

TESTAMENTO VITAL: DIREITO A MORTE DIGNA

Elane Linhares dos Santos¹

Prof^ª. Cláudia Maria Viana²

RESUMO: O artigo científico em questão trata do Testamento Vital, instituto que garante ao indivíduo manifestar a sua vontade de como gostaria de ser tratado na terminalidade da sua vida. Quais procedimentos deseja, ou não, ser submetido quando estiver impossibilitado de expressar sua vontade de forma consciente, assegurando uma morte sem dor, sem sofrimento e com dignidade. Serão abordados os princípios constitucionais e da bioética que dão fundamento ao testamento vital, que não é regulamentado no Brasil. Passando então, em razão disso, a analisar a sua legitimidade no ordenamento jurídico brasileiro.

PALAVRAS-CHAVE: Testamento Vital. Princípios constitucionais. Princípios da bioética. Direito à vida. Morte digna.

ABSTRACT: The scientific article in question deals with the Living Will, an institute that guarantees the individual to express his will of how he would like to be treated at the end of his life. What procedures do you wish to or not to undergo when you are unable to express your will consciously, ensuring a death without pain, suffering and dignity. It will address the constitutional and bioethical principles that underpin the living will, which is not regulated in Brazil. Therefore, on the basis of this, it will analyze its legitimacy in the Brazilian legal system.

KEYWORDS: Living Will. Constitutional principles. Principles of bioethics. Right to life. Worthy death.

¹ Graduanda em Direito pela Universidade Católica do Salvador

² Advogada. Sócia fundadora do escritório de advocacia CLAUDIA VIANA E ADVOGADOS ASSOCIADOS. Professora de Direito Civil; Direito do Consumidor e Estágio Supervisionado da Universidade Católica do Salvador.

SUMÁRIO: INTRODUÇÃO. 1 DIREITO A VIDA E O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA 2 PRINCÍPIO DA AUTONOMIA DA VONTADE 3 DIREITO DO PACIENTE A UMA MORTE DIGNA 4 PRINCÍPIO DO CONSENTIMENTO INFORMADO 5 TESTAMENTO VITAL 5.1 Conceito 5.2 Testamento Vital no Brasil 5.3 Características e Requisitos 5.4 Testamento Vital em outros países 6 TESTAMENTO VITAL X EUTANÁSIA X ORTOTANÁSIA 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS. REFERÊNCIAS

INTRODUÇÃO

Com o avanço da tecnologia, e conseqüentemente da medicina, tem sido cada vez mais possível protelar o fim da vida. A evolução científica na área da saúde vem causando profundas modificações éticas- jurídicas. Os portadores de doenças terminais, por exemplo, podem ter a sua existência estendida por um prazo indeterminado. A morte, que deveria ser um processo natural, passa a ser adiada cada vez mais e mais.

O presente artigo tem como principal objetivo estudar sobre o direito a ter uma morte digna adotando o testamento vital, uma nova modalidade de declaração de vontade que visa expressar como o paciente deseja ser tratado na terminalidade da sua vida. Se gostaria de se submeter a procedimentos e tratamentos médicos a fim de protelar a morte ou se prefere que esse momento ocorra de forma natural, sem intervenções artificiais, em benefício da sua integridade física e dignidade humana.

Apesar da nomenclatura, o testamento vital, ou declaração antecipada de vontade, nada tem a ver com o instituto do testamento. Sua regulamentação encontra-se amparada pelo Conselho Federal de Medicina e no que tange a esfera jurídica o documento ainda não tem uma lei específica.

O instituto, ainda muito recente no Brasil, traz muitos questionamentos. Vale a pena estender a vida do paciente por prazo indeterminado? Há limites na recusa de procedimentos e tratamentos médicos? O testamento vital é sinônimo da eutanásia? A vontade médica é superior à vontade do paciente? Existe dignidade na morte? A ausência de uma lei regulamentadora torna o testamento vital sem efeito?

Nessa linha, para responder aos questionamentos acima formulados e muitos outros que surgem no decorrer dos estudos do tema, abordar-se-ão os princípios do direito à vida, da dignidade humana, da autonomia da vontade e o direito a uma morte digna, além dos princípios da bioética que devem ser analisados quando da abordagem de um paciente e nas decisões a serem tomadas por ele.

Para tanto, o trabalho percorrerá diversos ramos do Direito, tais como o Direito Constitucional, o Direito Civil e o Direito Médico, a fim de mostrar que a dignidade humana se estende até a morte.

1. DIREITO A VIDA E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A vida é um direito fundamental irrenunciável, indisponível e intransmissível previsto na Constituição Federal, sem ele não se pode cogitar o gozo dos demais direitos. A defesa Constitucional da vida engloba tanto a vida intrauterina como a extrauterina, ou seja, a sua proteção tem início desde a concepção. Os direitos e garantias fundamentais constitucionalmente consagrados são instrumentos de proteção do ser humano frente à atuação do Estado.

A vida é um atributo intrínseco à pessoa humana, deve ser protegida pela lei e ninguém poderá ser arbitrariamente privado dela. Seu conceito não pode ser confundido com a liberdade, ou seja, não é uma escolha, não há a opção por não viver no direito à vida.

O direito à vida, que está fixada no *caput* do art. 5º da carta magna, se desdobra em duas acepções: a negativa, que é o direito de não ser morto, não ser destituído da vida, logo o direito de estar vivo, e a acepção positiva, que corresponde ao direito de ter uma vida digna, uma vida com condições de sobrevivência. A vida por si só não basta se não há dignidade.

Consagrada no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, a dignidade humana é um vetor a partir do qual devem todos os demais princípios.

O filósofo Immanuel Kant já defendia que a pessoa não deve ser comparada e nem tratada como coisa. Reconhecer a dignidade da pessoa humana significa afirmar que a pessoa tem valor superior ao objeto.

