

DISCIPLINA JURÍDICA DO EXERCÍCIO DA AUTONOMIA NO FIM DA VIDA: UMA ANÁLISE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE FACE AO PRESSUPOSTO DA SITUAÇÃO ORTOTANÁSIA

LEGAL DISCIPLINE OF THE AUTONOMOUS EXERCISE AT THE END OF LIFE: AN ANALYSIS OF THE ADVANCED WILL GUIDELINES THE FACES THE ASSUMPTION OF ORTOTANASIA

*Luis Fillipe de Oliveira Mateus¹
Ana Thereza Meirelles²*

RESUMO: O presente artigo tem por escopo discutir acerca da autonomia do paciente no fim da vida analisando as diretivas antecipadas de vontade na situação ortotanásica, bem como contextualizando as possibilidades acerca da autonomia, da mesma maneira que nas distinções importantes na terminalidade da vida. Através de reflexões doutrinárias, jurisprudenciais e legais, procura apurar acerca do direito a morte digna do paciente, bem como a declaração de vontade nas situações ortotanásicas, a partir dos princípios que incidem na vontade do enfermo.

Palavras-chave: Diretivas Antecipadas de Vontade; Ortotanásia; Testamento vital; Mandato Duradouro; Autonomia

ABSTRACT: The present article aims to discuss the autonomy of the patient at the end of life, analyzing the anticipated directives of will in the orthanasia situation, as well as contextualizing the possibilities about autonomy, Just as in the important distinctions in the terminality of life. Through doctrinal, jurisprudential and legal reflexes, he seeks to ascertain the right to a dignified death of the patient, as well as the manifestation of will in orthanasia situations, based on the principles that affect the patient's will.

Keywords: Advance Directives of Will; Orthanasia; Living Will; Long Term Mandate; Autonomy.

SUMÁRIO: 1 INTRODUÇÃO 2AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO DIREITO BRASILEIRO 2.1 O TESTAMENTO VITAL 2.2 O MANDATO DURADOURO 3TERMINALIDADE E DISTINÇÕES IMPORTANTES 3.1 EUTANÁSIA 3.2 DISTANÁSIA 3.3 ORTOTANÁSIA 4 O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA NO FIM DA VIDA: CONTEXTUALIZANDO AS POSSIBILIDADES 4.1 AUTONOMIA NA BIOÉTICA E NO DIREITO 4.2 O DIREITO À MORTE DIGNA 4.3 A MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DO PACIENTE EM SITUAÇÕES ORTOTANÁSICAS 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS. REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

¹ Graduando em Direito pela Universidade Católica do Salvador – UCSAL. E-mail: luis.mateus@ucsal.edu.br

² Doutora em Relações Sociais e Novos Direitos pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Orientadora.

Discorrer sobre o termino da vida é algo que vem sendo evitado por diversas pessoas levando a ser consagrado como um grande tabu. Entretanto, deve-se ter consciência que a causalidade para o fim da vida pode acontecer em devidas circunstâncias, sendo ela, natural, imediata, por violência ou até mesmo consequente de enfermidade grave e insanável.

Portanto, para o paciente, a saúde é um ponto fixo para a tranquilidade física e psicológica. Não podendo esquecer que, mesmo estando amparado por uma doença incurável e não obstante apresentar sentir dores ou sofrimento, o assistido passa por diversos traumas conforme a doença vai evoluindo levando a futuramente apresentar os sintomas naturais da doença, podendo prolongar mais a angustia bem como a presença do mal-estar provocado pela enfermidade.

As diretivas antecipadas de vontade podem ser uma forma de assegurar a efetividade do princípio da autonomia frente ao paternalismo médico de resguardar excessivamente o cuidado do paciente e de não respeitar a autonomia. Poderá acabar desrespeitando o direito do assistido na autonomia de vontade em não querer ser submetido a um devido tratamento, no qual sabe que não haverá a efetividade e que somente estará prolongando o possível sofrimento e o mal-estar.

O presente artigo busca analisar as condições de implantação das diretivas antecipadas de vontade no ordenamento jurídico brasileiro para situações da ortotanásia. A análise desse tema tem como importância acerca da manifestação de vontade do paciente na sua escolha entre ser o não submetido a tratamentos que preservem a prolongação de sua vida.

Muitos pacientes em fase terminal não conhecem o seu direito a respeito à morte digna, tendo como tratamentos a outros métodos terapêuticos não eficazes para o combate da doença que acabam causando dor e sofrimento. Deve ser informado de forma consciente ao assistido, sempre que houver uma decisão sobre a morte digna, cabendo o médico respeitar a vontade do paciente na escolha de métodos extraordinários que prolonguem e não prejudiquem a qualidade de vida do enfermo. Vale salientar, que o nosso ordenamento jurídico não existe nenhuma lei que trate da vontade do paciente na escolha do tratamento que deseja prosseguir, tendo somente uma resolução elaborada a partir do Conselho Federal de Medicina, tendo como única garantia para sua autonomia de vontade.

Para confecção deste presente estudo fora escolhida do ponto de vista técnico a pesquisa bibliográfica, na qual foram utilizadas revistas, periódicos, livros,

artigos, bem como a utilização de legislações e julgamentos acerca do tema, abordando a pesquisa qualitativa com objetivo no método hipotético-dedutivo.

O atual trabalho se fragmenta em três grandes contextos de igual pertinência para se chegar a uma conclusão. Primordialmente, será relatado acerca das diretivas antecipadas de vontade no direito brasileiro, tendo como ênfase o testamento vital, bem como o mandato duradouro. Logo após, serão feitas importantes distinções entre os conceitos da eutanásia, distanásia e ortotanásia. É salutar destacar o exercício da autonomia no final da vida, contextualizando a possibilidade no ordenamento jurídico da tutela do direito à morte digna e, sobretudo a declaração de vontade do paciente em situações ortotanásicas, para então por último chegar à conclusão.

