

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE DIREITO - FADIR**

GABRIELA FERREIRA

**CUIDADOS PALIATIVOS: DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE
SOB A ÓTICA JURÍDICA**

Campo Grande, MS
2023

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE DIREITO - FADIR**

GABRIELA FERREIRA

**CUIDADOS PALIATIVOS: DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE
SOB A ÓTICA JURÍDICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação da Profa. Pós-doutora Ana Paula Martins Amaral.

Campo Grande, MS
2023

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida e oportunidade de chegar até aqui.

À minha família, especialmente à minha mãe, que é o meu maior exemplo de mulher, de acadêmica e de profissional, agradeço ao apoio que me deu em todo o processo, pois ele foi essencial pra que eu finalizasse esse ciclo.

À minha orientadora Ana Paula Martins Amaral pelas valiosas contribuições dadas durante o processo.

A todos os meus amigos do curso de graduação que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo.

A morte e a vida não são contrárias, são irmãs. A reverência pela vida exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir (Rubem Alves).

RESUMO

A presente monografia tem por objeto analisar as Diretivas Antecipadas de Vontade sob a ótica do ordenamento jurídico brasileiro. Trata-se de um estudo bibliográfico de abordagem descritiva e exploratória, contextualizando o direito a tomada de decisões diante a terminalidade da vida, a trajetória histórica dos cuidados paliativos para pacientes terminais e as diretivas antecipadas de vontade. Está inserido nas temáticas do Direito Constitucional, dos Direitos Humanos, do Direito Civil e do Direito Bioético. Conclui-se que as Diretivas Antecipadas de Vontade se apresentam como instrumento garantidor do direito a morte digna. Asseguram o respeito pelo curso natural da vida e do seu fim. Contribui para que a escolha individual de amenizar o sofrimento e afastar intervenções e tratamentos, que apenas prolongam a vida sem proporcionar a cura, seja respeitada. Além disso, evidenciou-se a carência de legislação específica que respalde pacientes e profissionais de saúde para utilizarem as Diretivas Antecipadas de Vontade como documento legal válido.

Palavras- chave: Vida digna. Morte digna. Cuidados Paliativos. Diretivas Antecipadas de Vontade. Ordenamento jurídico.

ABSTRACT

The purpose of this monograph is to analyze Advance Directives from the perspective of the Brazilian legal system. It is a bibliographical study with a descriptive and exploratory approach, contextualizing the right to make decisions in the face of the end of life, the historical trajectory of palliative care for terminally ill patients and the Advance Directives. It is part of the context of Constitutional Law, Human Rights, Civil Law and Bioethical Law. The conclusion is that Advance Directives are an instrument that guarantees the right to a dignified death. They ensure respect for the natural course of life and its end. It helps to ensure that the individual's choice to alleviate suffering and avoid interventions and treatments that only prolong life without providing a cure is respected. Furthermore, it was made evident that there is a lack of specific legislation to support patients and health professionals in using Advance Directives as a valid legal document.

Keywords: Dignified life. Dignified death. Palliative care. Advance Directives. Brazilian legal system.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DAV	Diretivas Antecipadas de Vontade
DHP	Direitos humanos e cuidados paliativos
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CF	Constituição Federal
CP	Cuidados Paliativos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSDA	<i>Patient Self-Determination Act</i>
STF	Supremo Tribunal Federal
TV	Testamento vital

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
1 INÍCIO E TERMINALIDADE DA VIDA COM DIGNIDADE	11
1.1 Dignidade da pessoa humana como direito fundamental	11
1.2 Viver e morrer com dignidade: direito na autodecisão	16
1.3 A vida e morte com dignidade	17
1.3.1 O direito a vida digna.....	19
1.3.2 O direito a morte digna.....	23
2 CUIDADOS PALIATIVOS NA TERMINALIDADE DA VIDA	27
2.1 Eutanásia, distanásia e ortotanásia	28
2.2 Contexto histórico dos cuidados paliativos	29
3 AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE	34
3.1 O conceito e surgimento das Diretivas Antecipadas de Vontade	34
3.2 As Diretivas Antecipadas de Vontade e o arcabouço jurídico	37
3.2.1 Dignidade e autonomia nas Diretivas Antecipadas de Vontade	41
3.2.2 Os direitos da personalidade e as diretivas antecipadas de vontade	46
3.2.3 O entendimento jurisprudencial sobre as diretivas antecipadas de vontade	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS FINAIS	53

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa aborda o tema dos cuidados paliativos, mais especificamente sobre o instrumento das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e a sua atual legitimidade no Brasil.

Este tema pode ser considerado multidisciplinar por estar estritamente relacionado às áreas do Direito Constitucional, dos Direitos Humanos, do Direito Civil e do Direito Bioético, porquanto envolve discussões acerca do direito à vida, da dignidade da pessoa humana, autonomia da vontade, além de questionamentos sobre respaldo legal dos profissionais de saúde para acatar a manifestação estabelecida pelas DAV.

Atualmente poucos estudos científicos sistematizados são produzidos sobre o tema. E o desconhecimento das DAV traz insegurança para os profissionais da área da saúde, pacientes e seu familiares. Assim a presente pesquisa se faz relevante para contribuir com os novos estudos dessa temática.

A proposta dessa pesquisa teve início durante a participação de um Seminário realizado na UFMS em dezembro de 2022. No evento, um dos temas abordados foi “Cuidados Paliativos (CP) para pacientes terminais”. Na ocasião foi explanado sobre o trajeto histórico e evolutivo dos CP e as DAV como instrumento garantidor desse cuidado, ancorados pelas Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e legislações internacionais.

Embora fora esse o primeiro contato com a temática, considerou-se de extrema relevância para mitigar o sofrimento humano e assegurar o direito à vida e morte com dignidade.

Na ocasião foi compartilhado que no Brasil o processo de CP e as DAV caminham a passos lentos, pelo desconhecimento e insegurança nas tomadas de decisão pela grande maioria de profissionais, pacientes e familiares. E a inquietação se deu em pesquisar sobre a legitimidade DAV no ordenamento jurídico brasileiro.

Logo, o objetivo dessa pesquisa foi analisar as Diretivas Antecipadas de Vontade para os cuidados paliativos de pacientes terminais, sob a ótica do ordenamento jurídico. E, para tanto, fez-se necessário contextualizar os direitos fundamentais da pessoa para uma morte digna, descrever a trajetória histórica dos cuidados paliativos para pacientes terminais e analisar o ordenamento jurídico sobre as DAV.

A relevância desse estudo se justifica pelo fato da ausência de legislação específica sobre os temas no Brasil. Levando em consideração a Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de

Medicina que dispõe sobre as DAV e a Resolução nº41 de 31 de outubro do Diário Oficial da União de 2018 que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP no Brasil, essa pesquisa trará discussões ainda pouco realizadas de forma sistemática.

Pesquisar a respeito das DAV no ordenamento jurídico tem relevância ética social e atual, uma vez que avanços biotecnológicos levaram ao envelhecimento progressivo da população mundial, porém, muitas vezes portadoras de doenças crônicas e/ou degenerativas fora de possibilidade de cura. E o conhecimento sobre CP e as DAV serão cada vez mais necessários.

Por ser um problema atual e ainda pouco explorado, os resultados dessa pesquisa poderão contribuir nas discussões jurídicas em busca da legislação específica das DAV no Brasil, pois sua efetivação legitima a autonomia da vontade do indivíduo garantindo sua liberdade de escolha no direito de viver e morrer com dignidade. Além de alertar a sociedade civil para um debate sobre a qualidade de vida e morte de pessoas gravemente enfermas.

Ainda, a pesquisa envolve dilemas bioéticos e a inclusão do tema como parte da grade curricular desde a graduação na formação dos profissionais, poderão oferecer subsídios teóricos para dirimir conflitos de interesses e valores, trazendo assim, amparo na prática assistencial dos cuidados paliativos e aplicação das DAV.

Frente ao exposto e sem a pretensão de esgotar o tema, visto tratar-se de conteúdo amplo, presente estudo insere-se nas temáticas do Direito Constitucional, dos Direitos Humanos, do Direito Civil e do Direito Bioético. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem exploratória com o levantamento da literatura acadêmica já publicada em livros, revistas, artigos, dissertações e teses referentes tanto da área da saúde quanto a jurídica. Esse recurso metodológico propicia o aprofundamento e familiaridade acerca da temática, de caráter flexível com intenção de construir hipóteses e considerações inovadoras.

Inicialmente, no primeiro capítulo será contextualizado sobre a dignidade, liberdade e autonomia no contexto dos direitos humanos, sob a ótica do filósofo Immanuel Kant e do jurista Ingo Wolfgang Sarlet considerando suas contribuições para a comunidade jurídica na temática aqui inserida.

No segundo capítulo tratar-se-a do fenômeno da vida e morte com dignidade contemplando o direito a vida e o direito a morte.

Em seguida, no terceiro capítulo será abordado a trajetória histórica dos CP e autonomia dos pacientes terminais.

Por conseguinte, no quarto capítulo será discorrido sobre as DAV trazendo seu o conceito, surgimento, arcabouço jurídico, dignidade e autonomia como direito fundamental da pessoa humana, além da intersecção das DAV com os direitos da personalidade.

Por fim, ancorado nas bases teóricas aqui dissertadas, apresentar-se-a as considerações finais acerca da DAV para os CP de pacientes terminais, sob a ótica do ordenamento jurídico Brasileiro.

1 INÍCIO E TERMINALIDADE DA VIDA COM DIGNIDADE

Inicialmente, faz-se necessário dissertar alguns acerca da dignidade da pessoa humana, uma vez que as diretivas antecipadas de vontade são um instrumento da autonomia privada, à luz do princípio da dignidade humana, gerando a faculdade de uma morte digna para aqueles que assim o desejarem. Para tanto, diante a inúmeros pensamentos, críticas e debates ao longo dos tempos, optou-se nesse estudo, por um breve recorte teórico sobre a dignidade, liberdade e autonomia - na ótica do filósofo Immanuel Kant dado o marco filosófico no século XVIII que o empreendimento kantiano representa no mundo, bem como pelo jurista Ingo Wolfgang Sarlet em suas contribuições para a comunidade jurídica na temática aqui inserida.

1.1 Dignidade da pessoa humana como direito fundamental

No pensamento ocidental, adotando a dimensão ontológica da dignidade humana, o maior expoente na temática da dignidade humana foi Immanuel Kant. Ele dizia que, em regra, todo ser humano racional existe como um fim em si mesmo e não um meio para os desígnios de outras vontades. A distinção entre pessoas e coisas reside no fato de que estas são seres irracionais, são meios e possuem valor relativo. As pessoas são seres racionais, portanto fins objetivos em si mesmos, não se cogitando a sua substituição por outros fins. As pessoas não têm preço como os seres irracionais, ou as coisas (Kant, 2009; Reckziegel; Coninck, 2017).

A despeito das inúmeras tentativas formuladas ao longo dos tempos, notadamente (mas não exclusivamente) no âmbito da fecunda tradição filosófica ocidental, verifica-se que uma conceituação mais precisa do que efetivamente seja esta dignidade, inclusive para efeitos de definição do seu âmbito de proteção na esfera do Direito, continua a ser um desafio para todos os que se ocupam do tema (Sarlet, 2020).

Ao tomarmos o homem como fundamento para os direitos humanos, entendemos os motivos para que esses direitos existam. A dignidade humana é o precioso bem a ser protegido e somente ao identificá-la e entendê-la se faz possível assegurar o funcionamento correto das garantias do homem. O ser humano possui em sua essência a dignidade. Para Kant, uma das leis universais é não objetificar o homem, não o utilizar apenas como meio, mas sim reconhecê-lo como

um fim em si mesmo: “Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio” (Kant, 2007). Este é um imperativo prático para Kant – tomar a humanidade como um fim em si – e podemos considerá-lo também como um princípio da dignidade do indivíduo (Monteiro, 2023).

Segundo Salert (2001) um indivíduo, pelo só fato de integrar o gênero humano, já é detentor de dignidade. Esta é qualidade ou atributo inerente a todos os homens, decorrente da própria condição humana, que o torna credor de igual consideração e respeito por parte de seus semelhantes. Mesmo aquele que já perdeu a consciência da própria dignidade merece tê-la (sua dignidade) considerada e respeitada.

A primeira aproximação, superando a noção (ainda extremamente influente no pensamento filosófico e jurídico contemporâneo) de que a dignidade constitui uma qualidade inata (natural) do ser humano, como algo inerente à própria condição humana, parece correto afirmar, já em outro sentido, que a dignidade representa um valor especial e distintivo reconhecido em cada ser humano como sendo merecedor de igual respeito, proteção e promoção. Além disso, não se deverá olvidar que a dignidade constitui atributo reconhecido a qualquer ser humano, visto que, em princípio, todos são iguais em dignidade, no sentido de serem reconhecidos como pessoas e integrantes da comunidade humana, ainda que não se portem de forma igualmente digna nas suas relações com seus semelhantes ou consigo mesmos (Salert, 2020).

Em sua obra *Metafísica dos Costumes*, Kant resume que “todo homem tem uma legítima pretensão ao respeito de seus semelhantes e, reciprocamente, ele também está obrigado a este respeito em relação a todos os outros”. Segundo o filósofo, “a humanidade é ela própria uma dignidade”, pois o ser humano não pode ser usado como coisa nem pelos outros homens nem sequer por si mesmo; poderá servir como meio, somente quando ao mesmo tempo é reconhecido como fim. Kant diz que isto é a personalidade e que nisto consiste propriamente a dignidade. É por meio da personalidade que o homem “se eleva sobre todos os outros seres do mundo que não são homens e que podem certamente ser usados; e eleva-se, portanto, sobre todas as coisas” (Monteiro, 2023).

