalidade 2007.34.00.014809-3, conseguindo a suspensão da resolução por meio de antecipação de tutela. Em 2010, o juiz Roberto Luís Luchi Demo revogou a antecipação de tutela anteriormente concedida e proferiu a seguinte sentença:

[...] É o relatório. Decido.

Sobre muito refletir a propósito do tema veiculado nesta ação civil pública, chego à convicção de que a Resolução CFM n. 1.805/2006, que regulamenta a possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, realmente não ofende o ordenamento jurídico posto. Alinho-me, pois, à tese defendida pelo Conselho Federal de Medicina em todo o processo e pelo Ministério Público Federal nas suas alegações finais, haja vista que traduz, na perspectiva da resolução questionada, a interpretação mais adequada do Direito em face do atual estado de arte da medicina [...] (BRASIL. Seção Judiciária do Distrito Federal, 2010).

O meritíssimo juiz conclui:

[...] Nessa ordem de considerações, pelas quais não entrevejo ilegitimidade alguma na Resolução CFM n. 1.805/2006, é de se rejeitar assim o pedido principal de se reconhecer sua nulidade, bem como o pedido alternativo de sua alteração. Do exposto, revogo a antecipação de tutela anteriormente concedida e JULGO IMPROCEDENTE O PEDIDO. Sem condenação em honorários advocatícios nem custas processuais (art. 18, da Lei 7.347/85).

P. R. I.

Brasília, 1º de dezembro de 2010.

ROBERTO LUIS LUCHI DEMO

Juiz Federal Substituto da 14ª Vara/DF (BRASIL. Seção Judiciária do Distrito Federal, 2010).

Tal sentença considerou improcedente o pedido do Ministério Público Federal, por meio de ação civil pública de decretação de nulidade da Resolução 1.805/2006, que trata de critérios para a prática da ortotanásia. Verifica-se que o magistrado compreendeu a importância dos avanços na Medicina, vez que esta deixou a era paternalista, em que a prioridade era a doença, e não o doente, e passou a enxergar o ser humano por trás da enfermidade. O objetivo agora é cuidar do paciente, proporcionando-lhe bem-estar, razão pela qual ao paciente devem ser dedicados todos os cuidados paliativos necessários ao alívio da dor e angústia (DADALTO, 2015).

Ocorre que existem controvérsias quanto à definição, à nomenclatura, à classificação e à fundamentação jurídica para sua aplicação. Nesse sentido, apresentam-se, a seguir, as distinções entre eutanásia, ortotanásia, distanásia, mistanásia e o suicídio assistido, bem como a diferenciação de tratamentos essenciais, tratamentos paliativos e tratamentos extraordinários ou desnecessários.

3. DISTINÇÕES NECESSÁRIAS

Quais são os parâmetros utilizados para classificar um paciente como em estado terminal de vida, uma vez que, normalmente, ele se vê envolto nos dilemas de fim de vida: se deve ou não fazer uso deste ou daquele medicamento/ tratamento?

Porém, quais são os parâmetros que definem se um paciente está ou não em fim de vida? Como a resposta a essa pergunta é muito ampla para alguns e para outros se mostra um tanto quanto complexa, torna-se importante conceituar paciente em estado terminal.

França (2017) assim leciona:

Como paciente terminal entende-se aquele que, na evolução de sua doença, não responde mais a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada, sem condições, portanto de cura ou de prolongamento da sobrevivência. Segundo Holland (Psychological issues in the care of the terminal III, Directions in psychiatry, Nova York: Hatherleigh, 1982), é terminal aquele paciente que apresenta duas características fundamentais: a da incurabilidade e a do fracasso terapêutico dos recursos médicos (FRANÇA, 2017, p. 560).

Portanto, entende-se por paciente terminal aquele que está acometido por doença incurável e irreversível, independentemente de receber ou não tratamento médico, em que a morte é fato que se dará de forma imediata ou em curto espaço de tempo. A Sociedade



Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL) elenca uma série de elementos caracterizadores que são importantes não apenas para definir tal situação, mas também para estabelecer adequadamente a terapêutica a ser adota. Quais sejam: diagnóstico de doença avançada, progressiva e incurável, somada à impossibilidade razoável de resposta a tratamentos específicos, atrelado a inúmeros problemas ou sintomas intensos que causem grande impacto emocional no paciente, família e equipe médica e cujo prognóstico de vida seja inferior a seis meses (SECPAL, 2014).