2 AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO DIREITO BRASILEIRO

Sucederam no cenário Brasileiro as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV'S), pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) através da resolução de nº. 1.995, publicada no diário oficial da união, no dia 31 de agosto de 2012. Esta regulamentação não visa somente a garantia do enfermo acerca do seu livre arbítrio, contudo, abarca nela a não responsabilização dos profissionais da saúde acerca do tratamento médico do paciente em estado terminal no fim da vida.

Passa-se a comentar um pouco sobre o que colaciona os artigos da Resolução de nº 1.995/2012, *in verbis*:

No primeiro artigo da referida resolução, delibera-se a respeito das diretivas antecipadas de vontade como um conjunto de vontade prévia e claramente apresentado pelo paciente acerca dos tratamentos e dos cuidados que se destinam ou não a receber quando não dispuserem da sua capacidade para se expressar de modo autônomo e livremente a sua vontade. No segundo artigo desta resolução se dispõe de quatro parágrafos tendo no seu caput expressamente que o médico levará em interesse as DAV'S quando os enfermos se encontrarem incapacitados de se expressar, informar com independente sobre as suas vontades por se encontrarem desta maneira.

No parágrafo primeiro do aludido artigo informa que caso o enfermo tenha apontado um procurador para esta escolha, será informado ao profissional de

saúde à opinião do doente em questão. O parágrafo segundo ainda do aludido artigo, traz que os médicos deixaram de levar em conta as DAV'S do moribundo ou do seu representante quando estiverem em desentendimento com as normas do Código de Ética Médica.

Portanto, no parágrafo terceiro, as diretivas antecipadas terão predominância sobre qualquer parecer que não seja médico, até mesmo sobre o livre arbítrio de seus familiares. No quarto parágrafo serão registrados ao prontuário as DAV'S que forem ditas pelo enfermo, pelo próprio médico. Por final, no quinto e ultimo parágrafo do aludido artigo, não havendo diretivas antecipadas, tão pouco um representante intitulado, familiares existentes ou haja um conflito entre eles, o médico buscará o Comitê de Bioética da instituição, caso ele exista. Na falta buscará ao Conselho Regional e Federal de Medicina ou a Comissão de Ética Médica do hospital para respaldar sua decisão acerca das divergências éticas, quando entender que esta postura seja necessária. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012)

Sendo assim, há um projeto de Lei Nº 149/2018 da autoria do senador Lasier Martins e tendo como relatora deste projeto a senadora Lídice da Mata, até o ultimo momento, o projeto está como pronto para pauta na comissão, datado no dia 10/10/2018. Este projeto de Lei tem como a ementa as Diretivas Antecipadas de Vontade sobre os tratamentos de saúde, portanto, estabelece assim que toda pessoa capaz e maior, poderá declarar a sua vontade em se submeter, ou não, a tratamentos futuros a que se encontre submetido à doença terminal, grave ou incurável, este projeto de lei está em tramitação, estando como o ultimo local a Comissão de Assuntos Sociais (Secretária de Apoio à comissão de Assuntos Sociais). (PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 149, de 2018).

As DAV'S têm como gênero suas espécies o testamento vital e o mandado duradouro. Portanto, são documentos a serem utilizados quando o enfermo não for capaz de se expressar livremente e conscientemente. Vale lembrar, que como gênero, não são referidos exclusivamente a situações de final da vida. (DADALTO, 2013, p. 107)

2.1 O TESTAMENTO VITAL

O testamento vital, conhecido como “declaração prévia de vontade”, é usado para designar a declaração antecipada de vontade do enfermo em estado terminal sobre o tipo de tratamento o qual poderá ser ou não submetido.

Segundo Ana Valeria e Ana Claudia (2014, p. 11), relaciona-se a um negócio jurídico, de uma parte só, extremamente pessoal, gratuito e revogável, sendo elaborado por um indivíduo em total proveito de suas capacidades cognitivas, com o intuito de dispor acerca dos tratamentos que tem a ambição (ou não) de serem submetidas quando diagnosticada por uma enfermidade terminal e não puder demonstrar seu desejo de forma natural e consciente.

No testamento vital, há a possibilidade da revogação do testamento há qualquer momento, portanto, é fundamental que o doente expresse no documento que haja essa possibilidade da cessação do testamento a qualquer momento, sem necessariamente justificar o motivo da sua decisão. A declaração prévia de vontade poderá sofrer alterações, por abranger um conteúdo volitivo, não podendo este ser permanente. (MABTUM; MARCHETTO, 2015, p. 113)

Vale salientar que, para ser válido o registro do testamento, é necessário que o mesmo seja redigido pelo próprio paciente através de um médico com intimidade limitando-se à possível interrupção, ou suspensão dos tratamentos extraordinários que prorrogue a existência do enfermo. Entretanto, não poderá ficar de fora os tratamentos paliativos que visam à melhoria da chance de vida do paciente em estado terminal, sendo recomendado o lavramento do documento em um cartório dando publicidade. (MARQUES; ALMEIDA, 2014, p. 11)

Portanto, o paciente escolhe, enquanto lúcido, por escrito, se deseja receber o recurso terapêutico, ou exterioriza o seu desejo de não querer ser sujeito a nenhuma terapia. Com esta declaração, o indivíduo visa a sua manifestação acerca da conduta médica ou limita a representação de seus parentes, se porventura sua doença venha a progredir de uma forma em que leve a impossibilidade da demonstração de sua vontade.

Para Anna Valeria Marques e Ana Claudia Almeida (2014, p. 22), apesar de o Testamento Vital trazer benefícios, existem duas desvantagens: a primeira seria a antecipação da medicina e dos medicamentos, o que antes era incurável, poderá ser tratado amanhã. A segunda seria que o próprio paciente ao decorrer do tempo, poder mudar de ideia e de vontade, ou mesmo se o paciente for afetado por uma doença e seu desenvolvimento. Em ambas as situações, a

declaração de vontade pode estar ultrapassada não podendo refletir o mesmo desejo da pessoa, sendo indispensável uma atualização de vontade que ateste previamente a sua declaração.