De modo particular, chama a atenção que ao longo dos últimos anos, especialmente pela forte conexão com o direito à vida e com a dignidade da pessoa humana, o assim chamado direito (humano e fundamental) ao mínimo existencial acabou sendo não apenas associado e mesmo

identificado com o núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais (e mesmo ambientais, quando em causa a noção de um mínimo existencial ecológico ou ambiental) como tem servido de critério material para a solução, na esfera de uma ponderação de direitos e/ou valores, de uma série de demandas judiciais que envolvem a imposição, ao poder público, de prestações na esfera socioambiental ou a proteção de direitos fundamentais contra intervenções restritivas por parte do Estado (Sarlet, 2013).

O homem “não pode alienar-se a si próprio por preço algum (o que seria contrário ao dever de autoestima), do mesmo modo ele não pode agir contra a autoestima igualmente necessária dos outros enquanto homens”. Conclui o filósofo que “o homem é obrigado a reconhecer praticamente a dignidade da humanidade em todos os outros homens, portanto, radica nele um dever que se refere ao respeito que se tem necessariamente de mostrar por todo outro homem” (Kant, 2020). Kant é o responsável pela universalização da dignidade humana, afastando-a de questões subjetivas como honra e decência. Por isso, a dignidade decorre unicamente da própria existência do homem e, tão somente por esse motivo, devemos respeitar a dignidade de nossos semelhantes (Monteiro, 2023).

Ressalta-se que a dignidade possui uma dimensão dúplice, que se manifesta por estar em causa simultaneamente a expressão da autonomia da pessoa humana (vinculada à ideia de autodeterminação no que diz com as decisões a respeito da própria existência), bem como da necessidade de sua proteção (assistência) por parte da comunidade e do Estado, especialmente – mas não exclusivamente! – quando fragilizada ou até mesmo – e principalmente – quando ausente a capacidade de autodeterminação. Tal concepção guarda sinergia também com a doutrina de Dworkin em 1998, que parte do pressuposto de que a dignidade possui “tanto uma voz ativa quanto uma voz passiva e que ambas encontram-se conectadas”, de tal sorte que é no valor intrínseco (na “santidade e inviolabilidade”) da vida humana (de todo e qualquer ser humano) que encontramos a explicação para o fato de que mesmo aquele que já perdeu a consciência da própria dignidade merece tê-la (sua dignidade) considerada e respeitada (Salert, 2020).

Para Monteiro (2023), toda a reflexão kantiana leva-nos à evidência do direito que lhe é mais caro – o único direito natural para Kant – que é a liberdade. O homem não pode ser obrigado a sacrificar sua liberdade para satisfazer os fins desejados por alguém. Por isso mesmo, a dignidade humana está intrinsecamente ligada à liberdade no pensamento kantiano. Para o filósofo, o direito, portanto, é o conjunto das condições sob as quais o arbítrio de um pode conciliar-se com o arbítrio

de outro segundo uma lei universal da liberdade (Kant, 2020). Inclusive, ele afirma que a liberdade é o item principal daquilo que ele chama de “princípio universal do direito”:

É correta toda ação que permite, ou cuja máxima permite, à liberdade do arbítrio de cada um coexistir com a liberdade de todos segundo uma lei universal etc.” Por conseguinte, se minha ação, ou em geral meu estado, pode coexistir com a liberdade de cada um segundo uma lei universal, então age injustamente comigo aquele que me impede disso, pois este impedimento / (esta resistência) não pode coexistir com a liberdade segundo leis universais (Kant, 2020, p.36-37).

Ademais, a dignidade da pessoa humana, na sua relação com os direitos e garantias fundamentais, acaba operando, ainda que de modo diversificado, tanto como fundamento (embora não de todos os direitos fundamentais) quanto como conteúdo (igualmente não de todos os direitos e não com a mesma intensidade) dos direitos fundamentais. Por outro lado, doutrina e jurisprudência majoritária (mas não uníssona, em especial no direito estrangeiro), também quanto à evolução jurídico-constitucional brasileira, reconhecem, consoante já averbado, que a dignidade da pessoa humana cumpre uma dupla função, atuando tanto como limite para a intervenção do Estado e de terceiros (inclusive, em determinados casos e observados certos pressupostos, para efeito da proteção da pessoa contra si mesma) quanto como tarefa, no sentido de gerar um dever jurídico de atuação em prol da proteção da dignidade contra o Estado e contra terceiros, mas em especial no concernente à promoção ativa da dignidade, notadamente criando condições que possibilitem o pleno exercício e fruição da dignidade, ainda mais naquilo em que o indivíduo necessita do concurso do Estado e/ou da comunidade para a realização e proteção de suas necessidades existenciais (e não apenas físicas) básicas (Salert, 2020).

Quanto à sua função como limite negativo, como bem apontam Karl-Heinz Ladeur e Ino Augsberg, é possível reconhecer na dignidade da pessoa humana uma espécie de “Sinal de Pare”, no sentido de uma barreira absoluta e intransponível (um limite) inclusive para os atores estatais, protegendo a individualidade e autonomia da pessoa contra qualquer tipo de interferência do Estado e da sociedade, de tal sorte a assegurar o papel do ser humano como sujeito de direitos. Nessa perspectiva, a dignidade da pessoa humana assume a condição de direito de defesa, que tem por objeto a proibição de intervenção na esfera da liberdade pessoal de cada indivíduo e a salvaguarda da integridade física e psíquica de cada pessoa contra toda e qualquer ação estatal e particular (Salert, 2020).

Construindo sua concepção a partir da natureza racional do ser humano, Kant sinala que a autonomia da vontade, entendida como a faculdade de determinar a si mesmo e agir em conformidade com a representação de certas leis, é um atributo apenas encontrado nos seres racionais, constituindo-se no fundamento da dignidade da natureza humana (Salert, 2020).

Kant expõe que a autonomia da vontade como sinônimo do princípio supremo da moralidade, ou seja, a autonomia da vontade é a personificação da lei em si. Desse modo, a autonomia da vontade são aquelas máximas que podem ser designadas como leis universais, exercendo a sua função autolegisladora. Por isso, cumprir a lei é o ponto central da concepção da liberdade autônoma em Kant. Sendo a razão prática o fator determinante da vontade. Tomando este argumento como ponto inicial, é possível afirmar que é através das formulações do imperativo categórico que a autonomia obtém o seu lugar de direito, a saber: possui ideia reguladora, pois apresenta-se a vontade como princípio supremo da moralidade (Mattos, 2020).

O outro pilar da dignidade é a liberdade. É a liberdade, em sua concepção mais ampla, que permite ao homem exercer plenamente os seus direitos existenciais. O homem necessita de liberdade interior, para ponderar, manifestar suas opiniões. Por isso, a censura constitui um grave ataque à dignidade humana. Isso não quer dizer que o homem seja livre para ofender a honra alheia, expor a vida privada de outrem ou para incitar abertamente à prática de crime. A liberdade encontra limites em outros direitos integrantes da personalidade humana, tais como a honra, a intimidade, a imagem. Liberdade exige responsabilidade social, porque sem ela constitui simples capricho (Andrade, 2003).

Para Kant (2007) a ideia de liberdade está inseparavelmente ligada ao conceito de autonomia e ao princípio universal da moralidade. A liberdade “está na base de todas as ações de seres racionais como a lei natural está na base de todos os fenômenos”. É ela que dá ensejo à autonomia da vontade, o livre arbítrio, e faz necessária a obediência a parâmetros morais que norteiam o comportamento dos indivíduos: vemos que, quando nos pensamos livres, nos transpomos para o mundo inteligível como seus membros e reconhecemos a autonomia da vontade juntamente com a sua consequência — a moralidade (Monteiro, 2023).

Na visão kantiana, o limite mais relevante à autonomia, isto é, à liberdade, refere-se à dignidade humana. O fundamento kantiano para a dignidade humana centra-se na autonomia e na autodeterminação da pessoa. A autonomia, um conceito abstrato, tem o papel de potencializar o ser humano no sentido da autodeterminação da conduta dispensando a sua efetiva concretização. A

dignidade pensada por Immanuel Kant deve pertencer até mesmo aos destituídos de capacidade absoluta, como as pessoas incapazes física e/ou mentalmente.

Etimologicamente, autonomia significa “legislar para si”. Pelo fato de a dignidade ser decorrente da liberdade e da autonomia, ela é objeto do dever moral. A autonomia, a liberdade e a dignidade formam uma tríade irrompível. A autonomia consiste no fundamento da dignidade humana de todo ser racional. A dignidade kantiana é entendida como um atributo inalienável do ser humano capaz de impedir que ele seja usado como coisa. A dignidade concretiza-se no indivíduo em virtude de sua capacidade de autodeterminação e racionalidade (Maurer, 2005; Kant, 2009; Reckziegel; Pezzel, 2013).

Nesse contexto, as diretivas antecipadas de vontade se inserem na aplicabilidade direta da dignidade humana permitindo fazer valer o direito do paciente em sua tomada de decisão.

1.2 Viver e morrer com dignidade: direito na autodecisão

Neste momento será contextualizado o fenômeno da vida e morte com dignidade contemplando o direito a vida e o direito a morte com dignidade, respaldados pelos direitos fundamentais da legislação brasileira.

O início e o fim da vida são fases marcadas pela complexidade de sua discussão. A vida constitui o primeiro direito concedido à uma pessoa, sendo tutelado por importantes documentos de esfera nacional e internacional (Barroso; Martel, 2010). A morte, por outro lado, é assunto desconhecido, causador de medos e inseguranças, tanto existenciais, quanto jurídicas, ante a sua falta de regulamentação (Silva, 2021).

Observa-se muitas vezes que, mesmo a morte sendo um processo natural, é considerada como uma derrota pela comunidade médica que busca, a todo “preço”, manter a vida do paciente, mesmo quando essa vida não é mais digna. A relevância do tema comprova-se contrapondo-se o desenvolvimento médico-científico e a dignidade da pessoa humana (Gouvea; Deval, 2018).

Discutir o fim da vida envolve questões que estão além de conflitos entre profissionais e pacientes ou familiares. É necessário refletir de forma madura sobre questões físicas, espirituais, sociais e emocionais, a fim de decidir de forma equânime sobre o próprio corpo e,

consequentemente, lidar com a dor, com consciência dos limites biológicos e tecnológicos (Lima; Castilho, 2021).

A vontade do paciente, sabedor dos limites da suportabilidade de seu próprio corpo, deve ser sempre ponderada e respeitada, visto que, muitas vezes, doenças terminais que afligem esses pacientes tiram-lhes não apenas a esperança e a qualidade de vida, mas também lhes destituem a dignidade (Gouvea; Deval, 2018).

Porém, a tomada de decisão em saúde não é tarefa fácil quando o indivíduo em adoecimento se encontra em fase final de vida. É mais difícil ainda se esse indivíduo no decorrer do processo da doença perder sua capacidade de manifestação, transferindo o poder de decisão sobre sua vida a terceiros, quer seja familiar, profissional da saúde ou pessoa responsável (Lucena, 2021).

Nesse contexto, evidencia a necessidade de um olhar frente aos direitos da pessoa humana, tutelados pela Constituição Federal de 1988, bem como sobre novos instrumentos normativos que auxiliem nessas discussões conflitantes acerca das tomadas de decisão perante a vida e a morte.

1.3 A vida e morte com dignidade

A dignidade deve nos acompanhar desde o início da vida e não nos deixar ao final dela. A dignidade se é tão essencial ao homem que, até mesmo depois da vida, a dignidade deve continuar sendo um princípio norteador dos cuidados ao corpo e honra da pessoa humana.

O viver e o morrer, sob certa ótica podem ser considerados conceitos antagônicos. Contudo, estão íntima e intrinsecamente relacionados, havendo um forte liame entre ambos. A morte sempre se fez presente em todas as sociedades e é discutida por diversas áreas do conhecimento (Cunha, 2014).

A vida tem um ciclo de jornadas e etapas que cada pessoa deve viver. É nesse cenário que entra o acontecimento que pode ser adiado, mas jamais vencido: a morte. Vista pela grande maioria como uma inimiga, em razão de não ter uma cura, o processo de morrer é baseado no desconhecido e no medo. Normalmente se entende que a vida é um conceito positivo, enquanto a morte é negativa, visto que traz consigo a ideia da finitude e chegada da “inexistência” (Silva, 2021).

As discussões sobre o princípio da dignidade da pessoa humana têm ganhado cada vez mais relevância no direito brasileiro, mormente em razão dos debates acerca do respeito aos direitos

humanos. De tal modo, é imperioso analisar os principais aspectos da dignidade humana e, portanto, compreender não apenas o panorama argumentativo por trás dos princípios, mas também a forma como ele é introduzido no ordenamento jurídico pátrio (Medeiros, 2021).

Na esteira dos direitos humanos contempla-se a dignidade humana, que constitui o mínimo ético irredutível como valor intrínseco à condição humana. Nesse sentido, a vida se consagra como um direito universal, porém deve ser sempre legitimada em situação que favoreça a sua dignidade e qualidade (Mendes; Vasconcellos, 2020).

A dignidade da pessoa humana, consagrada na condição de princípio fundamental estruturante e informador de toda a ordem jurídico-constitucional no artigo 1º, III, da Constituição Federal de 1988 (CF), tem assumido uma posição cada vez com maior destaque na esfera de sua invocação e aplicação pelos órgãos do Poder Judiciário, o que, aliás, se verifica em todos os níveis da Jurisdição, seja na esfera da Justiça Estadual, seja no domínio da Justiça Federal comum e especializada, especialmente, neste último caso, da Justiça do Trabalho. Mas é na prática decisória do Supremo Tribunal Federal (STF) que o sentido e alcance atribuído à dignidade da pessoa humana assumem feição particularmente relevante, considerando-se o caráter vinculativo e diretivo da jurisprudência daquele que vem a ocupar, no caso brasileiro (e à moda brasileira), a condição de guardião da Constituição (Sarlet, 2020).