No reino dos fins, tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem preço, pode ser substituída por algo equivalente; por outro lado, a coisa que se acha acima de todo preço, e por isso não admite qualquer equivalência, compreende uma dignidade. (KANT, 2004, p. 77)

A Dignidade humana se tornou um consenso ético relevante, sobretudo, depois da segunda guerra mundial onde o mundo sai da guerra em busca de valores, da centralidade da pessoa humana e reestabelecimento dos direitos fundamentais, no qual foi profundamente ferido. Para Ingo Wolfgang Sarlet, a dignidade:

é inerente aos homens, inata a sua natureza de ser humano, é direito constitucional, sua aplicação e eficácia são imediatas, não pode ser alienada, não sofre prescrição, é bem fora do comércio, e a partir da Constituição Federal de 88 torna-se cláusula pétrea. Observa-se que ela é irrenunciável, inalienável, e deve ser reconhecida, promovida e protegida, não podendo, contudo, ser criada, concedida ou retirada, já que existe em cada ser humano como algo que lhe é inerente. (2017, p.288).

A Constituição Federal de 1988 surgiu em um contexto de busca da defesa e da realização de direitos fundamentais do indivíduo e da coletividade. Reconheceu-se o ser humano como o fim e o centro do direito, a dignidade da pessoa como valor supremo e inviolável.

Porém, não basta o reconhecimento, pelo Estado, do princípio da dignidade é essencial que lhe empregue medidas efetivas. Dentre os direitos abarcados neste princípio estão o direito ao mínimo existencial: a moradia, a saúde, a educação, além da vedação de práticas que ferem a integridade da pessoa.

A dignidade é um valor moral que ingressa no direito e, portanto, se transforma em um princípio constitucional e como princípio é uma fonte da qual se erradia os direitos fundamentais. Para o exercício do direito à vida é necessário o mínimo de dignidade com respeito a integridade física e psíquica do indivíduo, ao corpo, a honra, a imagem, a intimidade, a privacidade e a vedação a qualquer tratamento desumano e degradante. Todos eles protegidos não só pela Constituição brasileira, mas também em Tratados Internacionais.

2. PRINCÍPIO DA AUTONOMIA DA VONTADE

Todas as pessoas têm autodeterminação, ou seja, o direito de fazer as escolhas essenciais na vida de acordo com o que é importante para si, e de ser respeitada pelas escolhas que fizerem. Trata-se da manifestação da vontade livre.

A autonomia da vontade é a liberdade que as pessoas têm de tomar as suas próprias decisões. Consiste na capacidade de se autogovernar, de se auto impor normas. É o direito de

decidir sobre a sua vida, sobre a sujeição, ou não, a tratamento ou pesquisa médico – científicas, por exemplo.

Autonomia, palavra derivada do grego, direito de se reger por suas próprias leis. Aplica-se para indicar precisamente a faculdade que possui determinada pessoa ou instituição, em traçar as normas de sua conduta, sem que sinta imposições restritivas de ordem estranha. Neste sentido, seja em relação as pessoas, seja em relação as instituições, o vocábulo tem significado em todo idêntico ao que expressa independência. (BARBOSA, 1999, p. 01)

Um indivíduo autônomo é aquele apto a decidir sobre seus propósitos e de conduzir-se em busca dessa vontade. A Constituição Federal afirma que somente a pessoa tem o poder de autodeterminar-se no que se refere a sua vida privada, e agregada a essa liberdade, de se autodeterminar, existe a proteção e o respeito a tal direito.

A partir do momento em que há um conflito de interesses, uma anulação da vontade do indivíduo, há uma agressão ao direito fundamental de todo ser humano: o direito de escolha.

Dessa forma, quando o paciente não quer se submeter a determinados procedimentos invasivos na tentativa de prolongar a vida, que pela própria natureza já tem prazo determinado, seja por crenças pessoais ou religiosas, este cidadão está exercendo seu direito fundamental previsto na Constituição Federal: o direito à vida com autonomia e liberdade.

O direito à vida não se consome no simples existir. Os direitos fundamentais, inerentes a todo e qualquer cidadão, devem conviver de forma pacífica. Ou seja, o direito à vida, o direito à liberdade de escolha, o respeito a decisão do outro, o princípio da dignidade da pessoa, entre outros, devem ser resguardados de forma que não agrida seus princípios, valores morais, espirituais e psicológicos.

3. DIREITO DO PACIENTE A UMA MORTE DIGNA

O debate em torno do direito dos pacientes terminais a uma morte digna, baseado nos princípios fundamentais garantidos pelo ordenamento jurídico brasileiro: vida, dignidade da pessoa humana e autonomia da vontade, gera uma intensa polêmica.

O tema passou a ter uma relevância maior a partir do momento em que pacientes tiveram sua dignidade destruída em um leito de hospital. A batalha incessante pela vida fez com que muitas vezes o olhar do profissional, e até mesmo de familiares, estivessem voltados em vencer a impiedosa doença, sem muito questionar a qualidade de vida do sujeito.

A palavra morte tem um significado inconclusivo, definições vagas, cabendo ao médico, a depender de cada caso, dar a sentença terminal. Genival França explica que:

É difícil definir a morte, porque ela não é um fato instantâneo, mas uma sequência de fenômenos gradativamente processados nos vários órgãos e sistemas de manutenção da vida. O médico hoje, no entanto, com os novos meios semiológicos e instrumentais disponíveis, pode diagnosticá-la mais precocemente. (2017, p.534)

Ao longo dos anos, muitos estudos foram realizados pela medicina a fim de determinar o exato momento da morte. Até que os cientistas apontaram como sendo a morte cerebral, quando já não é mais possível a reversão deste estado. A Resolução nº 1.480 de 1997, do Conselho Federal de Medicina, considera que “a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial”.

Enquanto que para a medicina a terminalidade da vida representa a cessação das atividades cerebral, para o direito esse momento representa o fim da personalidade civil do sujeito. Isto é, fase em que a pessoa deixa de contrair direitos e obrigações, cabendo a medicina estabelecer esse momento.

Com os recorrentes conflitos éticos- jurídicos sofridos pelos pacientes à beira da morte, dois filósofos, Tom Beauchamp e James Childress, no final dos anos 70, lançaram uma obra sobre os Princípios da Ética Biomédica (Principles of Biomedical Ethics), no qual deveriam ser aplicados quando na presença de um enfermo e nas decisões feitas por ele.