Também é pertinente trazer o conceito de paciente em estado vegetativo permanente, que, nas palavras de Rosenthal (2015),

[...] é uma condição de incapacidade que aconteceu em determinado momento e ainda persiste. Caracteriza-se por uma situação clínica de completa ausência de consciência de si e do ambiente circundante. Não há uma impossibilidade de interação com o próximo; ausência de resposta a qualquer forma de estímulo e incontinência urinária e fecal. Porém, não há morte cerebral, pois restam preservadas as funções hipotálâmicas e anatômicas suficientes para a sobrevivência (ROSENTHAL, 2015).

França (2017) traz o conceito de paciente em estado vegetativo continuado ou persistente:

[...] pacientes em estado vegetativo continuado ou persistente é aquele que apresenta lesão recente do sistema nervoso central, com ou sem diagnóstico definitivo, mas que deve ter cuidados conduzidos nos moldes dos pacientes salváveis, merecendo assim todo suporte vital necessário e disponível (FRANÇA, 2017, p. 559).

Já os critérios para diagnosticar o paciente com morte encefálica encontram-se dispostos na resolução do CFM 1.480, de 1997:

[...] Art. 1º. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

Art. 2º. Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no "termo de declaração de morte encefálica" anexo a esta Resolução.

Parágrafo único. As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada a supressão de qualquer de seus itens.

Art. 3º. A morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida.



Art. 4º. Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespal e apneia.

Art. 5º. Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) de 7 dias a 2 meses incompletos - 48 horas
- b) de 2 meses a 1 ano incompleto - 24 horas
- c) de 1 ano a 2 anos incompletos - 12 horas
- d) acima de 2 anos - 6 horas [...] (CFM, 1997).

Explicitar previamente os conceitos de paciente terminal e de paciente em estado vegetativo se torna necessário, uma vez que se referem a pessoas que, normalmente, estão relacionadas diretamente com os temas que serão conceituados na sequência.

Feitas tais conceituações, passa-se a diferenciar eutanásia, ortotanásia, distanásia, mistanásia e suicídio assistido, bem como tratamentos essenciais, tratamentos paliativos e tratamentos extraordinários ou desnecessários.

Lopes, Lima e Santoro (2014) conceituam assim eutanásia:

Palavra derivada do grego, a eutanásia (eu = boa, thánatos = morte) deve se entendida como o ato de ceifar-se a vida de outra pessoa acometida por uma doença incurável, que lhe causa insuportáveis dores e ferimentos, por piedade e em seu interesse. O que motiva o autor da eutanásia, então, é a compaixão para com o próximo, isto é, busca-se fazer um ‘bem’ àquele doente, fator diferenciador de homicídio simples (matar alguém). Por isso, ausente a compaixão, há que se falar em eutanásia, mas sim em homicídio (LOPES; LIMA; SANTORO, 2014, p. 56).

A eutanásia decorre de uma ação ou omissão por parte do autor do ato. Por essa razão, subdivide-se em duas classes: a ativa e a passiva. A eutanásia ativa ocorre quando o autor der causa ao início do evento que abreviará a vida de outrem. Já a eutanásia passiva ocorrerá quando o autor for omisso, normalmente, contribuindo com a interrupção ou redução drástica dos cuidados médicos que suportam a vida. Ainda segundo Lopes, Lima e Santoro (2014, p. 57), é possível subclassificar a eutanásia ativa em duas: ativa direta, na qual se tem o encurtamento da vida do paciente por meio de condutas positivas, “ajudando-o a morrer”; e ativa indireta, na qual não se busca a morte do paciente em primeiro plano, mas sim aliviar a dor ou o sofrimento, mediante a utilização de fármacos, os quais, secundariamente, levaram esse paciente à morte.