A afirmação e a efetivação dos direitos humanos são imprescindíveis para os processos democráticos e para a consolidação da cidadania e conseqüente sustentação da vida plena (Brasil, 2016; Mendes; Vasconcellos, 2020).

O direito a saúde, por sua vez, é um direito fundamental social garantido pela Constituição Federal da República em seus artigos 6º e 196º, na esteira do artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (Nardello, 2020).

A finitude da vida e a vulnerabilidade do corpo e da mente são signos da nossa humanidade, o destino comum que iguala a todos. Representam, a um só tempo, mistério e desafio. Mistério, pela incapacidade humana de compreender em plenitude o processo da existência. Desafio, pela ambição permanente de domar a morte e prolongar a sobrevivência. A ciência e a medicina expandiram os limites da vida em todo o mundo. Porém, o humano está para a morte. A mortalidade não tem cura. É nessa confluência entre a vida e a morte, entre o conhecimento e o desconhecido, que se originam muitos dos medos contemporâneos. Antes, temiam-se as doenças e a morte. Hoje,

temem-se, também, o prolongamento da vida em agonia, a morte adiada, atrasada, mais sofrida (Barroso; Martel, 2010).

No cenário jurídico, o valor intrínseco da pessoa ocasiona a inviolabilidade da sua dignidade, assim como a origem de uma série de direitos fundamentais, como exemplo o direito à vida, que tem como consequência o surgimento de diversos debates de grande complexidade jurídica e moral, tal como o direito de uma morte digna (Silva, 2021).

Ao examinar o status jurídico-normativo da dignidade da pessoa humana no âmbito de nosso ordenamento constitucional, verifica-se que, no Brasil, diversamente de outras ordens jurídicas em que nem sempre houve clareza quanto ao seu correto enquadramento, o constituinte de 1988 preferiu não incluir a dignidade da pessoa humana no rol dos direitos e garantias fundamentais, guindando-a, consoante já frisado, à condição de princípio (e valor) fundamental (artigo 1º, inciso III, da CF), muito embora a inclusão – no que diz com a terminologia (Salert, 2020).

Desta forma, a importância dos direitos fundamentais se dá quando há a materialização da dignidade da pessoa humana através de sua proclamação e/ou aplicação, sendo este valor unificador e balizador de todo o ordenamento jurídico. Inclusive, mostra-se como limite de aplicação de tais direitos fundamentais, face a importância deste valor unificador do ordenamento jurídico (Nardello, 2020).

A dignidade, de certa forma, pode ser encarada como critério de efetivação dos direitos fundamentais. A exemplo o direito a vida e a morte, para que possamos exercer plenamente o direito a vida, essa vida precisa ser digna, precisamos virer com liberdade, respeito, igualdade, dentre outros tantos aspectos que compõe a dignidade.

1.3.1 O direito a vida digna

Viver não se restringe ao fato de existir. A vida da pessoa humana abarca, dentre outros, o direito da autonomia, personalidade e dignidade. Requer respeito ao seus valores ético, cultural, religioso e psicossocial.

A Convenção Americana de Direitos Humanos – o Pacto de San José –, de 1969, consagra, em seu art. 4º, que “toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida”, acrescentando que “esse

direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção” e que “ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente”. Da mesma forma, o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos das Nações Unidas, de 1968, assevera que “o direito à vida é inerente à pessoa humana” e que “este direito deverá ser protegido pela lei”, além de dispor que “ninguém poderá ser arbitrariamente privado de sua vida” (Medeiros, 2021).

O direito à vida é, de todos os direitos, o mais caro e o mais importante. Nas palavras de Adriano Marteleto Godinho, é “premissa fundamental da existência das pessoas naturais, do direito que dá suporte a todos os demais direitos.” Consagra-se em todo ordenamento jurídico, espalhando-se em seus vários princípios e regras que, direta ou indiretamente, dependem de sua preexistência (Araújo, 2017).

Sobre o histórico das Cartas Magnas do Brasil, como bem ressaltado por Siqueira e Lazaretti (2019), é importante destacar que as Constituições de 1824, 1891, 1934 e 1937 não abordaram de maneira expressa o direito à vida. Apenas a partir da Constituição Federal de 1946 houve a positivação desse direito. Do mesmo modo, a Constituição Federal de 1967 em seu artigo 150, bem como a Constituição de 1969 em seu artigo 153, mantiveram a proteção do direito à vida (Medeiros, 2021).

Para Szaniawski (2005, p. 147), sendo a vida um bem jurídico de natureza tanto individual quanto social, pode-se inferir que toda pessoa possui o direito inalienável de desfrutar e viver a vida com dignidade, cabendo ao Estado garantir as condições de sua existência. Para ele, o direito à vida é um direito fundamental do mesmo quilate do princípio da dignidade da pessoa humana: —Ambos, direito à vida e princípio da dignidade da pessoa humana, convivem juntos sendo inseparáveis. São como duas rodas unidas por um eixo que permanentemente atuam em conjunto (Cunha, 2014).

Destaca-se também o artigo 5º da Constituição Federal Brasileira onde estabelece que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes (...) em seu inciso III assegura que ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante (BRASIL, 1988).

Conforme a Ministra do Supremo Tribunal Federal Carmem Lúcia (1998), o direito à vida guarda e resguarda a oportunidade justa de o homem tornar-se inteiro em sua individualidade pela certeza da solidariedade de todos. Nele se contém a segurança da dignidade. O direito à vida

concede ao homem não a certeza da vida, que a vida é sempre uma incerteza, mas a certeza de que a solidão do seu ser pode converter-se na solidariedade do permanente tornar-se (Medeiros, 2021).

Para que se torne possível o pleno exercício desse direito, não é suficiente estar vivo, mas também viver com dignidade. A dignidade da pessoa humana é, consensualmente, um dos mais altos princípios constitucionais (Araújo, 2017).

Significa que não podemos conceber o direito à vida sem dignidade e que a dignidade é decorrente da existência da vida e de sua tutela. Por isso, a vida como direito fundamental é protegida pela norma constitucional, pelo direito civil e pelo direito penal (Cunha, 2014).

Viver dignamente é poder conduzir os seus dias realizando sua personalidade conforme sua própria consciência, ressalvados os direitos de terceiros. Tal poder de autonomia da vontade deve acompanhar o indivíduo no início da sua vida, durante o seu desenvolvimento e até ao momento de seu fim, no momento de sua morte. Nesse ínterim, surge importante controvérsia sobre qual sentido se deve dar à dignidade em vida e na morte (Araújo, 2017).

O direito à vida é um direito inato, na medida em que respeita ao indivíduo pelo simples fato de este ter personalidade. É deduzível do direito penal, pois que é neste que se contém as normas das quais se pode fazer derivar a sua existência (...) Por uma necessidade social de caráter fundamental, o bem da vida recebeu a tutela da lei penal primeiro que qualquer outro bem (Cupis, 2004 *apud* Cunha, 2014).

Note-se que, em seguida à defesa da inviolabilidade do direito à vida, surge, no texto constitucional, a proteção da liberdade. É direito fundamental de qualquer um, então, ser livre para desfrutar da vida como bem entender. Essa autonomia da vontade é amplamente defendida no ordenamento jurídico constitucional Brasileiro quando afirma, por exemplo, que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (Araújo, 2017).

Para Borges (2007) *apud* Cunha (2014) ao analisar o art. 5º da Constituição Federal de 1988, entende que a garantia do direito à vida, à segurança e outros não são direitos absolutos e que, efetivamente, não são deveres. Para a autora, o mandamento constitucional não estabelece deveres. Desse modo, — é assegurado o direito (não o dever) à vida.

Extrai-se, contudo, da parte final, o princípio da legalidade (“senão em virtude de lei”), que limita o exercício dessa autonomia. Em outras palavras, a autonomia privada, apesar de sua natureza de direito fundamental, não é em si absoluta, podendo sofrer restrições quando expresso em lei. Se de um lado, então, há a indisponibilidade da vida expressa no texto constitucional através

da sua inviolabilidade, por outro lado, é legítimo, em nome da autonomia da vontade, ser alegado o desejo do indivíduo de não mais querer viver? O direito à vida do qual trata a Constituição deve ser entendido tão somente como o direito de existir ou abrange a dimensão do direito de viver com dignidade? Atentando-se, pois, à autonomia da vontade de quem não deseja mais viver, por acreditar na hipótese da indignidade de sua vida, muito se discute se um indivíduo pode não apenas pôr termo à sua existência, mas também se seria legítimo prestar-se consentimento para que terceiros o façam (Araújo, 2017).

Concebendo os direitos da personalidade – vida, liberdade, integridade física como direitos e não como deveres, é que se pode afirmar a existência do direito do paciente de não submeter a um tratamento ou de interrompê-lo (Cunha, 2014).

Assim, surgem duas correntes antagônicas que versam sobre o significado da vida, o exercício do direito à vida e a tutela da vida humana. Uma delas considera a vida com uma noção de *sacralidade* ou *santidade* e a outra a considera a partir do critério da *qualidade*. São duas correntes com tendências extremas, não sendo capazes de sozinhas, responderem a todos os anseios que as questões sobre a vida e a morte suscitam. Se levada a cabo apenas a corrente vitalista, todo ser humano deveria ser mantido vivo a qualquer custo e sob quaisquer condições. Não haveria espaço para a discussão a respeito de formas de intervenção humana no fim da vida, restando apenas investir-se na vida até o esgotamento do último recurso. De outro modo, se prevalecesse sem restrições a segunda corrente, seria por demais aberta a interpretação segundo a qual uma vida seria mais ou menos digna do que outra. Cair-se-ia em campo perigoso, em que seria possível decidir quem merece viver e quem não merece (Araújo, 2017).

Szaniawski (2005) *apud* (Cunha, 2014) ao abordar o tema do direito de morrer ou de não viver, esclarece que a civilização ocidental, como é o caso da civilização brasileira, é fortemente influenciada por uma tradição —filosófico-religiosa judaico cristã que envolve a vida numa auréola de santidade, sendo o corpo do homem um templo sagrado. Dessa forma, atentar ou abreviar a vida seria um pecado. Ressalta, entretanto, que povos com outras concepções religiosas, como a Grécia e a Roma antigas, admitiam a morte com mais naturalidade.

Portanto, faz-se necessária uma ponderação entre as duas perspectivas a fim de se atingir uma posição mais equilibrada. Conforme preconiza a vertente vitalista, a vida humana goza de valor intrínseco que se opõe aos gostos, preferências ou juízos de seu titular ou de terceiros. Entretanto, preservar a vida de determinadas pessoas, vítimas de enfermidades incuráveis e

terminais (que levarão inevitavelmente à morte), poderá causar-lhes danos sem medida à sua integridade física, psíquica e moral, à sua intimidade e à sua dignidade (Araújo, 2017).

Para Barroso (2013) a dignidade preenche quase que em toda a sua extensão o direito à vida. A dignidade humana, em suas palavras, é integrada em seu conteúdo mínimo pelo “valor intrínseco de todos os seres humanos, assim como a autonomia de cada indivíduo, limitada por algumas restrições legítimas impostas a ela em nome de valores sociais ou interesses estatais (valor comunitário).” São, portanto, três os elementos integradores do conteúdo mínimo da dignidade: valor intrínseco da pessoa humana, autonomia individual e valor comunitário.

Sendo o valor intrínseco o elemento ontológico da dignidade, ligado à natureza do ser, considera-se que cada pessoa humana tem posição especial no mundo, que a distingue das demais, dando-lhe singularidade. Tal condição é conferida por atributos únicos, como a inteligência, a capacidade de se comunicar e de se expressar, a sensibilidade, dentre outros. A autonomia é o elemento ético da dignidade, pelo qual subsiste a razão e o exercício da vontade. O valor comunitário é o elemento social da dignidade da pessoa humana, que a molda segundo valores de padrões civilizatórios e de ideal de “vida boa” (Araújo, 2017).

É perceptível que a questão da finitude ganha novos contornos, quando se analisa a questão do viver mais profundamente. Em alguns casos, o “continuar vivendo” é um fato penoso, transformando a positividade da vida em um acontecimento de certa maneira indigno. É nesse contexto que surge a questão da terminalidade da vida com intervenções (Silva, 2021).

Sem dúvidas a vida é o bem mais preciso que temos, pois é a partir dela que começamos a ter direitos e deveres. Muitos podem ser os caminhos que a vida pode tomar, mas para todas as vidas o fim é único e certo: a morte.

1.3.2 O direito a morte digna

Antes de iniciar a discussão sobre direito a morte digna, devemos esclarecer que este não pode ser confundido com o direito a morte, que se refere a práticas defesas pelo ordenamento jurídico brasileiro. Neste momento será abordado o direito de morrer com dignidade que constitui a morte natural de forma humanizada amenizando o sofrimento.

A atualidade e a complexidade do tema “morrer com dignidade” originam o debate ético-jurídico diante dos avanços tecnológicos na medicina, visto que ocasionou uma mutação cultural, acrescentando créditos à valoração moral-social do debate atinente ao início e fim da vida e levantando problemáticas extremamente polêmicas (Diniz, 2017 *apud* Silva, 2021).

O direito de morrer dignamente refere-se ao desejo de se ter uma morte natural humanizada, com tratamento específico para o alívio do sintoma da doença e que esta seja em estágio terminal e não para doenças apenas consideradas incuráveis (Medeiros, 2021).

Com o avanço do progresso científico médico, foi possível a expansão da vitaliciedade das pessoas, algo que antes era impensável em muitos dos casos. Os indivíduos vivem mais, entretanto, por vezes, esse tempo acrescido pode ser caracterizado por profundo mal-estar, carregado de sofrimento e dores por ser proporcionado um “prolongamento da morte” (Silva, 2021).