Necessário frisar que não há esperança do enfermo em justificar a eutanásia a partir do testamento vital, dado que este pretende entregar-se a própria vida, um bem indisponível e irrenunciável. Portanto, ao se tratar de ortotanásia e da distanásia, o testamento vital seria totalmente possível, assim delibera o artigo 15 do Código de Direito Civil, *in verbis*: “Art. 15 do Código Civil Brasileiro: Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco a vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”. Logo não poderá forçar uma pessoa a fazer um tratamento contra a sua própria vontade.

Entretanto, trata-se o referido artigo que se caso o paciente não queira ser submetido a qualquer procedimento médico ou intervenções cirúrgicas, e neste caso tenha o risco a seu bem jurídico que é a vida, não poderá se submeter a imposições de quaisquer tratamentos sem a sua plena vontade.

2.2 MANDATO DURADOURO

O Mandato Duradouro consiste na escolha de um indivíduo para tomar decisões acerca dos tratamentos médicos pelo enfermo, quando este não dispuser da sua capacidade de escolha, podendo essa incapacidade ser provisória ou permanente. (DADALTO, TUMPINAMBÁS, GRECO, 2013, p. 464)

Este documento poderá ser elaborado por intermédio de um atestado de consentimento, para Fábio Massaroli e Roni Fabro (2016, p. 10) é importante que o indivíduo nomeado seja alguém que tenha intimidade com paciente, de preferência da sua própria família ou uma pessoa que tenha um forte laço afetivo, pois, está pessoa exibirá e decidirá conforme a vontade prevista do enfermo, em virtude de que, esta decisão deverá ser como se o próprio paciente estivesse se expressando.

A declaração no Mandato Duradouro ocorre antes que o paciente esteja acostado pela enfermidade, sendo possível o profissional de saúde declarar no prontuário o querer do paciente, para que o desejo do mesmo fique registrado e esclareça de uma possível ação específica respeitando o livre arbítrio do enfermo.

É importante diferenciar o mandado duradouro do testamento vital, já visto que, no testamento vital o enfermo manifesta a sua vontade através de uma

certidão, tendo a sua capacidade plena de gozo e das suas faculdades mentais para tratamentos e procedimentos médicos que deseja ou não ser submetido quando estiver acometido por uma doença terminal que possa finalizar a sua vida. Será feito com um auxílio de um médico que tenha confiança, que o representara, sendo necessário de um advogado para que o contrato não tenha nenhum tipo de vício.

Deverão constar no Mandato Duradouro apenas os procedimentos que englobe a ortotanásia, e que verse sobre práticas terapêuticas que tenha como objetivo a suspensão ou término dos tratamentos extraordinários ou considerados desnecessários que devido a situação do paciente não haverá cura, ficando somente a terno dos cuidados paliativos. (MASSAROLI, FABRO, 2016, p. 10)

Caso haja a inexistência da declaração de vontade do paciente terminal, é necessária a nomeação de uma equipe médica, do comitê de ética do hospital ou até mesmo o juiz para resolver os conflitos existentes entre os familiares do enfermo, acolhendo os interesses que seja melhores para ele. (PENALVA, 2009, p. 525)

3 TERMINALIDADE E DISTINÇÕES IMPORTANTES

É de grande importância definir pro direito um marco entre o início e o final da vida não é algo consenso e evidente, sendo assim precisamente necessário definir um fundamento.

Para tanto, também é necessário destrinchar as categorias específicas elencadas majoritariamente pela doutrina, sendo elas: a eutanásia, distanásia e a ortotanásia.

3.1 EUTANÁSIA

A palavra “eutanásia” vem do grego, e origina-se de *eu*, que significa bom, boa e *Thanatos* que significa morte. Tomado como sentido básico a “boa morte” daquele que está sofrendo. (CARVALHO; KAROLENSKY, 2012, p. 4)

É considerada um dos assuntos mais discutidos em diversos países, pois, em alguns, a prática é tida como regulamentada, entretanto em outros países a prática é considerada como ilegal ou não é tratada diretamente em sua legislação. (BOTEGGA; CAMPOS, 2011, p. 46)

Entende-se a eutanásia como adiantamento da morte do paciente que está acometido por uma doença incurável estando este, em fase terminal de vida, sendo praticada por um terceiro que é movido por um sentimento de piedade. (CRUZ, OLIVEIRA, 2013, p. 46)

Neste mesmo sentido, comentam Maria Luiza e Reinaldo Ayer (2013, p. 407) que a prática sempre dependerá de um terceiro para ser concretizada.

No Brasil não tem uma lei específica que trate da violação da eutanásia. Porém, o clínico que tira a vida do paciente movido pela compaixão comete o crime de homicídio simples, estando previsto no Código Penal, no art. 121, parágrafo §1. (CABRERA, 2010, p.51)

Neste sentido, o art. 121, §1, *in verbis*:

Art. 121 CP: Matar alguém: §1 Se o agente comete o crime impellido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz poderá reduzir a pena de um sexto a um terço. (Planalto, decreto lei nº 2.848 de 7 de Dezembro de 1940)

Evidencia-se a relevância de diferenciar os tipos de eutanásia existentes, ensinam Clarissa Bottega e Luíz Campos (2011, p. 46) que a eutanásia ativa envolve a ação médica, que põe o fim da vida da pessoa adoentada pelo pedido do paciente ou através da revelia deste. Nesta modalidade, elimina-se a vida do moribundo por procedimento de alguma droga letal ou por desligamento dos aparelhos que trazem suporte para continuar vivo. Designa-se a eutanásia ativa como *benemortásia* ou *sanidicídio*, que não se passa de homicídio, em que pese, por piedade.