Importante destacar, como bem lembra França (2017, p. 560), que pacientes, após rigorosa análise, diagnosticados com morte encefálica serão considerados mortos, sendo que a suspensão dos meios artificiais não será considerada eutanásia.

A expressão “ortotanásia”, conforme relata Cabral (2015, p. 264), foi cunhada por Jacques Roskam, sendo apresentada no I Congresso de Gerontologia, na Bélgica, em 1950, revelando que entre o ato de antecipar a morte (eutanásia) e o de postergá-la (distanásia) existe a ortotanásia, que é intermediária, sendo conceituada como a morte no tempo certo. Bastos (2015, p. 6) explica que ortotanásia, etimologicamente, é de origem grega, significando “morte correta”, em que *orto* = certo e *thanatos* = morte.

Lopes, Lima e Santoro (2014) sustentam que se deve compreender a morte como um processo natural e final de vida, e não como um fracasso. É o tempo certo do fim de um processo. Com base nesse esboço, é possível entender a ortotanásia como um procedimento de humanização do processo morte, que tem como base o respeito à morte digna. A intervenção médica na ortotanásia é responsável pela preservação da dignidade humana, uma vez que é por meio dela que o paciente terá garantido seu direito à morte boa, em seu tempo, respeitando os valores que ele sustentou em vida.

Porém, não se deve confundir ortotanásia com eutanásia passiva, conceitos que, apesar de guardarem semelhanças, possuem muitas diferenças. A semelhança reside na motivação, na compaixão ao próximo, externada e concretizada na omissão, na supressão da prestação ou na redução de fármacos. Isso resultará em uma morte sem dor ou sofrimento. Todavia, divergem de forma contrastante quanto ao momento da conduta em que se dá o início do processo mortal: enquanto na eutanásia passiva a morte será resultante direta da omissão, na ortotanásia o evento morte já teve seu início antes da omissão.

Insta destacar que a ortotanásia não se dá mediante o abandono do enfermo. Ao contrário. O instituto e seus defensores não sustentam ou preconizam o abandono do doente, mas sim a adoção de cuidados paliativos, que objetivam minorar a dor e proporcionar bem-estar à pessoa que necessita de força quando as dores lhe acometerem a alma. Os cuidados paliativos se restringem ao uso de medicamentos e/ou procedimentos que propiciam ao paciente o máximo de bem-estar físico, mental, social e espiritual, em busca de uma morte tranquila e digna.

O Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, em seu website, conceitua da seguinte forma cuidados paliativos:



Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, ‘cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais’ (INCA, 2017).

Tal organização destaca, ainda, que:

[...] os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença. E, que apesar da conotação negativa ou passiva do termo paliativo, a abordagem e o tratamento paliativo devem ser eminentemente ativos, principalmente em pacientes portadores de câncer em fase avançada, onde algumas modalidades de tratamento cirúrgico e radioterápico são essenciais para alcance do controle de sintomas. Considerando a carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença terminal, faz-se necessário um diagnóstico precoce e condutas terapêuticas antecipadas, dinâmicas e ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente (INCA, 2017).

Lopes, Lima e Santoro (2014, p. 62) destacam: “Os cuidados paliativos propiciam ao paciente que tenha em sua hora final o máximo de bem-estar físico, mental, social e espiritual, mesmo quando não há a mínima perspectiva de cura”.

Para permitir que os cuidados paliativos obtenham o resultado de melhorar a vida do paciente e seus familiares, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1986, publicou os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de cuidados paliativos, reafirmados em sua revisão de 2002:

1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
3. Não acelerar nem adiar a morte;
4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;

9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (OMS, 2002).

Consideram-se, também, como pontos fundamentais para o tratamento do paciente e de sua família: a) que os sintomas do paciente sejam avaliados rotineiramente, sendo gerenciados de forma eficaz, por meio de consultas frequentes e intervenções ativas; e b) que as decisões relacionadas à assistência e tratamentos médicos sejam tomadas com base em princípios éticos.

Os cuidados paliativos são de responsabilidade de uma equipe interdisciplinar, pois é fundamental a avaliação de sintomas em todas as suas dimensões, para a definição e condução dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, sendo imprescindível ao controle de todo e qualquer sintoma.