O primeiro princípio da bioética é o da beneficência que visa ao bem-estar do paciente enfermo. O próprio nome já nos remete a algo que é benéfico. Baseia-se na ideia de que o profissional de saúde não pode utilizar-se de procedimentos tencionados ao mal.

Para Maria Elisa Villas- Bôas (2005, p.118) “o bem é identificado com a cura, a melhora, a recuperação, a promoção da vida e saúde. Atos que se dirijam a esse fim obedeceriam ao princípio da beneficência”.

Outra concepção é o da não maleficência, uma fragmentação do primeiro princípio, que advém da doutrina ética “*Primum non nocere*”, ou seja, primeiramente não prejudicar.

Em face do paciente terminal, quando já não há benefícios possíveis a se oferecer (aqui entendidos como perspectivas de melhora ou melhor conforto), deve nortear as decisões medicas o princípio da não- maleficência, evitando-se intervenções fúteis, que apenas prolongam e tornam mais doloroso o processo de morrer, sem a potencialidade de revertê-lo. Diz-se,

então, priorizar os cuidados paliativos, de alívio e de conforto. (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 118)

Sendo assim, entende-se que esse princípio veta a utilização de mecanismos ineficazes, que não garantam melhoras ao paciente, visando, tão somente estender a vida por tempo indeterminado e sem o mínimo de qualidade.

O terceiro princípio é o da autonomia. Conforme amplamente mencionado nas passagens anteriores, significa que o paciente tem a liberdade de escolha, tem o poder de decidir no que corresponde a sua vida e saúde em benefício da sua integridade física.

O art. 24 do Código de Ética Médica, veda ao profissional da saúde “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”.

O princípio da autonomia revela que o benéfico é relativo, por abranger valores diversos. O que é benéfico para uns pode não ser para outros. Depende dos valores, princípios morais e da vontade de cada indivíduo. Esse autogoverno tem como propósito proteger não só a integridade física e psíquica do sujeito, mas o bem-estar de uma forma geral.

Por último, e não menos importante, temos o princípio da justiça que tem íntima ligação com o direito de igualdade, assegurando a todos acesso à saúde nas melhores condições possíveis. Maria Helena Diniz (2017, p. 40) afirma que tal princípio “requer a imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios, no que atina à prática médica pelos profissionais da saúde, pois os iguais deverão ser tratados igualmente”.

Sintetizando tudo e tanto quanto ponderado, resta configurado que o direito a morte digna encontra proteção tanto na área jurídica quanto na área da saúde. Morrer com dignidade é respeitar o processo natural da vida. É não utilizar procedimentos artificiais que não tem a capacidade de curar. É ter respeito aos princípios e valores morais do enfermo que, mesmo diante das centenas de possibilidades tecnológicas de se manter vivo opta pelo mínimo de dignidade, que é válido não só em vida, mas também no seu fim.

4. PRINCÍPIO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

O Direito a informação é garantia constitucional prevista no art. 5º, XXXIII, da Carta Magna, segundo o qual é direito de todos ter acesso à informação, preservando a confidencialidade da procedência, quando for indispensável para o exercício profissional.

É direito também previsto no Código do consumidor em seu art. 6º, garantindo ao usuário “a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem”.

O princípio do consentimento informado constitui precisamente esse direito à informação. Na relação médico-paciente se estabelece um dever de comunicar por parte do profissional e um direito do paciente de ter o conhecimento do seu estado de saúde, de forma precisa e clara, e as possibilidades e riscos de um tratamento.

A doutrina moderna tem entendido que somente informar não é o suficiente para garantir o entendimento do indivíduo e a segurança jurídica. É necessário um esclarecimento de forma clara, simples, precisa e compreensível ao expor. Dessa forma, optou-se por substituir a expressão “consentimento informado” por “consentimento livre e esclarecido”.

Para Maria Helena Diniz:

A obtenção do consentimento do paciente após a informação médica resulta do seu direito e autodeterminação, ou seja, de tomar decisões relativas à sua vida, à sua saúde e a sua integridade físico-psíquica, recusando ou consentindo propostas de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico. O paciente tem o direito de opor-se a uma terapia, de optar por tratamentos mais adequados ou menos rigoroso, de aceitar ou não uma intervenção cirúrgica, de mudar ou não de médico ou de hospital, etc. O objetivo do princípio do consentimento informado é aumentar a autonomia pessoal das decisões que afetam o bem-estar físico e psíquico. (2017, p. 843)

É de extrema importância o diálogo entre o médico e o paciente fragilizado, para que a decisão a ser tomada por este seja de forma consciente e esclarecida. A comunicação no sentido médico-paciente não deve ser realizada com o uso de palavras técnicas e de difícil compreensão, mas de maneira informal, clara, de modo que o paciente sintam-se confortável e acolhido pelo profissional em um momento delicado da sua vida.

O diálogo não acontece apenas no momento da explanação da doença e seus tratamentos, mas em todo o processo terapêutico. Independente do procedimento que o paciente irá adotar, o importante é compreender que o diálogo é a base de todo e qualquer tratamento, só assim poderá o enfermo adotar o que entende ser melhor para sua vida.

Esclarecer é mais que informar e partir do momento que o paciente tem esse esclarecimento sobre o seu estado de saúde, os tratamentos, sua duração, os efeitos colaterais, seus benefícios, as implicações em caso de recusa a tratamentos, etc., ele vai exercer o seu direito da autonomia. Ou seja, é direito do paciente dispor do seu corpo e da sua própria saúde

como ele bem entender. Mas para que ele exerça essa autonomia de forma substancial ele deve estar esclarecido. Sendo assim, o médico deve apresentar todas as informações possíveis relacionado aquele paciente para que ele exerça essa autonomia de maneira informada e consentida.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, dispõe no art. 6º que:

Qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo.

O não esclarecimento do médico constitui uma negligência no exercício profissional. A falta de comunicação ou o diálogo incompleto pode gerar problemas éticos e jurídicos para o profissional da saúde. Por isso, para evitar futuros desgastes é indispensável uma boa relação entre as partes.