A eutanásia pode ser classificada quanto ao modo de atuação: ativa e passiva; quanto à intenção que anima a atuação do agente: indireta e direta (conhecida também como duplo efeito); quanto à vontade do paciente: voluntária e involuntária; quanto à finalidade do agente: eliminadora, econômica e libertadora. (BÔAS, 2005, p. 79)

Ensina a doutrinadora Maria Elisa Villas-Bôas (2005, p. 80) que na eutanásia ativa, decorre de uma conduta favorável, comissiva e a passiva ocorre quando o resultado morte é obtido em decorrência de uma condita omissiva. As condutas médicas restritivas não devem ser confundidas com a eutanásia passiva, pois o resultado que busca promover a morte é por um final ao sofrimento, ou seja, o

desejo não é matar, mas não de prolongar a doença, distinguindo, assim, ortotanásia.

Entende Roxin (2000, p. 9) a eutanásia ativa como “a morte dada a alguém que está a morrer ou gravemente doente, é proibida e punível segundo o direito vigente”.

Também classifica Roxin (2000, p. 4) que a eutanásia passiva, quando uma pessoa de confiança se recusa em estender a vida que já está bem próxima do fim.

É conhecida a eutanásia direta como a ministração de medicamentos em doses letais, quando o agente tem a intenção imediata da morte daquele paciente em que está sofrendo, como maneira de acabar com aquela dor. (BÔAS, 2005, p. 82)

Para Claus Roxin (2000, p. 2), a eutanásia indireta "são praticadas medidas lenitivas sobre o moribundo, apesar de poderem elas antecipar a ocorrência da morte”.

No que se trata o desejo do enfermo, a eutanásia pode ser classificada como voluntária, que é quando o paciente em pleno gozo de suas capacidades solicita; e em involuntária, quando é realizada por decisão de outra pessoa, por terceiro, que não é o próprio envolvido, que possivelmente não encontra em condições de escolher, sendo entendida como a morte provocada sem a vontade do paciente. (BÔAS, 2005, p. 82-83)

E última classificação da eutanásia quanto à finalidade do agente, subdivide em eutanásia libertadora, eliminadora e econômica. A libertadora também conhecida como “terapêutica” tem o desejo livrar o enfermo de um sofrimento intolerável. A eutanásia eliminadora tem como objetivo a eliminação de portadores de anomalias genéticas, seja de denominação física ou mental, como também das vítimas de doenças transmissíveis e os delinquentes, propondo a melhora da comunidade. A eutanásia econômica é parecida com a eliminadora, pois, promove a morte dos doentes mentais, de pessoas velhas, de pacientes em coma e/ou estado vegetativo, tendo como o intuito dispor dos recursos materiais que os pacientes vinham utilizados. (BÔAS, 2005, p. 88)

Os autores Maria Luiza e Reinaldo Ayer (2013, p. 408) diferenciam a eutanásia, da ortotanásia. Para eles, a eutanásia acontecerá quando ocorrerá a omissão/ação de outra pessoa, e na ortotanásia será pela própria morte.

Entende-se como suicídio assistido, segundo Reinaldo Ayer e Maria Luiza (2013, p. 407) como uma prática que visa a diminuição da vida. Caracteriza-se pela escolha do paciente gravemente enfermo em desistir da própria vida, levando a própria ação do indivíduo a causa da sua morte. O suicídio assistido no Brasil é tipificado no Código Penal Brasileiro, no art. 122, é considerado como crime, e quem auxiliarem responderá mesmo que a prática tenha sido por sentimento de compaixão.

Segundo o art. 122 do Código Penal Brasileiro, in verbis: “Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça”. (BRASIL. Planalto, Decreto Lei nº. 2.848 de 7 de Dezembro de 1940).

Portanto, responderá o agente que induz ou instiga a outrem, como também presta auxílio para o induzimento, tendo como pena de reclusão, caso o suicídio se consuma, de 2 (dois) a 6 (seis) anos; se a tentativa de suicídio houver resultado de lesões corporais de natureza grave, haverá também a pena de reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos.

3.2 DISTANÁSIA

Constata-se a distanásia como o prolongamento da qualidade de vida do enfermo em estado terminal, sendo submetido a diversos tratamentos médicos, investindo todos os recursos possíveis com a finalidade de estender a duração de vida retardando assim a morte, sendo mais conhecida como “obstinação terapêutica”.

Nesse sentido, ensina Francisco Seraphico (2010, p. 60) que a distanásia: “consiste em prolongar a vida vegetativa de um indivíduo, lançando mão, para isso, dos meios extraordinários de reanimação com que hoje conta a ciência médica”.

Portanto, Maria Luiza e Reinaldo Ayer (2013, p. 407) abordam que a distanásia ou como também é conhecida “obstinação terapêutica” não envolve a conduta do enfermo, pois, relaciona-se de conjunto de tratamentos médicos que visam a estender a duração de vida do paciente terminal no qual se encontra, porém além de prorrogar a vida do enfermo, a distanásia menospreza a situação de vida do mesmo.

Pelo questionamento da ética sobre o progresso da medicina e das técnicas, o autor Francisco Seraphico (2010, p. 60) discorre que existe um debate

sobre o retardamento ao máximo da vida do indivíduo a qualquer forma, mesmo que não possa prever quando a morte esteja próxima e nem o quanto será o sofrimento da parte do doente.

Para Heidi Cabrera (2010, p. 45) tanto a distanásia quanto a eutanásia “têm em comum a morte “fora de hora” e diferenciam-se, segundo motivação, já que na eutanásia a preocupação é com a qualidade de vida restante do doente e na distanásia é investir o quanto possível para prolongar o máximo essa vida”. Portanto, na distanásia o tempo do paciente em vida é prolongado conforme a utilização dos meios para que o enfermo fique vivo, como no caso dos aparelhos que fazem o papel dos órgãos quando não podem funcionar sozinho.