A morte é uma das poucas certezas no domínio da vida. No entanto, sua representação se alterou no decorrer da história e, até meados do século XX, era aceita como acontecimento simples e familiar. Só a partir dos anos 1930, a morte passou a se relacionar com o avanço tecnológico da área da saúde, e se antes ocorria em casa, a partir de então se dá em hospitais. As causas de falecimento se tornaram evitáveis, e o fim da vida deixou de ser visto como acontecimento natural, passando a ser considerado possível falha de profissionais de saúde na escolha de tratamento e cuidado (Medeiros, 2021).

No entanto, a dignidade deve estar presente em todos os momentos da vida humana, desde o seu início – do nascimento com vida – e também o até os seus momentos finais – durante o processo de morte. A dignidade, nesse momento, deve ser entendida, em sua forma mais ampla, como um princípio-valor que norteia todos os demais princípios e direitos existentes relacionados ao indivíduo. O processo de morte é digno, então, quando permite à pessoa desenvolver a sua personalidade plenamente conforme a sua consciência, estando intocados os elementos integradores do conteúdo mínimo da dignidade, quais sejam: o valor intrínseco da pessoa humana, a autonomia individual e o seu valor comunitário (Araújo, 2017).

Conforme Barroso e Martel (2010), a finitude da vida e a vulnerabilidade do corpo e da mente são signos da nossa humanidade, o destino comum que iguala a todos. Desse modo, a conclusão obtida é de que, embora não exista um consenso, é preciso que se atente para um direito de indiscutível relevância, de dignificação do momento final da vida que é repleto de medos e inseguranças (Silva, 2021).

É importante destacar que, até o presente, no Brasil não existe legislação que trate sobre o processo de morrer. Não há um disciplinamento normativo que estabeleça claramente quais são os limites da licitude da atividade médica e da abordagem terapêutica em casos de doentes sem possibilidades terapêuticas de cura (Medeiros, 2021).

O conceito de morte digna está atrelado à questão humanitária e altruísta de enfrentar o processo de terminalidade da vida, além de ser sinônimo da preservação da dignidade do paciente terminal, a fim de proporcionar um momento final tranquilo e humanizado, ante a impossibilidade de se manter uma vida “boa” (Silva, 2021).

Defender o direito de morrer dignamente não se trata de defender qualquer procedimento que cause ou acelere a morte do paciente, mas sim de reconhecer sua liberdade e sua autodeterminação quanto a escolha do melhor procedimento para aquele indivíduo (Medeiros, 2021).

Para se falar em morte digna, é imprescindível o conhecimento do que significa o termo “paciente terminal”, “terminalidade da vida” ou “doença terminal”. Paciente terminal é entendido como aquele que sofre de doença irreversível, ou seja, quando há o esgotamento das possibilidades de resgate da sua saúde à condição anterior. Para que se configure a terminalidade da vida, também, deve ser previsível e inevitável a possibilidade de morte próxima (Araújo, 2017).

Com frequência é levantada a questão de que o direito à vida não deve ser encarado como um dever ou uma obrigação, mas um direito a ser exercido de forma conjunta com outros princípios/valores de extrema importância, como a dignidade e a autonomia. Desses pressupostos é possível extrair a proposição de que o Estado não deve poupar esforços a fim de garantir ao ser humano uma vida e morte digna (Silva, 2021).

Convém distinguir a situação do doente terminal de outras situações que, à primeira vista, podem parecer semelhantes a ela, mas não se confundem de forma alguma. São elas: pacientes em estado de saúde grave ou gravíssimo, pacientes em coma ou em estado vegetativo persistente e ainda a morte encefálica (Araújo, 2017).

Embora inexista instrumento normativo legislativo que regulamente a proteção à morte digna, é possível encontrar dispositivos esparsos que proíbem algumas formas de encurtamento da vida. Logo, é precisamente no ambiente da morte com intervenção que cabe discutir a regulamentação desse momento de maneira digna, visto que a proibição de tais condutas pelo

ordenamento e a visão social acerca delas é baseada principalmente em questões religiosas e morais do que propriamente jurídicas (Silva, 2021).

Garantir a “qualidade de morte” do paciente torna-se mais importante do que preservar a vida a qualquer custo, por meio da obstinação terapêutica. Como fruto dessa evolução, conquistas legais e médicas vão se consolidando, a exemplo dos cuidados paliativos e de documentos como a ordem de não reanimar e o testamento vital, ou as DAV (Chaves *et al.*, 2021).

Dessa forma, a morte vem passando por uma ressignificação à medida que o tempo, a tecnologia e a disseminação do conhecimento e das informações se espalham e evoluem. Por essa razão, tornou-se urgente repensar os princípios e os valores éticos que dirigem a conduta humana na era científica e tecnológica que hoje temos. É, portanto, necessário aplicar a ética à realidade, de forma responsável e capaz, de maneira correspondente aos desafios que o progresso trouxe aos dias atuais (Silva, 2021).

Lidar com a morte não é tarefa fácil, envolve questões morais, éticas, religiosas e jurídicas. Apesar das dificuldades, cada dia que passa, os debates acerca do final da vida se tornam mais necessários.

2 CUIDADOS PALIATIVOS NA TERMINALIDADE DA VIDA

Para melhor entender a aplicabilidade das DAV faz-se necessário, primeiramente, esclarecer o contexto dos cuidados paliativos, uma vez que esse conjunto de práticas é recente e ainda mal interpretado e desconhecido por muitas pessoas.

Nas últimas décadas houve um envelhecimento progressivo da população, assim como o aumento da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas em contrapartida, o avanço tecnológico alcançado principalmente a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em doenças crônicas, levando a longevidade dos portadores dessas doenças (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

O último levantamento divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela que a expectativa de vida no Brasil aumentou e agora é de 76,3 anos, 30,8 anos a mais do que a estimativa nos anos 1940 (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020).

No entanto, os pacientes “fora de possibilidade de cura” acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal sintoma e o mais dramático, a dor (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

Historicamente, os profissionais de saúde foram formados com a ideia de que havia necessidade de se fazer todo esforço terapêutico pela cura de um paciente. Entretanto, o processo de morrer e a morte sempre estiveram presentes e havia muita confusão com os limites terapêuticos e objetivos da assistência nessa fase (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020).

O envelhecimento da população desafia os profissionais da área da saúde e a sociedade como um todo, afinal, é preciso buscar formas de garantir qualidade de vida aos cidadãos, independentemente da idade (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020).

E mitigar o sofrimento é sempre um objetivo da humanidade, em todas as áreas do conhecimento, tanto na Saúde como na arte. A vida saudável é a busca incansável da academia e da não academia para minorar o sofrimento humano (Mendes; Vasconcellos, 2020).

Porém, a terminalidade da vida é um assunto consideravelmente novo, ainda em processo de construção e adaptação, tanto para aqueles que recebem o diagnóstico de uma doença incurável quanto para a equipe profissional. Cuidar de pessoas com doenças crônicas progressivas avançadas exige não apenas conhecimento técnico, mas também controle emocional, já que essas situações suscitam o confronto com a própria finitude e demandam habilidades comunicativas para manutenção de um diálogo efetivo com o paciente e seus familiares (Chaves *et al.*, 2021).

Muitos estudiosos consagram os cuidados paliativos como um instrumento facilitador da morte com dignidade, no entanto esse tema ainda é pouco conhecido e ainda não contemplado como disciplina na graduação acadêmica. A seguir, discutir-se-a sobre alguns conceitos e os caminhos dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil.

2.1 Eutanásia, distanásia e ortotanásia

Cabe aqui esclarecer alguns conceitos de práticas pertinentes a temática do trabalho, são elas a eutanásia, distanásia e ortotanásia, que não raramente são desconhecidos ou confundidos até mesmo por profissionais da área da saúde.

É o que mostrou o estudo feito por Cano *at al.* (2020). A pesquisa buscou avaliar o conhecimento de médicos de unidades de terapia intensiva de Campo Grande/MS acerca dos conceitos de eutanásia, distanásia e ortotanásia. Os resultados demonstraram que 32% dos entrevistados definiram inadequadamente eutanásia, 75% e 61,2% definiram com exatidão os conceitos de distanásia e de ortotanásia, respectivamente, e 46,2% tinham conhecimento adequado dos três termos e práticas.

Para Rocha (2014) a eutanásia é uma prática que visa abreviar a vida de um doente incurável, terminal ou não, a seu pedido, de maneira controlada.

Oliveira (2009) define eutanásia como sendo uma morte boa, calma, piedosa e humanitária, deriva do grego a palavra euthanatos, que significa eu: bom, thanatos: morte, ou boa morte.

Dodge (2009) afirma a eutanásia como a “morte causada por conduta médica sobre a situação de paciente incurável e em sofrimento”.

Assim, podemos conceituar a eutanásia como a prática de fazer cessar a vida do paciente acometido por doença sem cura. Tal prática pode consistir no desligamento de aparelhos, uso de sedativos, ou então na assistência prestada ao paciente a fim de que ele retire sua própria vida.

Apesar de encontrar legalidade em países como Bélgica e Holanda, no Brasil a eutanásia é conduta proibida e considerada crime de homicídio.

Para Pessini (2009) o antônimo de eutanásia é a distanásia. Ensina que no Dicionário Aurélio a distanásia é sinônimo de morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento. Dessa forma, a distanásia seria o mesmo que um tratamento inútil, porquanto a cura do paciente seria impossível, bem como alguma melhora em seu prognóstico.

Para Bottega e Campos (2011) a distanásia ocorre por meio de exercícios técnicos levados a efeito para adiar a morte, empregando recursos para que ela chegue lentamente, oferecendo mais chances de observação em torno do enfermo, ainda que cominada em situação irreversível ou em estado meramente artificial.

Bottega e Campos (2011) nos esclarecem ainda que a ortotanásia permite que os doentes por doença grave e irreversível, bem como seus familiares e amigos, enfrentem a morte com certa tranquilidade, tendo em vista que, nessa circunstância, a morte não é uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida.

Nesse sentido, para Bomtempo (2011) ortotanásia é o procedimento pelo qual o médico suspende o tratamento, ou realiza apenas terapêuticas paliativas, para evitar mais dores e sofrimentos para o paciente terminal, uma vez que esse paciente não chances de cura e desde que essa seja sua vontade.

É nesse contexto que os cuidados paliativos estão inseridos, como técnicas de cuidado para pacientes terminais com intuito de tornar o processo da morte menos doloroso.

2.2 Contexto histórico dos cuidados paliativos

A terapia paliativista, embora sua relevância, infelizmente é um tema ainda embrionário no Brasil, que necessita crescer tanto no campo da saúde quanto do direito e na política.

Os cuidados paliativos (CP) ganhou força no campo assistencial da saúde por meio do movimento do *Hospice* que emergiu em 1967, quando a enfermeira, médica e assistente social,

Cicely Saunders instituiu em Londres, o *St. Christopher's Hospice*, uma instituição voltada para promoção e prestação de CP qualificados e compassivos da mais alta qualidade (Saunders, 1978 *apud* Lucena, 2021).

A história do discurso de direitos humanos em relação aos CP teve início com Margaret Somerville, em 1982, na Universidade Mc Gill, no Canadá. Somerville, proeminente estudiosa do direito médico, começou a se preocupar com a dor e o sofrimento dos pacientes terminais. Seus estudos e o seu ativismo entrariam para a história como precursores de um movimento mundial em defesa dos cuidados paliativos como direito humano. No mundo, os Estados, as entidades representativas, os movimentos de ativistas e até a Igreja Católica vêm reproduzindo e defendendo esse direito (Brennan; Gwyther; Harding, 2008; Mendes; Vasconcellos, 2020).

O termo paliativo origina-se do latim *pallium* e significa o manto que acolhia os peregrinos durante suas viagens aos locais sagrados; ou seja, CP podem ser compreendidos como manto de proteção durante o processo de morte e morte (Medeiros, 2021).

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde conceituou CP como cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. O controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual são o mais importante (Sabino, 2018).

No decorrer dos anos foi sendo reconhecido o valor dos CP e sendo inclusa a assistência a outras doenças como doenças cardíacas, renais, doenças degenerativas, aids e doenças neurológicas.

Maciel (2007) e Sabino (2018) corroboram que os cuidados paliativos, sejam realizados no hospital, no domicílio ou em hospice, devem seguir os princípios estabelecidos pela OMS em 2002:

- Respeitar a vida e perceber a morte como fato natural;
- Entender que o processo de morrer necessita de cuidados especiais, e que deve ser conduzido com habilidade suficiente para não abreviar a vida e não prorrogar inutilmente o sofrimento;
- Cuidar da pessoa doente e não apenas da doença, o que acarreta abordagem holística e multidisciplinar;
- Cuidar da família com tanto empenho quanto do paciente;

- Os sintomas inconvenientes e a dor precisam ser prevenidos e tratados de forma impecável;
- A busca do conforto e da qualidade de vida por meio do controle de sintomas pode se traduzir em mais dias de vida, no que não há nenhum inconveniente;
- O tratamento paliativo deve ser iniciado o mais precocemente possível, concomitantemente ao tratamento curativo, e deve lançar mão de todo esforço necessário para a melhor compreensão e controle dos sintomas.

Em 2004 foi publicado um novo documento pela OMS, *The solid facts - Palliative Care*, o qual renova a imprescindibilidade de incluir os CP como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as doenças crônicas e em programas de atenção aos idosos (World Health Organization, 2004).

Já no Brasil a prática de CP teve início em 1980 aumentando significativamente a partir do ano 2000, com o passar do tempo conseguiu oferecer mais serviços e melhorar os já existentes (Sabino, 2018). E ainda estão ganhando forma e reconhecimento no Brasil, porém vêm suscitando várias discussões. Um dos pontos nevrálgicos desses debates é a institucionalização desses cuidados.