O consentimento informado chancela e comprova que houve uma informação adequada ao paciente. O código de ética médica, inclusive, trata em diversos artigos que o paciente deve estar consciente em relação ao tratamento e suas perspectivas, e isso pode ser reduzido a termo para a segurança jurídica de ambas as partes. O documento pode ser o consentimento informado, o próprio prontuário do paciente ou através de outros documentos. O importante dentro da perspectiva ética, é que esse paciente seja adequadamente informado sobre as possibilidades de tratamentos, procedimentos médicos e os riscos em caso de recusa.

Por fim, importante mencionar que o consentimento informado tem uma relação intrínseca com o testamento vital, tema central deste trabalho, pois é através da informação e esclarecimento dos fatos relacionados a sua saúde, que o paciente exerce seu direito de autonomia optando pelo o que considera “bom” para si mesmo, preservando a sua dignidade.

5. TESTAMENTO VITAL

As crescentes pesquisas pluridisciplinares trouxeram consigo novas exigências sociais a respeito da legalidade de determinados procedimentos médicos, visto que a dignidade e integridade física e psicológica do ser humano estava cada vez mais perdendo o seu valor.

Com o avanço da tecnologia, e conseqüentemente, da medicina, tem sido cada vez mais possível protelar o fim da vida. A evolução científica na área da saúde vem causando profundas modificações ético- jurídicas.

Antigamente os médicos eram treinados para preservar a vida a qualquer preço, independente da sua qualidade. Qualquer decisão relativa a saúde do indivíduo era tomada exclusivamente pelo médico, que era visto como a representação divina aqui na terra. Essa luta obstinada pela vida, que era um dever médico, não é um fato tão distante dos dias atuais. Contudo, em virtude das lutas sociais pela dignidade humana e com o advento do testamento vital essa prática vem perdendo espaço cada vez mais.

Muitos países vêm adotando sistemas legais que possibilitam aos pacientes, principalmente aqueles em estado terminal, a terem o direito de determinar, por meio de uma disposição de última vontade, quais procedimentos se submeter na terminalidade de sua vida.

A aprovação da Resolução nº 1.995 de 2012 trouxe a oportunidade de cada pessoa, investida da sua autonomia privada, decidir qual o caminho a sua vida deve trilhar, de acordo com o que entende ser melhor para si, no que tange ao seu corpo, a sua saúde, a sua integridade física e psíquica, tendo como elemento caracterizador uma manifestação heterônoma, pois é proibida interferências externas a vontade do paciente.

5.1. CONCEITO

O testamento vital, também conhecido como diretriz antecipada da vontade ou declaração de vontade antecipada, nada mais é do que um documento realizado previamente pelo paciente, com boas condições mentais, informando a submissão ou não a determinados procedimentos médicos quando da sua incapacidade de expressar voluntariamente a sua vontade.

A resolução 1995 do Conselho Federal de Medicina, em seu art. 1º, define a declaração antecipada de vontade como:

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.

Esse documento retrata claramente o poder da autonomia privada do sujeito, visto que tal declaração expressa como o paciente gostaria de ser tratado na sua terminalidade, sendo obrigatório o respeito integral da sua decisão pelos médicos e familiares.

Na lição de Luciana Dadalto:

O testamento vital é um documento de manifestação de vontades pelo qual uma pessoa capaz manifesta seus desejos sobre 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. (2015, p. 97)

Da mesma forma leciona Genival Veloso:

Chama-se de *testamento vital* ou *declaração de vontade antecipada* ou *diretriz antecipada de vontade* um documento previamente produzido por alguém maior de idade e plenamente capaz na concepção da lei, tendo por objetivo considerar aquilo que está expresso por sua vontade, quando diante de doença grave e incurável, e quando não estiver mais em condições de manifestar a sua vontade. O alvo da questão é autorizar a não utilização de tratamento fútil ou condutas desnecessárias, e com isso assegurar-lhe, no seu entender, uma “morte digna”. (2014, p. 513)

A declaração antecipada de vontade tem o desígnio de impedir a ação médica com tratamentos e recursos que não tem o poder de curar ou amenizar os efeitos da doença, mas, tão somente, prolongar a vida do enfermo levando a um demorado e angustiante processo de morrer.

É terrível pensar nisso. Mas, se você estivesse em uma unidade de terapia intensiva (UTI), até que ponto gostaria que fossem feitos esforços para reanima-lo? E se isso ocorresse após um acidente Vascular cerebral (derrame) no qual, devido a uma lesão permanente no cérebro, sua visão e seus movimentos ficassem comprometidos? O que você gostaria que fosse feito: lutar pela preservação da vida a todo custo ou deixar que a natureza seguisse seu curso? Que tipo de tratamento você aceitaria? E qual rejeitaria? Se tivesse uma doença sem chance de cura, você entende que deveria sofrer intervenções cirúrgicas invasivas? (LIPPMANN, 2013, p.17)

São questionamentos que não tem respostas exatas, dependem de uma série de requisitos inerentes a cada indivíduo. Depende de seus valores, religião, crenças, de como era a sua vida antes da doença, entre outras condições que torna a decisão relativa.

Faz-se necessário constar, que o testamento vital é utilizado apenas em situações irreversíveis na saúde. Ou seja, doenças que podem ser curadas por meio de tratamentos e procedimentos médicos não podem ser objetos da declaração de última vontade.

O projeto de lei sobre as diretivas antecipadas, que aguarda aprovação no Senado, lista os tratamentos que podem ou não ser dispostos no documento:

Art. 3º A manifestação de vontade do declarante, ao elaborar as suas diretivas antecipadas de vontade, deverá explicitar os cuidados, tratamentos e procedimentos que aceita, sendo-lhe, porém, vedado:

- I – recusar cuidados paliativos, notadamente quanto ao controle de sintomas;
- II – realizar pedido de morte assistida;
- III – realizar disposições de caráter patrimonial;
- IV – manifestar-se acerca da autocuratela e da tomada de decisão apoiada.