É de grande importância que a comunicação seja a mais adequada entre a equipe de saúde, familiares e pacientes, pois é a base para o esclarecimento e o favorecimento da adesão ao tratamento e a aceitação da proximidade da morte.

Porém, ressalta-se que os cuidados paliativos são totalmente diferentes de tratamentos fúteis ou extraordinários, considerados como tais aqueles que apresentam absoluta e comprovada ineficácia em relação à cura da pessoa.

Ressalta-se, também, que, ao contrário da ortotanásia, que busca proporcionar uma morte digna, a distanásia, se caracteriza por traços de desumanidade em seu tratamento, em razão do uso de medidas terapêuticas excessivas, as quais não produzem resultados, senão a potencialização do sofrimento do paciente. O *Código de Ética Médica*, em seu capítulo I, cuida dos princípios fundamentais, ressaltando no XXII: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados. Assim, é possível aduzir que ‘a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários’ representariam a distanásia” (CFM, 2010).

Pereira (2015, p. 125) conceitua etimologicamente a palavra *distanásia* como sendo de origem grega, significando “afastamento, adiamento, prolongamento da morte” (*dis* = afastamento, *thanatos* = morte). Portando, seria o antônimo de *eutanásia*, uma vez que busca o prolongamento da vida a qualquer custo, mesmo que não se tenha uma melhora clínica.

Já mistanásia, nas palavras de Claudino (2015), consubstancia-se na morte fora de hora, miserável. A referida autora complementa citando Moreira e Sá:

[...] Sá e Diogo Luna Moreira consideram-na como eutanásia social, e citam Martin para ressaltar seu caráter perverso “Nada tem de boa, suave ou indolor dentro da categoria de mistanásia pode-se focalizar três situações: primeiro, a grande massa de doentes e deficientes que, por motivos políticos, sociais e econômicos, não chegam a ser pacientes, pois não conseguem ingressar efetivamente no sistema de atendimento médico; segundo, os doentes que conseguem ser pacientes, para, em seguida, se tornar vítimas de erro médico e, terceiro, os pacientes que acabam sendo vítimas de má- prática por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos. A mistanásia é uma categoria que nos permite levar a sério o fenômeno da maldade humana (MOREIRA; SÁ, 2012 *apud* CLAUDINO, 2015, p. 91).

Por fim, o suicídio assistido, nas palavras do ministro Luís Roberto Barroso e de Leticia Campos (2012),

[...] designa a retirada da própria vida com auxílio ou assistência de terceiros. O ato causador da morte é de autoria daquele que põe termo à própria vida. O terceiro colabora com o ato, quer prestando informações, quer colocando à disposição do paciente os meios e condições necessárias à prática. O auxílio e a assistência diferem do induzimento ao suicídio. No primeiro, a vontade advém do paciente, ao passo que no outro o terceiro age sobre a vontade do sujeito passivo, de modo a interferir com sua liberdade de ação. As duas formas admitem combinação, isto é, há possibilidade de uma pessoa ser simultaneamente instigada e assistida em seu suicídio. O suicídio assistido por médico é espécie do gênero suicídio assistido (BARROSO; CAMPOS, 2012).

Feitas as devidas conceituações e diferenciações sobre eutanásia, ortotanásia, distanásia, mistanásia e o suicídio assistido, bem como a diferenciação entre tratamentos paliativos e tratamentos extraordinários ou desnecessários, procede-se, no próximo tópico, às diferenciações, aos conceitos e ao histórico das diretivas antecipadas de vontade.

4. DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E SUAS DIFERENCIAÇÕES

Não raro, os novos conhecimentos científicos empregados para prolongar a vida do paciente terminal e/ou do paciente em estado vegetativo permanente, ao invés de lhe darem mais qualidade de vida, acabam por violar o corpo e a dignidade desses pacientes, resultando em tratamentos desprendidos de aspectos humanizados.