Para tanto, cabe ressaltar as barreiras impostas para sua implementação, que segundo a OMS em 2014, devem ser superadas pelos Estados a partir de três diretrizes: (1) Políticas Públicas; (2) Educação em cuidados paliativos – ambas não implementadas pela maioria dos estados nacionais; e (3) Acesso aos analgésicos opioides (World Health Organization, 2004; Mendes; Vasconcellos, 2020).

Para Sabino (2018) os CP são indicados para pacientes que estejam nas seguintes condições:

- Enfermidade avançada, progressiva e incurável;
- Falta de possibilidade razoável de resposta ao tratamento específico;
- Numerosos sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e mutantes;
- Grande impacto emocional no paciente, na família e na equipe de cuidadores, relacionado com a presença explícita ou não da morte;
- Prognóstico de vida inferior a seis meses.

Nesse contexto, é necessário ter pacificado o entendimento de que o tratamento manejado deve, pelo menos, tentar proporcionar uma morte digna e em paz, enxergando o momento final como uma etapa essencial a ser vivida e não como um inimigo a ser combatido (Silva, 2021).

Os princípios e missão dos CP e humanitários são: alívio do sofrimento; respeito à dignidade de todas as pessoas; apoio às necessidades básicas; e acompanhamento durante os momentos mais difíceis (World Health Organization, 2018; Mendes; Vasconcellos, 2020).

O conceito mais recente de CP foi apresentado em 2018 sendo determinado como cuidado holístico ativo, oferecido a pessoas de todas as idades que estão em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, resultante de uma doença grave, especialmente aquelas no final da vida. O objetivo da CP é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, seus familiares e cuidadores (World Health Organization, 2018).

Os CP incorporam a arte e o *ethos* do cuidar, ou seja, a relação do ser com a natureza e sua conduta perante o lugar ocupado pelo homem e suas necessidades de zelo, respeito, compaixão dele para com os outros e dos outros para com ele. Todos no mesmo barco. Do profissional de saúde espera-se no mínimo isso (Mendes; Vasconcellos, 2020).

Para Loyola (2009), os CP devem necessariamente serem aplicados por meio de uma equipe multidisciplinar, para que seja possível proporcionar ao paciente uma boa qualidade de vida no tempo que lhe resta (Sabino, 2018). E a comunicação empática dessa equipe favorece o bom desempenho dos respectivos papéis dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar, além de qualificar a assistência, estando relacionada a uma melhor satisfação dos pacientes e a uma melhor adesão ao tratamento, proporcionando ao paciente diminuição da ansiedade (Lucena, 2021).

Os CP é considerado por muitos estudiosos da área, a forma mais digna de se enfrentar o processo do morrer. Porém no Brasil, a sua implantação conflitou diretamente algumas disposições legais, e atualmente ainda enfrentam diversos problemas, agora de ordem administrativa, quanto à prestação dos serviços devidos pelo SUS aos pacientes (Sabino, 2018).

De acordo com a OMS, uma em cada dez pessoas tem acesso a esses cuidados. Esses dados mostram a desigualdade de acesso e a ausência de serviços para desenvolver a palição necessária e minorar sofrimentos (Mendes; Vasconcellos, 2020).

E infelizmente ainda se morre muito mal no Brasil. Para além do acesso à abordagem paliativa, que é dificultoso, encontramos ainda muito desconhecimento no seio da sociedade referente à filosofia e à prática dos CP (Mendes; Vasconcellos, 2020).

A atenção em CP no Brasil representa uma pequena parcela de atuação em saúde pública, quando observado a nível mundial, ficando evidente a enorme disparidade evolutiva no que tange os CP, por implementação de políticas públicas recentes, desensibilização dos gestores em saúde, predominância de uma medicina paternalista e curativa, com pouca disponibilidade de ações em palição no SUS (Santos; Rigo; Almeida, 2023).

Nesse contexto, proporcionar CP a pacientes terminais assegura a qualidade de vida, promove dignidade e conforto, também pode influenciar positivamente o curso da doença. É aplicável no início do curso da doença em conjunto com outras terapias que visam prolongar a vida e proporcionam acompanhamento ao paciente e familiares durante todo o curso da doença (World Health Organization, 2018).

Falar em cuidados paliativos para leigos no assunto podem transmitir erroneamente a ideia de desistir da cura, ou mesmo desistir da vida, contudo, hoje temos parâmetros muito bem definidos para indicar em que situação do paciente é elegível aos cuidados paliativos.

3 AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

O direito de escolha da pessoa para uma morte digna e a decisão para a família e profissionais de saúde frente ao processo de terminalidade da vida, quando o paciente se encontra incapaz, é ainda pouco conhecido causando inseguranças e conflitos. Para contribuir nessa temática, neste capítulo será abordado sobre as DAV trazendo seu o conceito e surgimento, arcabouço jurídico, dignidade e autonomia como direito fundamental da pessoa humana, além da intersecção das DAV com os direitos da personalidade.

3.1 O conceito e surgimento das Diretivas Antecipadas de Vontade

Para analisar as DAV sob a ótica do ordenamento jurídico brasileiro, primeiramente, devemos chegar a um conceito claro e objetivo sobre as DAV, uma vez que as discussões sobre o tema ainda não são numerosas e populares.

Mabtum e Marchetto (2015) afirmam que as DAV são uma manifestação livre e prévia pela qual uma pessoa, com capacidade e discernimento, renuncia a tratamentos e cuidados médico-hospitalares futuros se, por qualquer razão, na ocasião não puder expressar sua recusa (Medeiros, 2021).

As DAV são ferramentas que permitem ao indivíduo recusar determinados tratamentos ou intervenções que considere inaceitável ao seu quadro de valores. Constituem um gênero de manifestação de vontade para tratamentos médicos, no qual se incluem as espécies testamento vital (TV) e o mandato duradouro. O primeiro segue o modelo de pura autonomia, em que há expressa manifestação de vontade do paciente, enquanto capaz; já o segundo, o modelo de julgamento substituto, em que a pessoa nomeia procurador a ser consultado pelos profissionais, quando de sua incapacidade (Dadalto, 2015; Bevilaqua *et al.*, 2022).

As DAV têm acumulado diferentes denominações, traduzidas ou adaptadas, como *living will*, testamento biológico, declaração antecipada de vontade, declaração prévia de vontade do paciente terminal e vontades antecipadas. Esses vários termos, muitas vezes, geram confusões quanto ao conceito de DAV e suas espécies (Lucena, 2021).

Para Dadalto *et.al.* (2013) as DAV existem quando o TV e o mandato duradouro estão previstos em um único documento. No Brasil, a nomenclatura mais utilizada é testamento vital. Sem pretender estabelecer algum termo como mais ou menos apropriado, assim como (Lucena, (2021), este trabalho considerou as expressões DAV e TV como sinônimos e, adotou apenas o termo DAV para se referir a qualquer documento ou registro de vontade do paciente quanto a decisão com relação a tratamentos, procedimentos e cuidados em saúde, a fim de dirimir dúvidas e melhorar a compreensão do conteúdo .

Objetivamente, as DAV integram um instrumento jurídico formal que legitima o paciente a manifestar expressamente sua vontade relativa a tratamentos médicos, em condições de saúde nas quais isso se mostre impossível, isto é, nas situações de terminalidade de vida (De Melo, 2018).

As DAV são um grupo de documentos de manifestação de vontade para cuidados e tratamentos em saúde criado em 1967 nos Estados Unidos da América (Dadalto *et.al.*, 2013). A ideia ganhou forma quando o advogado Luis Kutner propôs suas premissas e o modelo do documento em sua obra “*Due process of euthanasia: the living will, a proposal*”. Nesse trabalho, o autor considera legítima, como parte integrante do direito à privacidade, a recusa de tratamento que prolongasse a vida do paciente quando na impossibilidade de cura (Lucena, 2021).

Sucintamente, a principal diferença entre as DAV e outras figuras relacionadas à terminalidade da vida, designadamente a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia, é que as diretivas antecipadas atuam como documentos balizadores da vontade pré-manifesta pelo paciente, em situações fáticas nas quais a doença venha a lhe retirar a capacidade de, por si só, expressar suas intenções sobre determinados atos ou tratamentos clínicos. As DAV perfazem o campo da “morte digna”. Outra diferença específica é que suporte ao suicídio, eutanásia, ortotanásia e distanásia integram o chamado “direito de morrer” (De Melo, 2018).

As DAV surgem como um instrumento de autodeterminação do paciente para garantia do respeito a sua autonomia e privacidade, servindo como amparo ético e legal para a equipe de saúde no processo de tomada de decisão, principalmente, quando o paciente encontra-se impossibilitado de manifestar seus desejos (Dadalto *et al.*, 2013). Ademais, elas humanizam o cuidado, dado que consideram a singularidade e as aspirações de cada paciente com vistas à preservação da sua dignidade (Lucena, 2021).

O planejamento antecipado de cuidados é praticado há anos em países como Estados Unidos e Canadá, que possuem legislações incentivando os pacientes a construírem DAV e a sustentarem sua autonomia durante o morrer (Hughes *et al.*, 2018; Bevilaqua *et al.*, 2022).

Para isso, no Estados Unidos da América (EUA) o Congresso aprovou a *Patient Self-Determination Act* (PSDA), legislação que versa sobre a autodeterminação do paciente nos EUA, vigente a partir de 1º de dezembro de 1991, enfatizando que todos os hospitais, instituições de longa permanência ou afins, têm a obrigação legal de desenvolver documento de manifestação de vontade dos pacientes por escrito e educar os profissionais de saúde sobre essa questão, bem como perguntar ao indivíduo que ingressa numa instituição de saúde se já tem uma DAV ou informá-lo de que tem o direito de elaborá-la (Lucena, 2021).

Conforme texto revisado do PSDA em 1995, a DAV devem ser executadas caso o paciente venha a ficar doente terminal e incapaz de comunicar os seus desejos pessoais (De Melo, 2018).

A PSDA também foi aceita pelos pacientes e pelos médicos, na presunção de que com essa ferramenta poderiam conhecer os desejos dos pacientes, o que facilitaria a tomada de decisão em situações difíceis, e também pelos gestores, na expectativa que tudo isso contribuiria para diminuir os custos da assistência de saúde (Lucena, 2021).

A lei estadunidense de autodeterminação do paciente estabeleceu, tecnicamente, duas espécies de diretivas: mandato duradouro (*durable power of attorney for health*) e testamento vital (*living will*). Ressalte-se que o termo “testamento” foi considerado tradução ruim e imprecisa de *living will*. no Brasil por exemplo, um testamento tem efeito pós-morte, não sendo adequado para representar desejos de um indivíduo em vida (Lucena, 2021).

Baseadas no princípio do respeito à autonomia e à privacidade, as DAV são um documento legal que propõe facilitar a tomada de decisão com relação à assistência à saúde do paciente com base nas suas preferências antes que seja estabelecida uma incapacidade para fazê-lo (Perez *et al. apud* Lucena, 2021).

Surgem da necessidade de humanizar o cuidado em final de vida, sendo constituídas para proteger a autonomia do paciente, na perspectiva de que quando este perder sua capacidade de decidir, possa ter respeitada sua autonomia quanto ao tratamento desejado (Dadalto *et al.*, 2013; Lucena, 2021).

É um instrumento com comprovada validação científica que propicia o direito de escolha prévia da pessoa diante um diagnóstico de doença incurável para uma morte digna.

3.2 As Diretivas Aantecipadas de Vontade e o arcabouço jurídico

Passamos agora a analisar onde na legislação pátria as Diretivas Antecipadas de Vontade encontram respaldo para serem utilizadas como documento legal válido.

As DAV baseiam-se no princípio do respeito à autonomia, sendo um documento legal que propõe facilitar a tomada de decisão com relação a assistência à saúde do paciente com base nas suas preferências antes que seja estabelecida uma incapacidade para fazê-lo (Lucena, 2021).

As discussões sobre o assunto parecem ser ainda embrionárias no Brasil. Por ser ignorada por políticos, deixa um vazio na legislação, criando certa insegurança nos profissionais de saúde. As DAV nunca foram especificamente regulamentadas no âmbito jurídico, mas apesar da pouca atenção dada ao tema, há diversas referências ao direito à recusa de tratamento na nossa legislação (Monteiro; Da Silva Júnior, 2019).

Um dilema ético no uso da DAV é que os indivíduos tomam decisões com base em prospecções futuras, que quando realmente vivenciadas, podem suscitar desejos contrários aos expostos anteriormente; em consequência, existe a preocupação com a autenticidade e estabilidade da decisão, visto que na elaboração do documento o paciente se baseia em uma construção imaginária de como seria sua vida em determinada condição nunca experimentada. Essa construção é altamente problemática pela dificuldade de prever fatos futuros, por isso, ao recorrer à utilização de uma DAV, deve-se ter em conta as incertezas subjacentes a esse hipotético porvir (Lucena, 2021).

Embora muitos países já tenham legitimado o uso de algum tipo de DAV, como Estados Unidos, Espanha, Argentina, Uruguai, Portugal, França, Itália, entre outros (Dadalto *et al.*, 2013) o Brasil segue a passos lentos (Lucena, 2021).

Outrossim, analisando o texto constitucional com o viés da dignidade na terminalidade, vemos que restringir ao enfermo o direito de decidir pelo modo que deseja findar sua vida, acaba por submetê-lo a um tratamento cruel e desumano, violando a própria Constituição que prevê em seu art.5º, III, que “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento cruel ou degradante” (Miglioli, 2015 *apud* Silva, 2021). Ainda, convém mencionar que a Carta Magna não prevê o dever à vida, dispondo apenas de sua proteção, conforme caput do mesmo artigo: Todos são iguais

perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (Silva, 2021).