3.3 ORTOTANÁSIA

Para Fabio Massaroli e Roni Edson (2016, p. 4) a ortotanásia é um tipo penal atípico, por faltar-lhe o elemento subjetivo para completar a idéia da noção tripartite do Direito Penal, estando previsto na Constituição Federal acerca do princípio da dignidade da pessoa humana, e da liberdade, expressa com o intuito do profissional médico, apesar de não ter como intenção prejudicar ou causar prejuízo ao bem jurídico “vida” do paciente portanto, há um intuito de limitar a angustia do enfermo que não tem mais nenhuma chance de cura e também amenizar o seu sofrimento.

Acerca do art. 1 da Resolução de nº 1805, de 9 de novembro de 2006, os autores Fabio Massaroli e Roni Edson (2016, p. 5) discorrem que o determinado artigo, permite que o terapeuta intervenha no método que prolongue a vida do doente com estado terminal, obedecendo a sua escolha e a de seu representante legal. Deliberando o art. 1 da Resolução citada, que é permitido ao médico a suspensão ou limitação de tratamentos e procedimentos que faça durar a vida do enfermo em fase terminal, de doença grave e incurável, respeitando a vontade do representante legal o a do paciente, *in verbis*:

Art. 1º- É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº. 1.805/2006)

Outrossim, Maria Luiza e Reinaldo Ayer (2013, p. 409) dizem que, na relação da responsabilidade do médico à prática da ortotanásia, para sua caracterização é preciso lembrar dos elementos que formam a responsabilidade civil e eles são: à culpa, dano e nexos de causalidade. Portanto, ao desempenhar a ortotanásia o médico não estaria agindo com imprudência, imperícia ou negligência, pois, se prever, que para que caracterize a ortotanásia é necessário que o clínico avalie o quadro clínico do paciente, lhe informe sobre o fim da vida, e os possíveis tratamentos e lhe administre os possíveis cuidados paliativos.

Não obstante há o que se falar de nexos de causalidade entre o fato do médico na prática da ortotanásia e o óbito do paciente, em virtude de, a ortotanásia se refere a pacientes terminais. Entretanto, por contada sua própria enfermidade, não haverá nenhuma viabilidade na reversão do quadro clínico do paciente. Mas, vale salientar que há possibilidade da prolongação da vida deste enfermo visando o bem-estar. Nesse sentido, é impossível responsabilizar o fenômeno morte à conduta do clínico que pratica a ortotanásia, sendo que o mesmo não se priva dos devidos cuidados legais, possibilitando a adesão aos cuidados paliativos para conceder uma vida melhor. (MONTEIRO DA CRUZ; OLIVEIRA, 2013, p. 409)

Não consiste em violação de qualquer princípio jurídico no caso médico, Reinaldo Ayer e Maria Luiza (2013, p. 410) consoante com a vontade, consentimento e escolha do paciente, caso suspenda tratamentos extraordinários e passe a gerenciar cuidados paliativos. Entretanto, a ortotanásia é um ato lícito, pois visa o bem-estar do doente – tendo como uma declaração de vontade imposta e que consiste na ortotanásia a plena eficácia.

Na ortotanásia, não há interferência do médico no momento do final da vida, nem para antecipar a doença e tampouco para atrasá-la. Neste período não possui a redução do tempo de vida do paciente, pois já se encontra em um estado próximo do fim. Não será possível recorrer a cuidados que tem a capacidade de mudar o quadro terminal do paciente, pois estaria ocasionando o prolongamento do sofrimento do enfermo, mantendo assim os cuidados básicos para a boa-morte. (BÔAS, 2005, p. 73)

Para Maria Elisa Villas-Bôas (2005, p. 73) a eutanásia passiva se diferencia da ortotanásia, pois há a suspensão ou a omissão das medidas que seriam adequadas no caso concreto. Já a ortotanásia há a suspensão ou omissão

das medidas que os resultados seriam inúteis para o enfermo pelo estágio da doença em que a pessoa esteja.

A ortotanásia é uma prática que visa impedir a distanásia que por sua vez seria a morte lenta, prolongada e sofrida sendo utilizado através de recursos que prolonguem o sofrimento do paciente causando dor e desconforto por tardar o processo da morte através dos mecanismos utilizados para continuação da vida. (BÔAS, 2005, p. 74)

4. O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA NO FIM DA VIDA: CONTEXTUALIZANDO AS POSSIBILIDADES

A palavra autonomia vem da expressão *auto* (próprio) e *nomos* (norma), tem como relação a capacidade de independência acerca do paciente. Neste caso, o paciente é apto a tomar decisões acerca do seu respectivo corpo, escolhendo a se submeter ou não a determinados tratamentos, dentre seus limites e dos seus valores legais, após o devido esclarecimento por parte do clínico que lhe acompanha. (BÔAS, 2005, p. 119)

Segundo a autora Maria Elisa Vilas Boas (2005, p. 119), a autonomia se resulta em consideração à dignidade da pessoa humana, tendo como o reconhecimento do paciente em sua decisão e na responsabilidade das suas condutas a que ele acha conveniente, incluindo, além da liberdade outras noções a respeito à vida particular e ao direito ao sigilo.

Antes de contextualizar as possibilidades de autonomia no fim da vida, as autoras Maria Carolina e Sylvia Caiuby (1999, p. 1) definem que a pessoa maior de idade tem a autonomia de escolher voluntariamente sobre as decisões de sua vida ou a de seus dependentes, podendo suportar as consequências a respeito das suas medidas.

Também entende as autoras Maria Carolina e Sylvia Caiuby (1999, p.1) que os menores de idade e os deficientes mentais, portanto não somente eles possuem a autonomia reduzida, sendo assim impossibilitados de consentir.

4.1 AUTONOMIA NA BIOÉTICA E NO DIREITO

O princípio da autonomia para Francisco Seraphico (2010, p. 74) tem como definição a total liberdade das pessoas em tornarem decisões consideráveis acerca da sua vida, ou para até mesmo resolver sobre o seu próprio destino. Melhor dizendo, seria a predisposição de opinar e escolher livremente.