Diuturnamente, surgem ponderações, como as feitas por Policastro (2016):



Inúmeras vezes ouvimos pessoas comentarem: “se a fatalidade me atingir e eu for apanhado por doença incurável quero morrer logo”; “não quero prolongar meu sofrimento nem o da minha família”; “não quero ser submetido a tratamentos que não tragam nenhum benefício”; “quero deixar minha vida se esvair normalmente” ou, então, “quero que recorram a todos os meios da ciência para que minha existência seja prolongada o máximo possível”. Na verdade, estas pessoas, conscientemente ou não, estão anunciando os tratamentos médicos que anseiam ou não para o final dos seus dias (POLICASTRO, 2016, p. 77).

Por se tornar cada vez mais comum esse tipo de desejo, tem se discutido sobre o melhor meio de ver reconhecida a vontade de uma pessoa quanto aos tratamentos e procedimentos médicos que deseja ou não receber.

Uma das distinções necessárias é conceituar e/ou diferenciar testamento vital, mandado duradouro e diretiva antecipada da vontade.

Conforme artigo publicado por Maria Inês Nunes e Mário Fabri dos Anjos (2014) na revista de bioética do CFM, o testamento vital, ou *living will*, surgiu há mais de quatro décadas. Foi proposto pelo advogado Luis Kutner como meio de resolução dos conflitos que surgem no final da vida entre o paciente e o médico em relação às preferências deste por determinados tratamentos.

Os referidos autores também citam a Medical Subject Headings⁶⁰, que, de acordo com o Bioethics thesaurus⁶¹, define as diretivas antecipadas como declaração feita com antecedência pelo paciente, na qual está competente para decidir a respeito do seu cuidado, informando sua preferência ou autorizando outra pessoa a decidir por ele.

As diretivas antecipadas de vontade, que são gênero, possuem duas espécies: a) “testamento vital”, na qual o paciente delimita a quais tratamentos médicos deve ou não ser submetido e em que situações futuras deve ou ser submetido a estes tratamentos; e b) “*Durable Power of Attorney*” (DPA), ou, em português, “mandato duradouro”, que consiste na nomeação de outra pessoa (representante legal ou procurador), a qual terá poderes para decidir em nome deste paciente pelo período em que este se veja incapaz temporariamente ou permanentemente.

Ainda conforme Nunes e Dos Anjos (2014):

⁶⁰ Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América.

⁶¹ A Biblioteca de Pesquisa em Bioética do Instituto Kennedy de Ética é o lar da coleção de materiais mais abrangentes do mundo sobre a ética da saúde, pesquisa biomédica, biotecnologia e meio ambiente.



As diretivas antecipadas de vontade podem ser divididas em dois subgrupos: 1) afirmação de valor; 2) instrução diretiva. Uma afirmação de valor descreve as preferências gerais e os valores do paciente em relação ao tratamento médico de modo geral, mas não trata de formas específicas de tratamento ou enfermidade. A instrução diretiva expressa a preferência ou recusa por determinado tratamento médico no contexto de determinada doença (NUNES; DOS ANJOS, 2014, p. 242).

No Brasil, o CFM, no art. 1º da Resolução 1.995/2012, conceitua assim diretivas antecipadas da vontade:

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 (CFM, 2012).

O art. 2º desta Resolução do CFM aduz, ainda, que as diretivas antecipadas da vontade podem ser entendidas como gênero do qual são consideradas espécies o testamento vital e o mandato duradouro.

Dadalto (2015) é clara ao afirmar que os poucos estudos brasileiros sobre o tema fazem uma enorme confusão com esses institutos, acabando por induzir, erroneamente, que são institutos iguais. Segundo a referida autora, a distinção entre os institutos foi feita em 1990, pela *Patient Self-Determination Act* (PSDA), uma lei norte-americana considerada como a primeira do mundo a tratar sobre diretivas antecipadas.

Dadalto (2015) assim conceitua tais institutos:

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 os redige. Assim, por um lado temos o chamado testamento vital, e por outro, o mandato duradouro (DADALTO, 2015, p. 89).

Em outras palavras, as diretivas antecipadas de vontade se consolidam em um documento confeccionado por pessoa capaz, cujo objetivo é dispor sobre tratamentos médicos aos quais porventura venha a se submeter. Portanto, as diretivas antecipadas são gênero que têm como espécies o mandato duradouro e o testamento vital.