§1º No âmbito das diretivas antecipadas de vontade, o declarante poderá recusar cuidados, tratamentos e procedimentos de saúde que tenham o objetivo de prolongar sua vida biológica, dentre outros, os seguintes:

- I- reanimação cardiopulmonar;
- II- respiração artificial;
- III- nutrição e hidratação artificiais;
- IV- internação em Unidade de Terapia Intensiva;
- V- cirurgias que não tenham potencial curativo;
- VI- diálise;
- VII- quimioterapia e radioterapia;
- VIII- antibióticos;
- IX- demais cuidados, procedimentos e tratamentos sem potencial curativo

Como se pode extrair da leitura do dispositivo transcrito, o testamento vital encontra limites na sua utilização. O paciente não pode renunciar qualquer tipo de tratamento, como é o caso dos cuidados paliativos. Da mesma forma não pode empregar a declaração de vontades em situações proibidas por lei, como por exemplo, a eutanásia.

A declaração de última vontade se traduz na autonomia do paciente. É por meio deste documento que o indivíduo escolhe o melhor para a sua integridade física e psíquica, de acordo com sua religião, princípios e valores morais.

5.2. TERMINOLOGIA

As terminologias “testamento vital” e “diretivas antecipadas de vontade” muitas vezes são tidas como sinônimas por vários autores. Porém, faz-se necessário esclarecer que um é subdivisão do outro. A autora Luciana Dadalto em sua obra faz essa distinção e rebate os autores que dispensam tal ramificação, alegando que estes estariam distorcendo o instituto.

As diretivas antecipadas (*advanced care documents*), tradicionalmente, tem sido entendidas como o 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 urna situação transitória -, ou seja, as diretivas antecipadas, como gênero, não se referem exclusivamente a situações de terminalidade. (DADALTO, 2015, p. 88)

Dessa forma, as diretivas antecipadas se subdividem em dois instrumentos: o testamento vital e o mandato duradouro. Ambos têm a função de externar como o paciente gostaria de ser tratado na finalidade da vida. A diferença é que no primeiro a relação existente é apenas entre o médico e o paciente e no mandato duradouro temos a presença de um terceiro, que é tido como um procurador da saúde.

O testamento vital é um grande avanço na relação médico-paciente, tendo a confiança como um aspecto primordial, pois ainda que a família não aceite o que foi escolhido pelo parente, o médico deve fazer valer a sua declaração perante a vontade dos demais. Trata-se de um documento indispensável na positivação do respeito à dignidade humana e autonomia da vontade.

5.3. TESTAMENTO VITAL NO BRASIL

A primeira resolução no Brasil acerca da declaração de vontades do paciente ocorreu em 2006 pelo Conselho Federal de Medicina, no qual autorizava a suspensão de tratamentos médicos a fim de prolongar a vida do paciente em estado terminal com doenças graves. Entretanto, essa mesma resolução, de nº 1.805, determinava que cuidados alternativos fossem mantidos para diminuir os sintomas de sofrimento. Ou seja, cuidados básicos não podiam ser dispensados, tais como hidratação, alimentação, dentre outros que garantissem o conforto do enfermo.

Tal resolução, que continha apenas três artigos, zelava pela dignidade do paciente, fazendo menção, inclusive, aos arts. 1º, III, e 5º, III, da Constituição Federal.

Contudo, mesmo a resolução sendo aplicada apenas para comunidade médica, esse ato foi rejeitado pelo Ministério público do Distrito Federal, que ajuizou ação civil pública em 2008, em oposição ao Conselho Federal de Medicina, alegando que o conteúdo da resolução era caracterizado como crime, comparando a prática da eutanásia.

Não obstante o Magistrado não reconheceu como conduta ilícita o disposto na resolução 1.805 de 2006, defendendo se tratar da prática da ortotanásia com fundamento no princípio da dignidade da pessoa humana.

Um ano depois da ação civil pública, o Conselho Federal de Medicina editou uma nova resolução que aprovava o novo código de ética médica, nº 1.931/2009, abordando de forma mais clara a prática da ortotanásia e o uso dos cuidados paliativos, a fim de garantir um

fim de vida com qualidade e conforto. Nessa época ainda não se falava no documento testamento vital. O parágrafo único do art. 41, afirmava que:

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

Além disso, o mesmo dispositivo vedava ao médico impossibilitar o paciente em decidir, de forma independente, a respeito do rumo da sua vida, do seu bem-estar. Tradução da autonomia privada.

Foi em 2012 que o Conselho Federal de Medicina aprovou a resolução 1995, válida até hoje, que utilizou pela primeira vez a nomenclatura diretivas antecipadas, porém, não a legalizou, visto que não cabe ao órgão legislar sobre o assunto, aliás, falta-lhe competência para tanto. Essa resolução contém apenas três artigos e dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

Mais uma vez o Conselho foi alvo de ação civil pública, dessa vez ajuizada pelo Ministério Público de Goiás, que alegou ser inconstitucional a Resolução 1.995/2012 pelo fato do órgão ultrapassar os limites do seu poder regulamentar causando riscos à segurança jurídica e por proibir a participação da família do enfermo de tomar as decisões. Ainda afirmou ser o testamento vital um instrumento inadequado de expressão de vontades do paciente.

Porém, mesmo fundamentando todos os pontos que levavam a resolução ser inconstitucional, novamente o Ministério Público Federal não logrou êxito, tendo o Magistrado se baseado na defesa da ação civil pública de 2008, deixando claro, inclusive, que o objetivo da Medicina é garantir que o paciente tenha sua vontade respeitada pela equipe médica e pelos familiares em um momento único da sua vida, cabendo-lhe proteger e proporcionar a dignidade que esse momento merece.

A evolução da medicina traz uma nova fase, mais humanitária. É nítida a atenção dos profissionais de saúde em assegurar aos enfermos, em situação de terminalidade da vida, a aplicação dos princípios constitucionais e da bioética. Uma preocupação em garantir uma morte digna aos pacientes.