Portanto, este princípio consolida a indispensabilidade do respeito à liberdade de escolha, destinando-se a competência para decidir, de modo autônomo, o que considera importante para sua própria vida, até mesmo o processo de morrer, levando em conta os valores e seus próprios interesses. (SERAPHICO, 2010, p. 75)

Logo, informa Francisco Seraphico (2010, p. 75) que o princípio da autonomia é considerado o mais importante da bioética, pois o moribundo tem o livre arbítrio de decidir, de forma consciente, sobre a melhor ocasião dos procedimentos a serem adotadas após terem sido fornecidas todas as informações e hipóteses possíveis para o tratamento e todos os riscos provenientes deste.

Em suma, vale salientar que a recusa do paciente ao tratamento é de livre e ciente vontade em se render a qualquer tratamento necessário à sua sobrevivência, isenta o profissional da responsabilidade, estando fundada na garantia constitucional da liberdade, autonomia e dignidade da pessoa humana, nos termos do art. 1º da Constituição da República Federativa do Brasil. (SERAPHICO, 2010, p.76)

Consolida o art. 1º da CF, *in verbis*:

Art. 1 CF: A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I – a soberania; II – a cidadania; III – a dignidade da pessoa humana; IV – os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V – o pluralismo político. Parágrafo único. Todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição (PLANALTO, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988).

Contudo, é necessário compreender que se a doença do paciente venha a progredir e se tornar em uma doença terminal, onde a morte se torna um fato invencível, é preciso respeitar a recusa do enfermo ao tratamento que não queira ser submetido.

4.2 O DIREITO À MORTE DIGNA

Como sabido, vive-se em uma sociedade religiosa, diversificada e pluralista onde, há uma grande dificuldade em encontrar uma forma de entrar em conciliação com relação à compreensão de como seria uma morte digna, ou como podemos fazer para morrer com dignidade.

É necessário enfatizar que é somente o próprio enfermo que desfruta de suas capacidades mentais, que poderá dizer até que ponto ele deverá insistir em sobreviver, até que ponto sua vida se tornará inviável. Neste caso, ele estará disponibilizando seus direitos existenciais, no entanto, é necessário aceitar e então respeitar o querer do paciente, dando-lhe assim o direito de viver o curso da morte de maneira que desejar, mantendo intacta sua dignidade. (MARQUES, ALMEIDA, 2014, p. 8)

Sendo o princípio da dignidade da pessoa humana um dos fundamentos da República Federativa, imagina-se que as pessoas devem ser garantidas sem distinção, desde o começo, ao meio e final da vida de qualquer indivíduo. No entanto, se a Carta Magna aborda sobre uma vida digna e plena, infere-se que ela também englobe a morte, posto que viver em um estado abominável que não traga nenhum benefício a essa pessoa, não apresenta qualquer vestígio de dignidade, transgredindo o art. 5, inciso III da Constituição do Brasil, que preceitua: “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”. (MARQUES, ALMEIDA, 2014, p. 9)

Contudo, se a vida é protegida constitucionalmente, assim deve ser no caso da morte, em razão de que é dada a possibilidade de viver como desejar, respeitando sua dignidade, particularidade, como tal característica teria de ser permitido também optar sobre como seria a sua própria morte. (MARQUES, ALMEIDA, 2014, p. 9)

Nesta linha de pensamento, Maria Luiza e Ronaldo Ayer (2013, p. 406) entendem que interpretando a constituição baseando-se no princípio da dignidade da pessoa humana, da mesma maneira que é no direito à vida, a Carta Magna protege de maneira oculta o direito à morte digna. Portanto, não há na estruturação hierárquica das regras jurídicas uma norma federal que aborde sobre o assunto, considera então que a morte digna envolve assuntos polêmicos a luz do prisma religioso, médico cabendo insegurança dos médicos em sofrer punições judiciais acerca na prática da ortotanásia, mesmo assim sabendo que esta pratica é lícita.

Deste modo, deduz-se que o direito a morte digna é o direito do doente em que está em estado terminal de receber cuidados reservados a conservar a sua dignidade, bem como as escolhas deste paciente em receber cuidados que possivelmente vá prolongar sua vida ou até mesmo tratamentos que não significa que irão dilatar seu período de vida por intermédio de intervenções excepcionais viáveis. (CRUZ, AYER, 2013, p. 409)

Nesta linha de pensamento, é de grande importância citar os ensinamentos de Maria Helena Diniz (2017, p. 510) acerca do princípio da dignidade humana em relação à morte digna:

Como paradigma válido para toda ciência é o de que o conhecimento deve estar sempre a serviço da humanidade, respeitando a dignidade do ser humano, coloca-se em xeque a questão do direito a uma morte digna, ante a possibilidade de situações em que ele pode ser ameaçado. Urge que se faça uma reflexão profunda sobre a compreensão desses problemas tão difíceis, delicados e polêmicos por envolverem aspectos ético-jurídicos, à luz do princípio geral do *primum non nocere*, que inspira a beneficência, isto é, a não maleficência. (DINIZ, 2017, p. 510)

Não obstante, o princípio da beneficência se origina do latim *bonumfacere* que significa: fazer o bem tem relação ao dever de cuidar do outro, promover o bem a favor dos seus interesses. Nesse princípio, o profissional visa ao comprometimento de avaliar os riscos e os benefícios, buscando o máximo de proveito para a diminuição de danos e riscos. (KOERICH, MACHADO E COSTA, 2005, p. 108)

Considera-se imprescindível que haja mútua confiança, segundo os autores Magda, Rosani e Eliani (2005, p. 109), entre o paciente e o profissional de saúde, havendo um relacionamento de confiança entre eles, estando este profissional atento aos limites da sua atuação, pois, passando desses limites, poderá uma vez, estar ferindo outro princípio, o da autonomia do paciente.