As diretivas antecipadas de vontade, ordinariamente chamadas de “testamentos vitais”, podem ser manifestadas oralmente ou por escrito e ser revogadas ou modificadas em qualquer momento, mas apenas por quem as produziu.

Testamento vital é um negócio jurídico, uma declaração de vontade privada destinada a produzir os efeitos que o agente pretende e que o direito reconhece. Assemelha-se com o instituto do testamento, que também é unilateral, personalíssimo, gratuito e revogável. Todavia, distancia-se deste por duas características essenciais deste instituto: a produção de efeitos *post mortem* e a solenidade.

O objetivo de confeccionar um testamento vital é assegurar e indicar o tipo de tratamento que não deve ser iniciado, o que deve cessar e assegurar, também, os cuidados que o paciente pretende que lhe sejam prestados. Gera uma enorme contradição quanto ao conceito, ao objeto, por assim dizer, a que se presta o testamento no ordenamento jurídico pátrio. Gonçalves (2012) traz a clássica definição de Modestino, que provém do Direito antigo, tendo perdurado através dos séculos: “*Testamentum est voluntatis nostrae justa sententia, de eo, quod quis pos mortem suam fieri velit*” (Testamento é a justa manifestação de nossa vontade sobre aquilo que queremos que se faça depois da morte).

Para Venosa (2009, p. 176), “o testamento é um dos pontos mais relevantes do direito privado, pois é nele que se revela com maior amplitude a autonomia da vontade privada”.

Venosa (2009) utiliza o termo *autonomia da vontade privada*, atualmente superado, substituído por *autonomia privada*, que, conforme esclarecido anteriormente e reforçado adiante, está mais adequado à nova realidade jurídica.

Dados recentes publicados no site do Colégio Notarial do Brasil (2017) dão conta que de 2012 a 2016 houve um crescimento de 700% na formalização do testamento vital, o que totaliza 623 atos lavrados. Destes, 536 estão concentrados no estado de São Paulo, 61 no Rio Grande do Sul e 26 em Minas Gerais.

O mandato duradouro, nas palavras de Dadalto (2015, p. 88), é um instrumento que tem por finalidade nomear ou sub-rogar um ou mais “procuradores”, que terão a função de decidir em nome do paciente que se encontra impossibilitado, devendo ser consultados pelos médicos em caso de incapacidade (definitiva ou transitória) do paciente acerca de alguma decisão quanto à adoção ou não de determinado tratamento.

Ambos os documentos – o mandado duradouro e o testamento vital – podem e devem ser utilizados quando o paciente estiver impossibilitado de se expressar de forma livre e consciente, mesmo que seja temporariamente. Ou seja, não são documentos que guardam relação de uso exclusivo com situações de terminalidade. Contudo, em face de o mandado duradouro possuir um espectro de ação maior, é mais comum ser ligado a situações transitórias, sendo o testamento vital obstrito a situações de fim de vida.

É por meio da adoção de uma dessas medidas que o indivíduo pode manifestar, por escrito – no caso do testamento vital – ou por intermédio de um representante – na hipótese do mandato duradouro – a quais intervenções médicas admite ser submetido no futuro, na eventualidade de no momento em que se fizer necessária ou aconselhável a prática de tais intervenções encontrar-se incapacitado para prestar validamente seu consentimento ou escolha.

O que se percebe, portanto, é a necessidade de compreender as diferenciações dos institutos pertinentes, para evitar confusão que possa impedir o implemento de quaisquer destes no ordenamento jurídico brasileiro, mesmo que compatível.

5. CONCLUSÃO

O art. 5º, inciso III, da Constituição Federal garante que ninguém será submetido a tratamento degradante ou desumano. Nesta esteira, o Código Civil de 2002, em seu art. 15, dispõe que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”, em razão também do princípio da liberdade ao próprio corpo.

Como se pode notar, o respeito à dignidade da pessoa humana é princípio fundamental de que derivam todos os demais direitos. A dignidade não visa apenas assegurar um tratamento não degradante nem conduz ao mero oferecimento de garantias à integralidade física do ser humano.