Apesar de toda proteção por parte da Medicina, nosso ordenamento jurídico ainda não normatizou esse instituto. Mas a doutrina pátria tem discutido a necessidade da sua aplicação prática e a sua positivação no campo jurídico brasileiro.

Um grande passo já foi dado. Existe um projeto de Lei no Senado, de n.º 149, proposto no atual ano pelo senador Lasier Martins (PSD/RS), que dispõe acerca das diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos terapêuticos. Na justificativa para aprovação da lei é dito:

As diretivas antecipadas de vontade que este projeto pretende instituir e disciplinar, entendidas como o documento pelo qual o indivíduo dá o seu consentimento ou a sua recusa para algumas modalidades de tratamento, são a concretização do reconhecimento da autonomia dos pacientes, especialmente daqueles que se encontram em situação de maior vulnerabilidade – os pacientes em fase terminal de doença e que não estão em condições de expressar a própria vontade.

Apesar de não regulamentado, ainda, a utilização do testamento vital no nosso país não é ilegal, pois os princípios constitucionais como dignidade humana e autonomia da vontade garantem a sua validade. Esses princípios servem como base para a elaboração do documento.

A edição de uma lei sobre o testamento vital teria duplo efeito: primeiramente seria levar ao conhecimento da população a existência dessa figura, segundo seria eliminar as diversas dúvidas sobre o tema. Uma lei específica seria crucial para uma segurança jurídica tanto aos profissionais da saúde quanto aos pacientes.

5.4. CARACTERÍSTICAS E REQUISITOS

O testamento vital por muitas vezes é confundido com o instituto do testamento, devido a sua nomenclatura, o que não é apropriado, visto que se trata de um negócio jurídico com efeito *causa mortis*.

Para Luciana Dadalto, o testamento vital muito se iguala ao testamento tradicional, “pois também é um negócio jurídico, unilateral, personalíssimo, gratuito e revogável. Todavia, distancia-se deste em duas características essenciais do testamento: a produção de efeitos *post mortem* e a solenidade”. (2015, p. 3)

Ou seja, enquanto o testamento convencional é a disposição de última vontade a respeito do seu patrimônio após a morte, o testamento vital está pautado na integridade física

e psíquica do enfermo, visa dispor do corpo para tratamentos ou procedimentos médicos. Enquanto o primeiro tem efeito após o evento morte, o segundo tem aplicação *inter vivos*, com pleno discernimento do indivíduo.

É reconhecido pela doutrina que a relação médico-paciente é um negócio jurídico, manifestado por meio de um contrato, ou seja, é um acordo de vontades entre as partes. E como característica, o testamento vital é um ato personalíssimo e unilateral, uma vez que só pode ser manifestado pelo testador, sendo proibido a delegação da decisão. Além disso, pode ser alterado ou revogado a qualquer tempo pelo interessado. “A possibilidade de ser revogado ou modificado termina no momento da morte, o que torna o testamento definitivo”. (DIAS, 2016, p. 358)

Outra característica própria desse negócio jurídico é a sua gratuidade já que não gera ônus na sua realização. A escolha em aderir o documento se dá por meio de uma conversa com o médico, que tem o dever de informar e esclarecer os dois lados da moeda.

A capacidade plena para a prática dos atos da vida civil é o requisito primordial para utilidade deste documento: ser maior de 18 anos e ter pleno discernimento das suas ações. Além disso, é obrigatória a forma escrita, pois de nada valeria se a decisão do enfermo não estivesse disciplinada em um documento.

O CFM nada dispõe a respeito do registro do documento em cartório, porém caso o projeto de lei seja aprovado será obrigatório que a declaração de última vontade seja realizada por meio de uma escritura pública ou instrumento particular, com a presença de duas testemunhas. Esse procedimento garante uma segurança ainda maior ao documento.

Maria Berenice Dias explica em sua obra que:

Ausente um dos elementos essenciais dos atos jurídicos, o testamento está fulminado de nulidade. São da substância do ato: agente capaz, forma prescrita e objeto lícito (CC 104). Quando falta um desses elementos, ocorre vício de origem que compromete a sua validade. (2016, p. 361)

No que diz respeito à presença de um advogado, nada é mencionado na resolução do CFM e nem no projeto de lei, mas se torna vantajoso a sua presença no momento da elaboração para esclarecimento das consequências do que está assinando.

A ausência de uma lei específica causa insegurança naqueles que desejam adotar o testamento vital. Apesar de existir um projeto de lei não se sabe de qual forma proceder na realização do documento: se deve seguir o que está disposto na resolução 1.995/2012 ou já

seguir o que prevê o projeto. Ambos seguem a mesma linha, porém o projeto de lei por ser mais recente traz algumas atualizações.

No que se refere a validade do documento por aqueles que já constatarem suas disposições de última vontade, assegura o parágrafo 4^a, do art. 5^o do plano de lei que: “As diretivas antecipadas de vontade realizadas antes desta Lei deverão, caso ainda não usadas, ser adaptadas às regras aqui previstas”.

Sendo assim, os testamentos já produzidos antes da publicação da lei passarão obrigatoriamente por atualizações para garantir a validade do documento. E aqueles que ainda estão incertos da sua realização já podem produzir sua declaração de vontades baseado na norma a ser aprovada.

Por último, com o crescente reconhecimento das diretivas antecipadas, o Brasil traz uma novidade: já existe um banco dados de testamentos vitais, é o chamado RENTEV – Registro Nacional de Testamento Vital, onde o paciente poderá armazenar sua disposição de última vontade.

O site já possui centenas de documentos recolhidos. Nada é informado no projeto de lei quanto a sua obrigatoriedade, mas provavelmente o seu cadastro será imperioso, pois facilita o acesso por outros profissionais da saúde em qualquer lugar do país e evita a perda do documento.

5.5. TRATAMENTOS PALIATIVOS

É muito comum surgirem dúvidas de como ficará o paciente quando se recusa a se submeter aos procedimentos médicos disponíveis que prolongam o fim da vida. É necessário deixar claro que a impossibilidade de cura de uma doença não pode suspender a relação médico-paciente.