Dadalto *et al.* (2013) corrobora que mesmo sem uma lei específica, os princípios constitucionais da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, III) e da Autonomia (princípio implícito no art. 5º), bem como a Proibição de Tratamento Desumano (art. 5º, III) já servem como arcabouços jurídicos para validar este documento no âmbito do direito brasileiro.

A Resolução no 41/1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), vinculado ao Ministério da Justiça, em texto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, garante ao paciente jovem ou infante o direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis (Hasegawa *et al.*, 2018).

Com o mesmo espírito de assegurar dignidade e liberdade, a Lei 10.741/2003, conhecida como Estatuto do Idoso, afirma em seu artigo 17 que ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável (Monteiro; Da Silva Júnior, 2019).

O Projeto Lei nº 2986 de 2022, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade acerca de cuidados médicos a serem submetidos os pacientes nas situações especificadas, tramita no Senado Federal. Atualmente está aguardando resignação do relator na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania.

Com isso, o Brasil não tem até o momento legislação federal específica sobre DAV, e as leis estaduais (de São Paulo, Paraná e Minas Gerais) que asseguram o direito à recusa de tratamentos de saúde dolorosos ou extraordinários não abrangem diretamente o contexto de impossibilidade de manifestação do paciente no momento da intervenção (Murasse; Ribeiro, 2022).

Na esfera estadual existe, em São Paulo, a Lei 10.241/1999 (Lei Mário Covas), cujo inciso XXIII do artigo 2º assegura aos usuários do serviço de saúde estadual o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida. A garantia desse direito ecoa no Paraná, pelo inciso XXIX do artigo 2º da Lei 14.254/200, e em Minas Gerais, pelo artigo 2º, inciso XXI da Lei 16.279/2006. Apesar de a legislação possibilitar a disposição antecipada de tratamento, nenhum artigo dessas leis garante qualquer direito ao paciente caso ele esteja inconsciente ou impossibilitado de manifestar sua vontade. Igualmente, não orientam a respeito de qualquer documentação que respalde esse direito (Monteiro; Da Silva Júnior, 2019).

Mais recente, a Resolução do CFM nº 1.995 de 2012 constituiu a primeira regulamentação, no país sobre essa matéria em particular e um marco na discussão desse aspecto (Dadalto *et al.*, 2013). Segundo essa resolução, as DAV são entendidas como um conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestos pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que ele ambicione, ou não, receber quando estiver incapacitado de se comunicar e de anunciar, livre e autonomamente, a sua vontade (Bevilaqua *et al.*, 2022).

Há nessa regulamentação o reconhecimento do direito da pessoa manifestar sua vontade sobre tratamentos médicos e designar representante para tal fim, assim como o dever do médico cumprir as vontades declaradas por seu paciente, sobrepondo-as, inclusive, aos desejos familiares; desde que não estejam em desacordo com preceitos éticos (Dadalto *et al.*, 2013).

Entretanto, tal resolução não finda as polêmicas que permeiam esse assunto, pois não tem força de lei, regendo apenas uma determinada classe profissional. Ademais, essa resolução é cercada por vieses que podem ferir o direito dos pacientes em vez de protegê-los, violando sua autonomia e privacidade, abrindo, por exemplo, precedente para o não cumprimento das DAV em caso de desacordo aos pressupostos do código deontológico médico (Dadalto *et al.*, 2013; Lucena, 2021).

O novo Código de Ética da Enfermagem de 2017 incluiu entre os deveres, a necessidade de respeitar às DAV do paciente quando ele estiver incapaz de expor suas preferências (Bevilaqua *et al.*, 2022). Entretanto, embora as DAV ofereçam respaldo aos profissionais que as cumprem, o tema é pouco abordado durante a formação (Cogo *et al.*, 2021).

De acordo com a resolução nº 1.995/2012, o registro da DAV pode ser feito pelo médico na ficha médica ou no prontuário do paciente, desde que autorizado por este. Não são exigidas assinaturas nem testemunhas, haja vista que o médico — por conta de sua profissão — possui fé pública e seus atos têm efeito legal e jurídico. Cumpre ressaltar que a resolução aponta que o médico deixará de levar em consideração as DAV do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica (Lucena, 2021).

No entanto, é fundamental que toda a equipe multiprofissional conheça as DAV, auxiliando em sua elaboração, esclarecendo informações que podem constar no documento de acordo com a especificidade de cada tratamento e, por fim, colocando o dispositivo em prática (Cogo *et al.*, 2021).

No âmbito jurídico, o Conselho Nacional de Justiça formulou, em maio de 2014 o enunciado nº 37, na I Jornada de Direito da Saúde, no qual dispõe que as diretivas ou declarações antecipadas de vontade que especificam os tratamentos médicos que o declarante deseja ou não se submeter quando incapacitado de expressar-se autonomamente, devem ser feitas preferencialmente por escrito, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou público, sem prejuízo de outras formas inequívocas de manifestação admitidas em direito (Medeiros, 2021).

O Código Civil ainda afirma, em seu artigo 15, que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica. Este dispositivo traduz clara expressão da autonomia do paciente frente aos tratamentos a serem administrados. A interpretação destes conceitos pode embasar a defesa da validade das DAV no nosso ordenamento jurídico (Monteiro; Da Silva Júnior, 2019).

Como no Brasil, as DAV ainda não são regulamentadas por lei, as decisões de fim de vida para pacientes sem capacidade de tomada de decisão em saúde são feitas regularmente nas discussões entre o profissional e a família. Nesse cenário, a tomada de decisão em saúde requer uma abordagem e integração complexa de conhecimentos conceituais relevantes às implicações éticas; ao princípio da tomada de decisão substituta e suas considerações legais; e às habilidades de comunicação que envolvem a complexidade dessas discussões (Lucena, 2021).

Mesmo se reconhecendo o potencial das DAV para garantir a autonomia do paciente e uma morte digna, a construção e documentação desses instrumentos pelos pacientes ainda é limitada; seja por desconhecerem esse direito ou não compreenderem o seu significado, seja em função da isenção ou do receio dos profissionais de saúde em relação a temática e sua sustentação jurídico-legal. Profissionais mais jovens e com formação em cuidados paliativos parecem mais propensos a tratarem do assunto com seus pacientes, mesmo que isso não resulte, necessariamente, na feitura de DAV (Bevilaqua *et al.*, 2022).

É necessário destacar que, embora tímidas, duas proposituras de projetos de lei sobre DAV, no Brasil, tramitam no Congresso Nacional. O primeiro, proposto em 03 de abril de 2018, a PL 149/2018, o segundo, proposto em 30 de maio de 2018, a PL 267/2018. Ambos os projetos carecem de reformulações em alguns aspectos que também dão margem para violação de direitos, embora, configurem importante avanço no sentido de oportunizar maiores discussões sobre a autonomia dos pacientes em final de vida no cenário brasileiro (Lucena, 2021).

É interessante observar que o tema das diretivas tem sido bastante discutido no âmbito do direito e do biodireito, o que, no entanto, não tem sido replicado entre profissionais de saúde. É plausível que isto ocorra pelo pouco conhecimento sobre as possibilidades desse instrumento, não só no que diz respeito ao exercício de autonomia do paciente, mas como proteção para profissionais contra possíveis dificuldades envolvendo as relações entre equipe profissional e entre estes e os familiares do paciente em casos de doença terminal (Monteiro; Da Silva Júnior, 2019).

Faz-se necessário a legalização da prática, a fim de desvincular de ações que poderão se tornar ilegais, em virtude do deficiente amparo que a Resolução Brasileira prevê. Indubitavelmente, é um grande avanço e, além da resolução atual, é possível considerar que já existem outras determinações, como a constitucional, a civil, entre outras; no entanto, é preciso deter-se na sua operacionalização, a fim de proteger os profissionais, os familiares e, principalmente, o paciente para que tenha sua vontade atendida quando não for mais capaz de participar ativamente das decisões que envolvem sua vida (Cogo; Lunardi, 2018).

Logo, a adoção e implementação de ferramentas que auxiliem a tomada de decisão em saúde diante dessas circunstâncias torna-se um ato de responsabilidade ética e humanitária. E as DAV surgem como instrumento que visa salvaguardar os desejos e preferências expostos previamente pelo indivíduo em adoecimento, diante de um eventual comprometimento de sua capacidade decisional, preservando sua autonomia e privacidade em detrimento da sua dignidade (Lucena, 2021).

3. 2. 1 Dignidade e autonomia nas Diretivas Antecipada de Vontade

A dignidade e autonomia nas DAV estão inseridas nos campos dos direitos humanos e do direito bioético, porquanto as DAV podem garantir que a dignidade da pessoa irá ser respeitada e a conduta médica será respaldada com o consentimento do paciente mesmo que ele se encontre em um momento de incapacidade.

A limitação consentida de tratamento constitui uma das políticas públicas cruciais para a dignidade da pessoa humana no final da vida. Pacientes terminais, em estado vegetativo persistente ou portadores de doenças incuráveis, dolorosas e debilitantes, devem ter reconhecido o direito de

decidir acerca da extensão e intensidade dos procedimentos que lhe serão aplicados. Têm direito de recusar a obstinação terapêutica (Barroso; Martel, 2010).

O reconhecimento da dignidade da pessoa humana, incluído no ordenamento jurídico brasileiro, foi uma conquista de notória significação. Há de se constatar, no entanto, a insuficiência da legislação do país no que se refere às DAV, que tratam da escolha de ser submetido ou não a um tratamento considerado fútil, visando à preservação da autonomia do paciente (Silva, 2021).

A dignidade da pessoa humana, na sua expressão mais essencial, significa que todo indivíduo é um fim em si mesmo. Não deve, por essa razão, servir de instrumento à satisfação dos interesses de outros indivíduos ou à realização de metas coletivas. A dignidade é fundamento e justificação dos direitos fundamentais, que devem conviver entre si e harmonizar-se com valores compartilhados pela sociedade. Ela pode se apresentar como uma condição interna ao indivíduo – dignidade como autonomia – ou como produto de uma atuação externa a ele – dignidade como heteronomia (Barroso; Martel, 2010). Por isso, entende-se que a maior parte dos direitos fundamentais apresenta um núcleo relacionado à dignidade da pessoa (Cunha, 2014).

Sustenta-se que o âmbito da Bioética seja o campo mais apropriado para discutir os conflitos que regem a tomada de decisão em saúde, incluindo as de final de vida, principalmente quando o indivíduo se encontra impossibilitado de se expressar, pela sua característica interdisciplinar, transversalidade e reconhecimento internacional em tratados e declarações (Lucena, 2021).

A adoção e implementação de ferramentas que auxiliem a tomada de decisão em saúde diante dessas circunstâncias torna-se um ato de responsabilidade ética e humanitária, posto que registros de manifestação de vontade, como as DAV, visam a salvaguardar os desejos e preferências expostos previamente pelo indivíduo em adoecimento, diante de um eventual comprometimento de sua capacidade decisional, preservando sua autonomia e privacidade em detrimento da sua dignidade (Lucena, 2021).

A discussão sobre direitos humanos e cuidados paliativos (DHP) extrapola a esfera do campo da Saúde e alerta a sociedade civil para um debate sobre a qualidade de vida e de morte de pessoas gravemente enfermas. A inviolabilidade, incomparabilidade e inalienabilidade da vida pressupõem o princípio da dignidade humana na valorização e na garantia do direito de “bem viver” e “morrer digno”. Palavras difíceis para falar do que gostaríamos de sentir na hora do sofrimento terminal a que todos estamos sujeitos (Mendes; Vasconcellos, 2020).

Os DHP estão diretamente ligados à Bioética, reconhecida como conhecimento teórico e prático que oportuniza a reflexão de temas éticos pertinentes à medicina, às ciências da vida e às tecnologias aplicadas aos seres humanos. Na dimensão teórica, vale destacar que a Bioética e os DHP compartilham o princípio da dignidade humana, constituída como princípio-matriz do Direito Internacional dos Direitos Humanos, bem como o princípio da autonomia, central na Teoria Princípalista e nos cuidados de saúde dos pacientes (Lucena, 2021).

Ter uma morte digna nada mais é do que morrer sem imposições de outrem. A vida é bem jurídico indisponível, que corresponde aos direitos ligados à personalidade. Assim, a legislação deve garantir o direito de morrer com dignidade, zelando pela vida e a integridade física do paciente (Silva 2021).

Apesar de Bioética e DHP compartilharem valores, princípios e normas, se expressam por meio de distintas linguagens, bem como possuem objetivos diferenciados, a Bioética tem o escopo de refletir e propor recomendações morais, enquanto os DHP, o de estabelecer obrigações juridicamente vinculantes aos atores governamentais com vistas à proteção dos pacientes (Lucena, 2021).

A Bioética recorre aos DHP na medida em que preceitos éticos isoladamente não são suficientes para assegurar condutas que devem ser praticadas por profissionais de saúde em proteção do paciente. Nesse sentido, comitês de ética hospitalar fazem uso dos DHP para analisar eticamente dilemas morais, sendo um importante referencial para os bioeticistas (Lucena, 2021).

No campo do direito individual é possível afirmar que existem lacunas em relação aos direitos em saúde, que podem ser preenchidas com a aplicação dos Direitos Humanos na abordagem do cuidado ao paciente (Lucena, 2021).

No campo da autonomia individual, há que mencionar uma sutil, porém importante diferença entre autonomia e princípio do respeito à autonomia. A primeira sendo a capacidade de o indivíduo agir com independência e liberdade, atuando na busca de seus objetivos pessoais, em conformidade com seus valores e crenças, podendo não ser algo absoluto, dependendo do caso concreto, do estado físico e psíquico do sujeito, inclusive de questões socioeconômicas. Além disso, no caso de indivíduo em adoecimento, sua a autonomia pode estar comprometida em decorrência da vulnerabilidade própria imposta pelo fato de estar doente, conferindo ao sujeito uma vulnerabilidade acrescida (Lucena, 2021).