A vida deixa, portanto, de ser apenas o primeiro e mais fundamental do direito tutelado pelo ordenamento jurídico e se torna condição primordial para o exercício de outros direitos.

Em respeito à autonomia privada, é necessário permitir a livre manifestação de vontade do indivíduo, quer seja no gerenciamento dos seus bens materiais, quer seja no

destino que dará a sua vida ou corpo, visando limitar as intervenções médicas não curativas em certas situações terminais ou de inconsciência irreversível, situação na qual o indivíduo está incapaz de externar sua vontade. Por isso, é preciso estabelecer qual o limite do exercício dessa autonomia, vez que determinados tratamentos não poderiam ser afastados.

Indubitavelmente, por mais preciosa que a vida seja, ela só tem sentido e valor se abarcada no conceito de dignidade humana, que é de cunho altamente subjetivo. Não há sentido transformar o direito à vida em dever. O Estado, ao tutelar o direito à vida, deve entender que uma vida, se não mais conseguir ser digna e se fugir dos parâmetros mínimos de qualidade, não deve mais ser mantida forçosamente. O Estado deveria, então, ter a obrigação de assegurar ao enfermo o direito de morrer dignamente, sem que haja responsabilização das pessoas envolvidas.

Faz-se necessário, portanto, criar uma norma regulamentadora que pacifique as controvérsias acerca das especificidades formais e materiais das diretivas antecipadas de vontade e possibilite sua eficácia. Ademais, a difusão das diferenças entre os termos conexos se mostra necessária para evitar uma unificação e confusão no momento da regulamentação do tema. Por fim, necessário se faz reconhecer, tanto nas diretivas antecipadas de vontade quanto nos cuidados paliativos, o direito do paciente que optar por essas práticas a uma vida digna.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Zenaida Tatiana Monteiro. Da efetivação do direito à saúde no Brasil. Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 86, março de 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9037>. Acesso em: 26 junho 2017.

ARENDT, Hannah. A Condição Humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

BITTAR, Carlos Alberto. Reparação Civil por danos morais. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

BOBBIO, Marco. O doente imaginado: os riscos de uma medicina sem limites. Tradução Mônica Gonçalves. 1. ed. São Paulo: Bamboo Editorial, 2014.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 3 novembro 2017.

BRASIL. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 3 novembro 2017.

BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm> Acesso em: 3 de novembro 2017.

BRASIL. Seção Judiciária do Distrito Federal. Processo n. 2007.34.00.014809-3. Juiz: Roberto Luis Luchi Demo, 14. Vara Cível. Pesquisa de Jurisprudência, Acórdãos, 1 dezembro 2010. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>> Acesso em: 26 novembro 2017.

BRUM, Eliane. Testamento vital: Conselho Federal de Medicina prepara documento para garantir dignidade na morte. Revista Época, Colunistas, 12 de julho de 2010. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI154190-15230,00.html>> Acesso em: 08 março 2017.

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. et al. Ortotanásia: Bioética, Biodireito, Medicina e direitos de personalidade. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Orgs.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. São Paulo: s. n., 2012.

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://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=15785>. Acesso em: 03 outubro 2017.

COELHO, Fábio Ulhôa. Curso de direito civil: obrigações, responsabilidade civil. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, v. 2.

COELHO, Fábio Ulhôa. Curso de direito civil: contratos. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, v. 3.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.805 de 2006. Publicada no D.O.U., 28 novembro 2006, Seção I, p. 169. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=21154:justica-valida-resolucao-1805->> Acesso em: 08 março 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.995 de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Publicada no D.O.U. de 31 de agosto de 2012, Seção I, p.269-70. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>> Acesso em: 17 outubro 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Exame do Cremesp reprova mais da metade dos médicos recém-formados. 2016. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/pdfs/releasefinal2examecremesp2016.pdf>> Acesso em: 16 outubro 2017.

COSTA, Judith Martins. A boa-fé no direito privado: critérios para a sua aplicação. São Paulo: Marcial Pons, 2015.