Destaca-se que, sobre o princípio da não-maleficência entende-se como o encargo de não fazer mal aos pacientes, não causar danos ou colocar-los em risco. O profissional compromete a avaliar e evitar danos previsíveis. Portanto, demonstra esse princípio que não basta somente que tenha boas intenções em não prejudicar o paciente, mas como também seja necessário evitar qualquer situação que venha significar riscos para o mesmo, sendo de grande importância observar o seu modo de agir ou de uma determinada técnica que venha usar e que não venha

prejudicar ou oferecer riscos ao enfermo. (KOERICH, MACHADO E COSTA, 2005, p. 109)

Ressalta-se que a morte é algo inevitável, é um processo característico da vida, tendo o paciente a morte digna aquela escolhida por si mesmo, em busca de evitar sofrimento exacerbado, buscando a preservação da sua dignidade pessoal no fim da vida, entendendo por ser algo respeitável para sua própria vida.

4.3. MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DO PACIENTE EM SITUAÇÕES ORTOTANÁSICAS

As manifestações de vontade dos pacientes na ortotanásia poderão ser feitas através das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV'S) que por intermédio do mandado duradouro e do testamento vital que garantirá ao enfermo que seu desejo seja atendido e não poderá ser contrariado pelo clínico ou por seus familiares caso haja uma declaração escrita ou solicitada em seu prontuário para não ser submetido a passar por tratamento ou por uma cirurgia que prolongue a vida deste, e ao mesmo tempo cause sofrimento e degradação ao modo de vida do enfermo.

No decurso dos anos a jurisprudência brasileira vem esposando entendimento no sentido de amparar as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV'S), conforme julgado do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, apelação cível, Nº. 70054988266:

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

denominado testamento vital (...). 5. Apelação desprovida. (Apelação Cível Nº 70054988266, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Irineu Mariani, Julgado em 20/11/2013) – Grifos nossos.

Como se vê, o julgado supramencionado fora decidido pelos Desembargadores da Primeira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do RS, por unanimidade, em desprover a apelação, pois, conforme voto do Relator Irineu Mariani, o paciente que está em pleno gozo de suas capacidades mentais e negando a se submeter a devido tratamento médico, não poderá o Estado intervir sob o seu corpo, lhe obrigando a realizar um procedimento contra sua própria vontade que possivelmente prolongará a sua vida, mesmo que esta intervenção seja por um motivo generoso de salvar sua vida.

Também fora levado em consideração que o a constituição estabelece o direito à vida e não o dever a ela, não existindo uma obrigação constitucional de viver, motivo este que não concorda que o paciente seja obrigado a se submeter à cirurgia ou tratamento. Por fim, o fato do art. 15 do CC proibir quando há risco de vida proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica, a pessoa não deverá ser submetida a tal tratamento.

Por tais razões foi concedido ao paciente o direito de não ser submetido ao procedimento ora solicitado pelo apelante, levando em conta sua autonomia em deixar sua enfermidade seguir o seu destino e almejar o alívio do seu sofrimento conforme a sua manifestação de vontade.

Os tratamentos proporcionais conforme ensina Maria Elisa Villas-Bôas (2005, p. 47) importam efeitos menos gravosos das vantagens apresentadas ao enfermo. Já os tratamentos desproporcionais são os meios dos quais os pontos negativos superam as concepções mais favoráveis.

Neste sentido, as medidas proporcionais são de utilização obrigatória, sendo favoráveis ao paciente, ao passo que as desproporcionais são facultativas, conforme avaliação clínica das vantagens possíveis e da disposição do paciente e de seus familiares em concorrer com os riscos. (BÔAS, 2005, p. 47)

Os cuidados paliativos são métodos que disponibilizam aos pacientes terminais, na escolha da manifestação acerca da ortotanásia a buscar o conforto e alívio a dor na qual aquela doença que se encontra. Visam o cuidado não somente da dor física do enfermo, como também a dor psicológica na qual a doença traz ao enfermo.

Os cuidados destinam-se ao bem estar do paciente, sem interferência na evolução da doença, como no caso dos medicamentos sintomáticos, bem como também a importância de receber a atenção familiar e os cuidados higiênicos naquele momento de dificuldade, respeitando a dignidade da pessoa humana como atividade de respeito pelo outro. (BÔAS, 2005, p. 50)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, até o presente momento, não existe uma regulamentação que verse sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV'S), tendo somente a respectiva Resolução do Conselho Federal de Medicina que assegura os profissionais de saúde acerca das práticas advindas dos tratamentos médicos escolhidos pelos pacientes.

Todavia, no Brasil é considerado um documento válido, constituído pelo mandado duradouro e o testamento vital que se conectam com os princípios constitucionais, porém, é necessário um regimento que as regulamentem para que não haja conflito e impossibilitem a sua eficácia. Ademais, garantem o moribundo em estado terminal a manifestação de vontade acerca dos tratamentos que pretendem ou não ser submetidos quando acometidos por uma doença grave.

Considerada a ortotanásia uma morte por seu transcurso natural tendo como ajuda dos profissionais da medicina para esta continue percorrendo a intenção desejada, esta não tem a interferência de algum aparelho que possa estender artificialmente a vida do enfermo como também estender o sofrimento (distanásia), do mesmo modo que não tem como morte provocada por sentimento de piedade, sendo antecipado o fato "morte" (eutanásia).

Os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade garantem constitucionalmente o direito à morte digna do enfermo. Pois, necessita garantir os pacientes o direito do livre arbítrio sobre como pretendem ser tratados quando sua vida estiver no final. Os cuidados Paliativos visam o conforto do enfermo que estará acometido por uma doença terminal e que escolherá não ser submetido por tratamentos que prolonguem sua doença, podendo assim, ter uma morte digna e sem sofrimentos físicos, psicológicos e espirituais.