A partir do momento em que o paciente se depara com uma doença insanável, e adota o testamento vital a fim de não se entregar a tratamentos fúteis, os profissionais de saúde devem adotar competências técnicas mais humanística. Trata-se de olhar para a pessoa e não para a doença.

Os cuidados paliativos podem ser conceituados como medidas de conforto. Tem como objetivo dar qualidade de vida, aliviar sofrimento e cuidar na máxima essência. Não se trata de antecipar e nem retardar a morte. É um processo natural de fim de vida digno e sem tormento.

A medicina, mesmo a mais capacitada tecnologicamente, não tem apenas o compromisso de curar sempre, mas o de minorar o sofrimento, aliviar o desconforto e oferecer condições dignas de uma sobrevivência respeitosa. Por isso, não se pode privar o paciente terminal ou em estado vegetativo permanente naquilo que pelo menos é primordial na sua assistência. (FRANÇA, 2014, p. 554)

Importante esclarecer que a expressão “tratamentos fúteis” não é sinônimo de “cuidados paliativos”. O primeiro trata-se de procedimentos que não vão trazer benefícios aos pacientes com doenças insanáveis, mas sim dor, sofrimento e indignidade ao sujeito. O segundo é uma modalidade de intervenção preconizada pela Organização Mundial de Saúde para todas as pessoas que apresentam doenças que ameaçam a continuidade de vida.

A doutrina de Genival França explica bem:

(...) não é justo que se use o que se chama de “obstinação terapêutica” ou “terapêutica fútil”, que não é outra coisa senão um comportamento médico desmedido que abusa de meios ou recursos às vezes inconfessáveis, cujos resultados são nocivos e inúteis em face da impossibilidade de cura e de sobrevivência. Não se deve confundir “futilidade terapêutica” com cuidados paliativos, pois estes representam o apoio permanente e necessário para preservar uma qualidade de vida do paciente no fim da vida, dentro de um quadro inevitável de morte, desde que ela seja justa e no tempo certo. (2014, p.554-555)

Dessa forma, os cuidados paliativos não podem ser alvos de recusa na adoção do testamento vital. A sua finalidade se desdobra no ser humano ali presente e não na doença que ele carrega. O profissional da saúde é encarregado de cuidar do sofrimento, aliviar a dor e fornecer tratamentos proporcionais que garantam a dignidade dessas pessoas.

Por isso, os cuidados paliativos é um modelo de tratamento que necessita da participação de vários profissionais, pois não tem competência apenas física, mas também espiritual, psicológica, social e emocional.

5.6. TESTAMENTO VITAL EM OUTROS PAÍSES

O Testamento Vital teve a sua origem nos Estados Unidos, no ano de 1967, denominada pela Sociedade Americana para Eutanásia de “*Living Will*”. Tinha como objetivo registrar a vontade antecipada do paciente em interromper os tratamentos médicos de preservação da vida.

Mas foi em 1969 que esse documento ganhou reconhecimento perante a sociedade Americana, por meio da iniciativa do advogado de direitos humanos, Luis Kutner. Esse ativista sugeriu que os pacientes deixassem registrado sua recusa a submissão a tratamentos médicos quando se encontrassem em final de vida e não pudesse mais manifestar sua vontade de forma consciente. Inclusive, propôs às Testemunhas de Jeová que utilizasse esse documento para a recusa da transfusão de sangue.

Foi a partir de 1991 que as diretivas antecipadas ganharam reconhecimento mundial. Desde então outros países passaram admitir em seus ordenamentos jurídicos as declarações de última vontade, a fim de garantir uma morte digna aos pacientes.

No ano de 1995 as diretivas antecipadas (testamento vital e mandato duradouro) chegaram à Austrália. Tinha o mesmo objetivo do documento dos EUA, garantir uma morte digna àqueles em fim de vida. Como requisito para a validade do documento era necessário a idade mínima de 18 anos, ser por escrito e com a assinatura de duas testemunhas.

Já na Europa, no ano de 1997, em Oviedo na Espanha, foi aprovada a Convenção a respeito da dignidade humana e Proteção dos Direitos do Homem, no qual 23 países se tornaram signatários.

Antes do Convenio de Oviedo, apenas Finlândia, Holanda e Hungria reconheciam as DAV em legislação. Após o Convenio, a Bélgica foi o primeiro país a legislar sobre o tema, em agosto de 2002, seguido da Espanha, em novembro do mesmo ano. A Inglaterra e o País de Gales reconheceram as DAV em uma lei de 2005; a Áustria, em 2006; a Alemanha, em 2009, e Portugal, em 2012. (DADALTO, 2015, p. 120)

Além desses países, temos ainda a França que aprovou a lei em 2016 e a Itália que irá completar um ano, no dia 14/12/2018, da aprovação da lei que legaliza o testamento vital.

Na América Latina, temos a Argentina e o Uruguai que reconheceram as diretivas antecipadas em 2009.

As leis sobre as declarações de última vontade de todo o mundo com certeza servem de base para a elaboração da lei brasileira. Apesar de cada país possuir suas peculiaridades e diferentes normas jurídicas isso só traz mais riquezas de informações, direcionando o que pode ser aplicado ou não no nosso ordenamento jurídico.

6. TESTAMENTO VITAL X EUTANÁSIA X ORTOTANÁSIA X DISTANÁSIA X SUICÍDIO ASSISTIDO

Muito comum às pessoas confundirem os termos eutanásia, ortotanásia, distanásia e suicídio assistido, principalmente o testamento vital com a primeira expressão mencionada. Todos envolvem a vida de alguma forma, uns ilícitos, outros permitidos pelo ordenamento jurídico brasileiro.

O primeiro tema a ser analisado gera muita polêmica ética e religiosa, e ao que parece jamais encontrará um consenso: a eutanásia. Palavra que tem como tradução “boa morte”, é um procedimento que leva ao fim da vida de forma aguda e estúpida.

A eutanásia tem como significado concreto a utilização de medicamento letal para abreviar a vida, visando poupar o enfermo de um sofrimento intenso. A opinião a respeito dessa prática é dividida. Há quem defenda ser uma forma de aliviar a dor, tanto daquele acometido pela doença quanto dos familiares que sofrem ao ver o parente em estado lamentável. Por outro lado, tem aqueles que não aceitam apressar a morte de forma proposital, interrompendo o mecanismo que o mantém vivo.