DADALTO, Luciana. Testamento Vital. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

DINIZ, Maria Helena. Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil. 24 ed. São Paulo: Saraiva, 2010, v. 7.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito Administrativo. 26. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

DWORKIN, Ronald. Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

EHRHARDT JÚNIOR, Marcos. Deveres gerais de conduta nas obrigações civis: breves notas sobre o princípio da boa-fé objetiva e sua influência nas relações contratuais. Portal Ciclo, Artigos Direito, 2017. Disponível em:

<http://www.portalciclo.com.br/downloads/artigos/direito/deveres_gerais_de_conduta_e_boa_fe_marcos_ehrhardt.pdf> Acesso em: 20 setembro 2017.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio da língua portuguesa. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FIUZA, César. Direito civil: curso completo. 17.ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; Belo Horizonte: Del Rey Editora, 2014.

FRANÇA, Genival Veloso de. Comentários ao Código de Ética Médica. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan S.A., 2000.

FRANÇA, Genival Veloso de. Direito médico. 14. ed. Rio de Janeiro: forense, 2017.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. Novo curso de direito civil: responsabilidade civil. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, v. 3.

GODINHO, Adriano Marteleto. A responsabilidade civil dos profissionais da saúde pela violação da autonomia dos pacientes. In: ROSENVALD, Nelson; MILAGRES, Marcelo (Coord.). Responsabilidade civil: Novas tendências. 1. ed. Indaiatuba, SP: Editora Foco Jurídico, 2017, p. 463-475.

GODINHO, Adriano Marteleto. Testamento vital e o ordenamento brasileiro. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 15, n. 2545, 20 jun. 2010. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/15066>>. Acesso em: 26 março 2017.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Direito civil brasileiro: direito das sucessões. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, v. 7.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Direito civil brasileiro: responsabilidade civil. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012, v. 4.

GUERRA, André. Natureza da obrigação do médico: meio ou resultado . Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 16, n. 3087, 14 dez. 2011. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/20624>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

HUMENHUK, Hewerstton. O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 9, n. 227, 20 fev. 2004. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/4839>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tábuas Completas de Mortalidade 2015. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2015/default.shtm>> Acesso em: 18 setembro 2017.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução Paulo Menezes. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LÔBO, Paulo Luiz Netto. Teoria Geral das Obrigações. São Paulo: Saraiva, 2005.

LOPES, Antonio Carlos; LIMA, Carolina Alves de Souza; SANTORO, Luciano de Freitas. Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: Aspectos médicos e jurídicos. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. CLIPPING. Ano XXIX, n. 109, 21 junho 2016. Disponível em

<<https://www.mpmg.mp.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A91CFAA5571F988015572C4082B6878>> Acesso em: 16 outubro 2017.

POLICASTRO, Décio. Pacientes e médicos: seus direitos e responsabilidades. Belo Horizonte: Del Rey, 2016.

ROSENVALD, Nelson; MILAGRES, Marcelo (Coord.). Responsabilidade civil: novas tendências. Indaiatuba: Foco Jurídico, 2017.

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

SAMPAIO, Antônio Vasconcelos. A vida para o direito. DireitoNet, 21 de agosto de 2009. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/5211/A-vida-para-o-Direito>>. Acesso em: 15 maio 2017.

SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENTE, Alex (Coord.) Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011.

SOARES, João Batista Gomes. Brincando de formar médicos. Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, Artigos, 2017. Disponível em <<http://www.crmmg.org.br/interna.php?n1=13&n2=26&referencia=brincando-de-formar-medicos>> Acesso em: 19 setembro 2017.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. Guia de Cuidados Paliativos. Biblioteca, 2014. Disponível em: <http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal> Acesso em: 03 outubro 2017.

STANCIOLI, Brunello de Souza. Renúncia ao exercício de direitos da personalidade ou como alguém se torna o que quiser. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

TARTUCE, Flávio. Direito Civil: direito das obrigações e responsabilidade civil. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017, v. 2.



VELOSO, Cid. Medicalização da vida. Rede dos Conselhos de Medicina, 29 novembro 1999. Disponível em: <
http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20380:medicalizacao-da-vida&catid=46> Acesso em: 16 novembro 2017.
VENOSA, Silvio de Salvo. Direito Civil: parte geral. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2009. v.1.