Conforme a jurisprudência estudada, é notório que é uma prática legal a ortotanásia, não sendo caracterizado crime aos profissionais que proporcionam ao

paciente esta prática, levando em conta a escolha de vontade dos pacientes na decisão da determinada ação.

Por tudo que fora demonstrado, pode-se concluir que, apesar da ortotanásia ser uma prática legal e ter como garantia o enfermo a autonomia da escolha sobre seus futuros tratamentos, é de suma importância a criação de uma norma que pretenda regulamentar sobre a declaração antecipada de vontade do paciente acometido por uma doença incurável, nas escolhas desses futuros tratamentos, não havendo a interferência do Estado nas escolhas sobre o seu futuro fim.

REFERÊNCIAS

BOTTEGA, Clarissa; CAMPOS, Luiz Sávio Fernandes de. Considerações sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia e a Bioética. **Revista Jurídica da Universidade de Cuiabá**, Cuiabá. v. 13. N. 2, p. 39/62. jul/dez. 2011. Disponível em: <<http://www.clarissabottega.com/Arquivos/Artigos/Artigo%20Clarissa%20Bottega%20eutan%C3%A1sia%20e%20a%20bio%C3%A9tica.pdf>> Acesso em: 28 mai.2018.

BRASIL. **Código Civil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm> Acesso em: 02 set. 2018.

_____. **Código Penal**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm> Acesso em: 02 set.2018.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.995/2012**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf> Acesso em: 06 abr.2018.

_____. _____. **Resolução CFM nº 1.108/2016**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm> Acesso em: 07 jun.2018.

_____. Projeto de lei nº 149/2018. Disponível em <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>> Acesso em: 01 out.2018.

CABRERA, Heidy de Avila. **Eutanásia: direito de morrer dignamente**. 2010. Dissertação. (Mestre em Direitos Fundamentais) – Centro Universitário Fieo – UNIFIEO, Osasco. Orientador: Profa. Dra. Débora Gozzo. Disponível em: <http://www.unifieo.br/pdfs/Heidy_de_Avila_Cabrera.pdf> Acesso em: 08 set.2018.

CARVALHO, Gisele Mendes de; KAROLENSKY, Natália Regina. Análise das recentes resoluções do C.F.M e do anteprojeto de código penal de 2012. IN: **XXI Congresso Nacional do CONPEDI**, Niterói – RJ, Universidade Federal Fluminense, 31 de outubro a 03 de novembro, 2012. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=74249bfb36330626>> Acesso em: 05 set.2018.

CRUZ, Maria Luiza Monteiro; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. **Revista Bioética**. v. 21, n. 3, 2013, p. 405-411. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a04v21n3.pdf>> Acesso em: 26 mar.2018.

DADALTO, Luciana. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. **Revista Bioética**. v. 21, n. 1, 2013, p. 106-112. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a12v21n1>> Acesso em: 26 mar.2018.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**. v. 21, n 3, 2013, p. 463-476. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/855/926 > Acesso em: 02 set.2018.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Editora Saraiva – 10. Ed., 2017.

FILHO, Francisco Seraphico Ferraz da Nobrega. Eutanásia e dignidade da pessoa humana: uma abordagem jurídico-penal. 2010. Dissertação. (Mestre em Direito) – Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba- UFPB, João Pessoa. Orientador: Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros. Disponível em: <<http://www.ccj.ufpb.br/pos/contents/pdf/bibliovirtual/dissertacoes-2008/eutanasia-e-dignidade-da-pessoa-humana-uma-abordagem-juridico-penal.pdf>> Acesso em: 02 set.2018.

GUIMARÃES, Maria Carolina S; NOVAES, Sylvia Caiuby. Autonomia Reduzida e Vulnerabilidade: Liberdade de Decisão, Diferença e Desigualdade. **Revista Bioética**. v. 7, n. 1, 1999, p. 1-3. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/288/427> Acesso em: 07 jun.2018.

KOERICH, Magda Santos; MACHADO, Rosani Ramos; COSTA, Eliani. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 106-110, Mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a14v14n1>> Acesso em: 28 mai.2018.

MABTUM, Matheus Massaro; MARCHETTO, Patrícia Borba. Diretivas antecipadas de vontade como dissentimento livre e esclarecido e a necessidade de aconselhamento médico e jurídico. São Paulo: **Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica**, 2015, p. 89-131. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/qdy26/pdf/mabtum-9788579836602-05.pdf>> Acesso em: 28 mai.2018.

MARQUES, Anna Valéria; ALMEIDA, Ana Cláudia. Diretivas antecipadas de vontade através do testamento vital: oportunidade de humanização da morte. **Revista Direito e Desenvolvimento**. João Pessoa, v. 5, n. 10, jul./dez. 2014, p. 9-27. Disponível em: <<https://periodicos.unipe.br/index.php/direitoedesenvolvimento/article/view/256/238>> Acesso em: 26 mar.2018.

MASSAROLI, Fábio; FABRO, Roni Edson. As diretivas antecipadas de vontade na jurisprudência brasileira. Migalhas. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2017/4/art20170418-02.pdf>> Acesso em: 05 set.2018.

PENALVA, Luciana Dadalto. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. **Revista Bioética**. v. 17, n. 3, 2009, p. 523-549. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/515/516 > Acesso em: 01 out.2018.

RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Apelação Cível Nº 70054988266, Primeira Câmara Cível. Relator: Irineu Mariani. Julgado em: 20/11/2013. Disponível em: <http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal+de+Justi%E7a&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&num_processo_mask=70054988266&num_processo=70054988266&codEmenta=5557320&templntTeor=true> Acesso em: 01 out.2018

ROXIN, Claus. **A apreciação jurídico-penal da eutanásia**. Passei Direto. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/17338579/clus-roxin-artigo-apreciacao-juridico-penal-da-eutanasia---rbccrim>> Acesso em: 05 set.2018.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa, 1977 – **Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2005.