Portanto, o direito do paciente de não se submeter ao tratamento ou de interrompê-lo é consequência da garantia constitucional de sua liberdade, de sua liberdade de consciência, de sua autonomia jurídica, da inviolabilidade de sua vida privada e intimidade e, além disso, da dignidade da pessoa (Medeiros, 2021).

O respeito à autonomia, por sua vez, é irrestrito, alcança a todos, é amplo, não carece de qualquer condição para se efetivar. Inclusive, por meio do respeito à autonomia é que se pode garantir a autonomia (Lucena, 2021).

O direito à autonomia da vontade tem como consequência a obrigação dos demais de respeitá-lo, acatando a decisão escolhida pelo titular do direito acerca do seu plano de vida e de morte, independente da maneira escolhida. Esse respeito à autodeterminação tem como fundamento o princípio da dignidade da pessoa humana. Logo, em um cenário de possível legalização das formas de pôr termo à vida, deve ser posto como ideal o pensamento de que o indivíduo deve permanecer pessoa até o momento de sua morte (Silva, 2021).

Ainda, a autonomia individual é uma ideia que geralmente é entendida para se referir à capacidade de ser a própria pessoa, de viver a própria vida de acordo com razões e motivos que são tomados como próprios e não produto de forças externas manipuladoras ou distorcidas, para ser dessa forma independente (Lucena, 2021).

A Declaração de Lisboa sobre os Direitos do Paciente, adotada pela 34ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, de 1981, determinou que o paciente tem o direito de autodeterminação para tomar livremente as decisões que lhe concernem. O médico informará ao paciente acerca das consequências de suas decisões (Lucena, 2021). No contexto brasileiro, a Lei nº 10.241 de 1999 prevê a escolha do paciente em optar por receber determinado tratamento terapêutico ou não (Silva, 2021).

E destaca-se as DAV como ferramenta que auxilia a tomada de decisão em saúde, sobretudo, embora não exclusivamente, em final de vida, visto que esse documento surgiu da necessidade de humanizar o cuidado em fim de vida e dirimir conflitos éticos relacionados a essa temática (Lucena, 2021).

Ainda, a bioética é um ramo do conhecimento recentemente sedimentado, surgido essencialmente da necessidade, cada vez mais presente, de os profissionais da saúde, pacientes, familiares e a comunidade em geral tomarem posição diante de dilemas e de conflitos morais ensejados pela evolução tecno-científica. Para enfrentá-los, impõe-se que sejam trabalhadas e

aprimoradas – e também compreendidas – as habilidades de julgamento moral dos integrantes dos sistemas de saúde, dos seus usuários e do público (Barroso; Martel, 2010). E as DAV incentivam um diálogo franco entre o paciente e seus familiares, e, preferencialmente, não devem ser escritas somente quando a pessoa se encontra em fase final de vida.

Em linhas gerais, do ponto de vista bioético, utilizar-se do referencial dos DHP para balizar a formulação de uma DAV como ferramenta em defesa do respeito à autonomia e à privacidade do paciente, significa colocar o paciente como protagonista da sua vida, mesmo diante de um eventual comprometimento de sua capacidade decisional, alicerçando-se no princípio do cuidado centrado no paciente cuja proposta envolve maior interação entre paciente e profissional de saúde com vistas à diminuição da assimetria de poder nessa relação, a fim de estabelecer uma assistência de saúde de melhor qualidade, segura e satisfatória com foco nas predileções do paciente (Lucena, 2021).

A autodeterminação é aspecto essencial da dignidade e liberdade do ser humano. Para garanti-la, é preciso superar possíveis problemas de interpretação e conflitos entre médico e familiares, com vistas a respeitar as escolhas do sujeito fragilizado pela enfermidade que o assola. Os problemas em torno da autonomia da vontade trazem diversos desafios à bioética contemporânea (Silva, 2021).

Para as DAV alcançarem seu objetivo, necessitam, essencialmente, traduzir com clareza as vontades e preferências do seu autor, que precisa estar bem orientado e ter acesso a informações como o curso previsível de sua enfermidade, possibilidades de sobrevida, sequelas, entre outras, para que seja possível avaliar adequadamente as situações antes de concretizar a elaboração do documento sendo primordial, para isso, haver comunicação empática entre o autor e as partes que compõem a rede de apoio (Lucena, 2021).

Ressalta-se que conhecimentos em bioética e em cuidados paliativos, como parte da formação dos profissionais de saúde desde a graduação, também poderão oferecer subsídios teóricos para dirimir conflitos de interesses e valores, trazendo, assim, amparo na prática assistencial à saúde e, conseqüentemente, na aplicação das DAV dos pacientes (Fusculim *et al.*, 2022).

Pois, quando se aplica uma abordagem de DHP no processo de tomada de decisão em final de vida, tanto o paciente e sua família, como a equipe de saúde passa a se beneficiar. Para tanto, é necessário que se promova a identidade própria de cada paciente, incrementando sua autonomia e propiciando o reajuste de suas expectativas diante do processo saúde-doença, fazendo-o

compreender melhor seu quadro de saúde e os limites que a doença o impõe, primando a qualidade de vida e a dignidade humana diante do morrer (Lucena, 2021).

Apesar do interesse crescente, de modo geral parece haver, independentemente de legislação, dificuldade na adesão às DAV, o que indica a necessidade de maior divulgação para o público e profissionais de saúde. É razoável pensar que talvez a dificuldade de abordar o tema das DAV esteja diretamente ligada à dificuldade de discutir e lidar com pacientes que se aproximam da terminalidade. Assim, debater a possibilidade de elaborar este documento poderia ser forma de facilitar o diálogo, permitindo que angústias, incertezas e medos sejam revelados e esclarecidos, melhorando a relação dos envolvidos e potencializando sua qualidade de vida e dignidade da pessoa (Monteiro; Da Silva Júnior, 2019).

3.2.2 Os direitos da personalidade e as diretivas antecipadas de vontade

Outro ponto importante que surge quando iniciamos uma discussão que envolve os recentes avanços tecnológicos é a sua intersecção com os direitos da personalidade. O Código Civil dedica seu segundo capítulo à esses direitos, trazendo em seus artigos de 11 a 21 garantias e balizas sobre o tema. Ocorre que, por muitas vezes, diante das novas realidades que o mundo nos apresenta o esclarecido pelo Código Civil se torna insuficiente.

De acordo com Bittar (2015), podemos conceituar os direitos da personalidade como aqueles:

Reconhecidos à pessoa humana tomada em si mesma e em suas projeções na sociedade, previstos no ordenamento jurídico exatamente para a defesa de valores inatos no homem, como a vida, a higidez física, a intimidade, o segredo, o respeito, a honra, a intelectualidade e outros tantos (Bittar, 2015).

Para Diniz (2012), os direitos da personalidade são ilimitados, pois são não conseguimos numerar todos eles, não se resumindo somente aos que foram arrolados normativamente e não podemos prever quais direitos da personalidade serão, diante das conquistas biotecnológicas e do processo econômico-social, tipificados em norma.

Dentre as várias características dos direitos da personalidade, o Código Civil trouxe em seu artigo 11 apenas duas, a irrenunciabilidade e intransmissibilidade. Entretanto, como bem sabemos que nenhum direito é absoluto, mesmo positivadas essas características podem ser relativizadas em situações que exijam equilíbrio.

É o que se vê no enunciado nº 139 do Conselho de Justiça Federal, aprovado na III Jornada de Direito Civil do ano de 2004: “os direitos da personalidade podem sofrer limitações, ainda que não previstas em lei, não podendo ser exercidos com abuso de direito se seu titular, contrariando a boa-fé objetiva e aos bons costumes”.

A intersecção dos direitos da personalidade e as DAV se apresenta quando interpretamos a manifestação de recusa a algum tratamento médico como sendo uma renúncia ao direito a vida.

Assevera Diniz (2023), que por ser a saúde um bem fundamental e um direito da personalidade, os seus cuidados não devem ser simples variáveis de mercado e os cuidados médicos devem ser de acesso universal.

O contraponto que surge diante do crescimento dos cuidados com a saúde, como apontam De Sá e Moureira (2023), é que os avanços biotecnológicos e farmacológicos tornam o morrer mais distante e difícil e, por isso, a autonomia para morrer tem sido mais discutida e questionada.

Nesse sentido, encontramos um conflito entre dois direitos da personalidade, são eles o direito a dignidade e o direito a vida. Sem autonomia para escolher a quais terapias deseja ser submetido, o morrer com dignidade pode estar comprometido ante aos inúmeros recursos e tratamentos hoje existentes capazes de prologar a vida.

Posto esse conflito, trazemos os questionamentos feitos por Diniz (2023):

Como poderá superar colisão entre dois direitos da personalidade para manter a coerência do sistema, corrigindo a antinomia real, visto que temos normas contraditórias emanadas de autoridades competentes no mesmo âmbito normativo, igualmente fortes e igualmente válidas, que colocam o aplicador numa posição insustentável por não haver critério normativo solucionador, visto que o hierárquico, o cronológico e o da especialidade não poderão resolver? (Diniz (2023).

Após os questionamentos, Diniz (2023) nos ensina que devemos fazer uso de uma interpretação corretivo-equitativa ou editar uma norma. Esclarece que com a solução do conflito

um direito da personalidade cederá ante o outro, contudo o direito que ceder não será declarado inválido ou será menosprezado. Em certas circunstâncias, utilizando os princípios da proporcionalidade, da razoabilidade, da legalidade, da publicidade e da eficiência, promovendo a dignidade humana, um direito deve preceder o outro.

É claro que esse conflito somente se dará se encararmos as DAV como uma renúncia ao direito a vida. Podemos dizer que negar submeter-se a terapêuticas seria renúncia à vida, mesmo já estando acometido por enfermidade capaz de ceifá-la?

3.2.3 O entendimento jurisprudencial sobre as diretivas antecipadas de vontade

Depreende-se das pesquisas por jurisprudências que abarquem as DAV que a temática ainda é pouco discutida nos tribunais. Fato que reafirma a necessidade de tornar os debates sobre o tema mais populares.

De modo geral, as decisões a respeito das DAV e cuidados paliativos têm, em sua maioria, dado razão a autonomia da vontade do paciente. É o que se percebe no julgado abaixo, onde a Primeira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul traz o disposto na Resolução nº 1.995/2012 do CFM para asseverar que, na hipótese em que o paciente se encontre lúcido e orientado, deve ser respeitada a sua decisão, garantindo que possa alterar seu posicionamento a qualquer tempo. Vejamos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO. DIREITO À SAÚDE. AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NEGATIVA DO PACIENTE. NECESSIDADE DE SER RESPEITADA A VONTADE DO PACIENTE. 1. O direito à vida previsto no artigo 5º da Constituição Federal não é absoluto, razão por que ninguém pode ser obrigado a se submeter a tratamento médico ou intervenção cirúrgica contra a sua vontade, não cabendo ao Poder Judiciário intervir contra esta decisão, mesmo para assegurar direito garantido constitucionalmente. 2. Ademais, considerando que "não se justifica prolongar um sofrimento desnecessário, em detrimento à qualidade de vida do ser humano", o Conselho Federal de Medicina (CFM), publicou a Resolução nº 1.995/2012, ao efeito de dispor sobre as diretivas antecipadas de vontade do paciente, devendo sempre ser considerada a sua autonomia no contexto da relação médico-paciente. 3. Hipótese em que o paciente está lúcido, orientado e consciente, e mesmo após lhe ser explicado os riscos da não realização do procedimento cirúrgico, este se

nega a realizar o procedimento, tendo a madrasta do paciente, a seu pedido, assinado termo de recusa de realização do procedimento em questão, embora sua esposa concorde com a indicação médica. 4. Por essas razões, deve ser respeitada a vontade consciente do paciente, assegurando-lhe o direito de modificar o seu posicionamento a qualquer tempo, sendo totalmente responsável pelas consequências que esta decisão pode lhe causar. NEGADO SEGUIMENTO AO RECURSO. (Agravo de Instrumento Nº 70065995078, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sergio Luiz Grassi Beck, Julgado em 03/09/2015).

Também é nesse sentido que já havia julgado em 2013 que o Estado não pode interferir na decisão tomada pelo paciente em relação ao seu corpo e sua saúde. Neste caso, especificamente, percebe-se que a cirurgia teria potencial de livrar a vida do paciente, mas, mesmo diante dessa circunstância, a autonomia do paciente deve prevalecer.

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, conforme laudo psiquiátrico, se encontra em pleno gozo das faculdades mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar a sua vida. 2. O caso se insere no denominado biodireito, na dimensão da ortotanásia, que vem a ser a morte em 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 infraconstitucional, 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, que figura na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina. 5. Apelação desprovida. (Apelação Cível nº70054988266, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Irineu Mariani. Julgado em 20/11/2013) (*grifo nosso*)

O julgado pela 7ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, tratou notadamente sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade. Nele ficou declarado que a possibilidade

de as DAV realizadas com registro em cartório produzirem efeitos sem necessitar da chancela judicial:

JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA. DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE. ORTOTANÁSIA. Pretensão de estabelecer limites à atuação médica no caso de situação futura grave e irreversível enfermidade, visando o emprego de mecanismos artificiais que prolonguem o sofrimento da paciente. Sentença de extinção do processo por falta de interesse de agir. **Manifestação de vontade na elaboração de testamento vital gera efeitos independente da chancela judicial.** Jurisdição voluntária com função integrativa da vontade do interessado cabível apenas aos casos previstos em lei. Manifestação que pode ser feita por meio de cartório extrajudicial. Desnecessidade de movimentar o Judiciário apenas para atestar a sua sanidade no momento da declaração de vontade. Cartório Extrajudicial pode atestar a livre e consciente manifestação de vontade e, caso queira cautela adicional, a autora poderá se valer de testemunhas e atestados médicos. Declaração do direito à ortotanásia. Autora que não sofre de qualquer doença. Pleito declaratório não pode ser utilizado em caráter genérico e abstrato. Falta de interesse de agir verificada. Precedentes e extinção mantida. Recurso não provido.