Porém, essa prática é proibida no Brasil, ainda que a pedido do paciente, sendo tipificada como crime. O código penal não elenca de forma explícita, mas é configurado como homicídio, previsto no art. 122. O código de ética médica, da mesma forma, proíbe abreviar a vida de alguém. É como explica Genival (2014, p. 503): “Mesmo que o doente esteja irremediavelmente condenado à morte próxima e em prolongado sofrimento, a eutanásia é sempre, em qualquer hipótese, um homicídio”.

Essa é a grande diferença entre o testamento vital e a eutanásia, confundida equivocadamente. O testamento vital não visa antecipar a morte, não se utiliza de medicamentos letais, apenas prioriza a morte de forma natural, no seu tempo, sem o emprego de tratamentos artificiais.

A distanásia, por sua vez, é o inverso da eutanásia, é a manutenção da vida de forma antinatural. Não há expectativa de cura ou melhora, só prolonga uma situação que é irreversível, por meio de procedimentos invasivos e desproporcionais.

A distanásia, na visão de Genival (2014, p. 506), é tida: “como o tratamento insistente, desnecessário e prolongado de um paciente terminal, que não apenas é insalvável, mas também submetido a tratamento fútil”. Essa prática fere o princípio constitucional da dignidade humana. Tira o direito daquele de morrer no seu tempo. Utiliza-se de procedimentos que agride a sua integridade física e psicológica.

O testamento vital também não se confunde com o suicídio assistido que nada mais é do que o suicídio com o auxílio de outrem. A própria pessoa, desejando interromper a sua

vida, executa todos os atos com a contribuição de um terceiro. Essa prática também é vedada pelo código penal.

Por último, a ortotanásia onde não há nem o prolongamento e nem a antecipação do evento morte. O fim chega de forma natural. É a morte no tempo certo, sem a utilização de mecanismos artificiais. O testamento vital é concretização da ortotanásia.

A ortotanásia não aceita a eutanásia, ou seja, não aceita abreviar a vida intencionalmente e nem aceita a distanásia, que é forçar os limites de uma vida que naturalmente chegou ao fim, mas procura dar ao paciente todas as condições para que sua dignidade no fim da vida seja efetivada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo que foi explanado pode-se perceber, que apesar do Brasil não ter, ainda, regulamentado as diretivas antecipadas, são os princípios constitucionais que dão validade ao ato no nosso ordenamento jurídico. Os direitos e garantias constitucionais são cláusulas pétreas com isso, o direito à vida, a dignidade humana, a não submissão à tortura e a tratamentos desumanos, dentre outros, são direitos inerentes a todo ser humano e que jamais poderá ser desvinculado da sua essência.

É certa que a dignidade humana não é uma garantia prevista apenas em vida, mas também na sua terminalidade. Direito a vida não é sinônimo de estar vivo, mas sim de mínimas condições de sobrevivência. Morrer é a única certeza que todos nós temos e ela não pode ser associada à tortura, dor, sofrimento, angustia ou medo. É preciso encara-la de frente, pois é algo que nunca vai fugir da nossa realidade.

O testamento Vital garante a aplicação da ortotanásia. Uma morte que não atropela o tempo nem para mais e nem para menos. É uma disposição de vontades daqueles que lutam pela sua dignidade na morte, de acordo com seus valores e princípios.

Pode-se perceber no decorrer deste trabalho, que a morte digna é garantia constitucional. Que a dignidade é um atributo inerente a todos os seres humanos assegurados desde a sua concepção até a sua terminalidade.

O testamento vital, que ainda é principiante no Brasil, chega para garantir uma morte no seu tempo e com dignidade, exigindo o respeito da equipe médica, familiares e de toda a sociedade. É um procedimento que, apesar de não ter uma lei específica, se encaixa

favoravelmente ao nosso ordenamento jurídico, encontrando embasamento na constituição e em tratados internacionais, o que o torna legal.

A existência de um projeto de lei já traz uma expectativa grande para sociedade e para a comunidade médica que clamam pela regulamentação do instituto, a fim de assegurar uma proteção jurídica para todos os envolvidos, sejam eles médicos, pacientes ou familiares.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Mário Figueiredo. **Autonomia da Vontade**. 1ª ed. Salvador. Editora JM Gráfica e Editora LTDA, 1999

BRASIL, Código de Defesa do Consumidor. Lei nº 8.078 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 26 jul. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acesso em: 05 set. 2018

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 22 ago 2018

BRASIL, Projeto de Lei nº 149, de 2018. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>>. Acesso em: 22 out. 2018

BRASIL, Resolução CFM nº 1480, de 1997. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm>. Acesso em: 25 ago. 2018.

BRASIL, Resolução CFM nº 1931, de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>>. Acesso em: 05 set. 2018

BRASIL, Resolução CFM nº 1995, de 2012. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>>. Acesso em: 05 set. 2018

DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 3ª ed. – São Paulo: Editora Atlas S.A., 2015

DIAS, Maria Berenice. **Manual das Sucessões**. 4ª ed. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2015

DINIZ, Maria Helena. **O Estado atual do Biodireito**. 10ª ed. – São Paulo: Editora Saraiva, 2017

FRANÇA, Genival Veloso de França. **Direito Médico**. 12ª. – Rio de Janeiro: Editora Forense, 2014

KANT, Immanuel. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**, 1ª ed. – Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007

LIPPMANN, Ernesto. **Testamento Vital**. – São Paulo: Editora Matrix, 2013

SARLET, Ingo Wolfgang, MARINONI, Luiz Guilherme, MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**, 6ª ed. – São Paulo: Editora Saraiva, 2017

UNESCO, Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – Portugal, 2006. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2018

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa, **Da Eutanásia ao prolongamento artificial: Aspectos Polêmicos na disciplina Jurídico-Penal do final da vida**. 1ª ed. – Rio de Janeiro : Editora Forense, 2005