(TJ-SP - AC: 100938-1320168260100 SP, Relator: Mary Grün, Data de Julgamento: 10/04/2019, 7ª Câmara de Direito Privado) (*grifo nosso*)

Assim, observa-se que, apesar de ainda não possuir legislação específica que as regularmente, as DAV são consideradas legítimas e capazes de produzir efeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho de conclusão de curso buscou-se analisar as Divertivas Antecipadas de Vontade para os cuidados paliativos de pacientes terminais, sob a ótica do ordenamento jurídico. Para alcançar esse objetivo se fez necessário, primeiramente, contextualizar os direitos fundamentais da pessoa para uma morte digna. Após descreveu-se a trajetória dos cuidados paliativos para pacientes terminais e, por fim, analisou-se o atual contexto jurídico brasileiro em que as DAV se encontram.

Discutir vida e morte revelou-se ser uma questão de alta complexidade, mais ainda quando voltamos nossos olhares para a dignidade, e a efetivação, de cada uma delas. Muito se discute sobre ter uma vida digna, contudo pouco se pensa sobre a morte digna.

É compreensível que as discussões sobre a morte digna sejam menos frequentes do que as da vida digna, pois a morte envolve questões particulares a cada indivíduo, como sua espiritualidade, suas questões morais e éticas. Além disso, envolvem a dor de ver um ente querido partir e o medo da sua própria partida.

Entretanto, os debates sobre a morte digna necessitam ganhar mais relevância. Isso pois, atualmente, nos vemos em um cenário em que estamos sendo condicionados a viver por mais tempo em decorrência dos avanços biotecnológicos.

Esses avanços tem contribuído para o prolongamento da vida, o que em primeiro momento pode ser visto somente como um ponto positivo, mas também devemos nos atentar as consequências de viver por mais tempo.

Sem negar a importância, bem como os benefícios, que os avanços biotecnológicos, capazes de nos fazer conviver por mais tempo com doenças que antes ceifavam a vida do homem em pouco tempo, nos trouxe, é imprescindível que a qualidade de vida do paciente seja observada para que a sua dignidade não seja ferida.

Nesse sentido, os cuidados paliativos vêm tomando o seu devido espaço na academia e na sociedade. Esses cuidados não significam o abandono voluntário da vida, pois hoje existem parâmetros muito bem definidos para a elegibilidade do paciente a ser submetido aos cuidados

paliativos. Como vimos, o paciente para ser submetido aos cuidados paliativos precisa ser diagnosticado com doença avançada, incurável, progressiva, ou apresente falta de possibilidade razoável de resposta ao tratamento específico.

Assim, os conclui-se que os cuidados paliativos desempenham papel crucial para aliviar os sintomas, de modo que o paciente não sofra com dor ou seja submetido a tratamentos desgastantes e inúteis à cura tornando o seu processo de morte indigno.

Identificou-se que hordiernamente, conforme resoluções pátrias, o paciente tem direito de recusar-se ao tratamento médico proposto. Ocorre que essa manifestação de recusa resta preujicada quando o paciente se encontra em estado de incapacidade. É nesse contexto que as DAV se apresentam como um instrumento capaz de auxiliar os profissionais da saúde e os familiares.

Observou-se durante as pesquisas que a temática das DAV ainda é pouco explorada nos debates científicos e jurídicos. Pode-se atribuir essa ecassez à complexidade existente nessa decisão. O paciente que queira se valer das DAV deve, num momento onde se encontre lúcido e orientado, se imaginar, caso ainda não acometido por doença, em uma grave situação de saúde para elencar quais tratamentos e terapias gostaria ou não de ser submetido.

Contudo, analisando as DAV sob a ótica do ordenamento jurídico, conclui-se que elas se apresentam como um instrumento garantidor do direito a morte digna, porquanto asseguram o respeito pelo curso natural da vida e do seu fim.

As DAV contribuem para que a escolha individual de amenizar o sofrimento e afastar intervenções e tratamentos, que apenas prolongam a vida sem proporcionar a cura, seja respeitada.

Além disso, evidenciou-se a carência de legislação espedífica que respalde pacientes e profissionais de saúde para utilizar as Diretivas Antecipadas de Vontade como documento legal válido.

REFERÊNCIAS

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado**. 2. ed. 2012. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> . Acesso em: 28 out. 2023.

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. São Paulo, 1. ed. 2020. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf . Acesso em: 28 out. 2023.

ARAÚJO, W. S.; **Ortotanásia e cuidados paliativos: breve análise jurídica**. 2017. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Federal da Paraíba. Santa Rita, PA, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/11376/1/WSA27112017.pdf> . Acesso em: 28 out. 2023.

BARROSO, L. R. Aqui, lá e em todo lugar: a dignidade humana no direito contemporâneo e no discurso transnacional. **Revista do Ministério Público**. Rio de Janeiro: MPRJ, n 50, out./ dez, 2013. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/2592408/Luis_Roberto_Barroso.pdf . Acesso em: 28 out. 2023.

BARROSO, L. R.; MARTEL, L. C. V. A Morte como ela é: Dignidade e Autonomia Individual no Final da Vida. **Revista da EMERJ**. Rio de Janeiro, v. 13, n 50, 2010. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista50/Revista50_19.pdf. Acesso em: 26 out. 2023.

BEVILAQUA, T. F.; COGO, S. B.; VENTURINI, L.; SEHNEM, G. D.; SARI, V.; CARDOSO, AL.; RODRIGUES, P. V. G.; PILGER, C. H. Diretriz antecipada: análise das tendências das produções científicas brasileiras na área da saúde. **Pesquisa, Sociedade e desenvolvimento**. [S. l.] , v. 6, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28663/24994> . Acesso em: 27 out. 2023.

BITTAR, C. A. **Os direitos da personalidade**. São Paulo: Saraiva. 8. Ed. 2015.

BOMTEMPO, T. V. A ortotanásia e o direito de morrer com dignidade: uma análise constitucional. **Revista Ambito Jurídico**: v. 9, p. 169-182, 2011. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/a-ortotanasia-e-o-direito-de-morrer-com-dignidade-uma-analise-constitucional/> . Acesso em: 08 nov. 2023.

BOTTEGA, C., CAMPOS, L. S. F. Considerações sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia e a Bioética. **Revista Jurídica da Universidade de Cuiabá**: v. 13, n. 2. Jul/dez. p.39, 2011. Disponível em: <http://www.clarissabottega.com/artigos>. Acesso em: 08 nov. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008.** Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf . Acesso em: 27 out. 2023.

BRENNAN, F.; GWYTHYER, L.; HARDING, R. Palliative Care as a Human Rights. New York: **Open Society Foundations**, 2008. Disponível em: https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/eb4fa0f4-efd7-4732-b78c-2057841a6393/pchumanright_20080101.pdf . Acesso em: 28 out. 2023.

CANO, C. W. A., SILVA, A. L. C., BARBOZA, A. F., BAZZO, B. F., MARTINS, C. P., IANDOLI JÚNIOR, D., BENITES, L. S. B., TERCEROS, L. B., NANTES, R. S. G. Finitude da vida: compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanásia. **Revista Bioética**: v. 28, n. 2, p. 376–383, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QBMbKWk6rxKYLXbYb4DwWvh/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 08 nov. 2023.

CHAVES, J. H. B.; NETO, L. M. A.; TAVARES, V. M. C.; TULLER, L. P. S.; SANTOS, C. T.; COELHO, J. A. P. M. Cuidados paliativos: conhecimento de pacientes oncológicos e seus cuidadores. **Rev. Bioét.** Brasília, v.29, n 3, jul/set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/SKcFbJwd9SXPV93cRFdbwhb/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 28 out. 2023.

COGO, S. B., LUNARDI, V. L. Diretivas antecipadas: uma análise documental no contexto mundial. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/YjQGHP3Xm79JVk7Z8YrVDXc/abstract/?lang=pt#> . Acesso em: 28 out. 2023.

COGO, S. B., NIETSCHE, E. A., BADKE, M. R., SEHNEM, G. D., SALBEGO, C., RAMOS, T. K., ANTUNES, A. P., ILHA, A. G., MALHEIROS, L. C. S. Diretivas antecipadas de vontade na assistência hospitalar: perspectiva de enfermeiros. **Revista Bioética**, v. 29, n. 1, p.139–147. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QGks5Q6C8Q6kTMdNp3tJxTw/#> . Acesso em: 28 out. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CRM. **Resolução nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.** Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf . Acesso em: 27 out. 2023.

CUNHA, I. D. **Em busca da morte digna: postergar a morte ou deixar morrer? Eis a questão.** 140 f. Dissertação (Curso de Pós Graduação Stricto Sensu em Direito) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://portal.estacio.br/media/5978/izimar-dalboni-cunha.pdf> . Acesso em: 27 out. 2023.

DADALTO, L. **Testamento vital.** São Paulo: Atlas; 2015.

DADALTO, L.; TUPINAMBÁS, U.; GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Rev Bioética**. v.2, n 13, p. 463–76. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/SzZm7jf3WDTczJXfVFpF7GL/?lang=pt#> . Acesso em: 28 out. 2023.

DE MELO, V. R. Diretivas antecipadas de vontade: construção de bases dogmáticas e jurídicas. **Revista de Direito**, [S. l.], v. 10, n. 01, p. 251, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/revistadir/article/view/1955>. Acesso em: 28 out. 2023.

DE SÁ, M. F. F.; MOREIRA, D. L. Autonomia e morte digna. IN: **Biodireito e direito da personalidade: questões polêmicas**. Londrina, PR: Thorth, 2023.

DINIZ, M. H. **Curso de direito civil brasileiro, volume 1: teoria geral do direito civil**. São Paulo: Saraiva, 2012.

DINIZ, M. H. Solução de questões sobre biodireito e direito da personalidade: as três faces da judicialização. IN: **Biodireito e direito da personalidade: questões polêmicas**. Londrina, PR: Thorth, 2023.

DINIZ, M. H. **Direito à integridade físico-psíquica da pessoa humana: novos desafios**. São Paulo : ExpressaJur, 1. ed., 2023.

FUSCULIM, A. R. B., GUIRRO, Ú. B. P., SOUZA, W., CORRADI-PERINI, C. Diretivas antecipadas de vontade: amparo bioético às questões éticas em saúde. **Revista Bioética**, v. 30, n. 3, p. 589–597, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/3xFcKXfYb4WsbzCVJ9X7jSK/abstract/?lang=pt#> . Acesso em: 28 out. 2023.

GOUVÊA, G. G.; DEVAL. R. A.; O direito de morrer e a dignidade da pessoa humana. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XXII, n 75, p. 51-58, mai/ago. 2018. Disponível em: <https://revistacej.cjf.jus.br/cej/index.php/revcej/article/view/2209/2262> . Acesso em: 26 out. 2023.

GIL, A. A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. [s.l.] Éditeur: São Paulo: Atlas, 2010.

HASSEGAWA, L. C. U.; RUBIRA. M. C.; VIEIRA. S. M.; RUBIRA, A. P. A; KATSURAGAWA, T. H.; GALLO, J.H. Approaches and reflexions on advance healthcare directives in Brazil. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v. 72, n. 1, p. 266-75, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/n6QdkdGGZK6ccpmjYR9B4gs/?lang=pt#> . Acesso em: 28 out. 2023.

HUGHES, B.; O'BRIEN, M. R.; FLYNN, A.; CAVALEIRO, K. O engajamento dos jovens em seu próprio processo de planejamento antecipado do cuidado: uma síntese narrativa sistemática. **Palliat Med**. v. 32, n.7, p. 1147-1166, jul. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29720032/> . Acesso em: 28 out. 2023.

KANT, I. **Metafísica dos costumes**. 5ª Reimpressão. Petrópolis: Vozes, 2020.

- KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Trad. Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2007.
- KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução com introdução e notas de Guido Antônio de Almeida. São Paulo: Barcarolla, 2009.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo, SP: Atlas, 2003.
- LIMA, M. A.; CASTILLO, C. M. Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao “bem morrer”. **Rev. Bioét.** Brasília, v.29, n 2, abr./jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/mGV647XycTDSqfnRmC5KtTy/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 26 out. 2023.
- LUCENA, M. A.; **Diretivas antecipadas de vontade em fase final de vida: reflexão à luz dos direitos humanos dos pacientes em cuidados paliativos**. 2021. 144 f. Dissertação (Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Bioética) - Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/42227> . Acesso em: 27 out. 2023.
- MACIEL, Maria Goretti Sales. Ética e Cuidados Paliativos na Abordagem de Doenças Terminais. **A Terceira Idade**. São Paulo. 2007, v. 18, nº 38, p. 37-48.
- MATTOS, D. Princípios da fundamentação dos direitos humanos em Kant. **Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro**. n. 75, jan/mar, 2020. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1606779/Delmo_Mattos.pdf . Acesso em: 06 nov. 2023.
- MEDEIROS, M. V. S. **A morte digna e os cuidados paliativos como expressões da dignidade da pessoa humana e dos direitos fundamentais**. 2021. 56f. Monografia (Graduação em Direito) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/51667> . Acesso em: 28 out. 2023.
- MONTEIRO, R. S. F.; DA SILVA JUNIOR, A. G. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. **Rev. bioét.** Brasília. v. 27, n. 1, p. 86-97, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/j9xLqRQmYnpQWPPn87QfZHH/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 28 out. 2023.
- MONTEIRO, M. A. S. Kant e a fundamentação dos direitos humanos no próprio homem. **Interfaces Científicas**. Aracaju. v.9, n. 2. Fluxo Contínuo. 2023. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/direito/article/view/11055/5251> . Acesso em: 06 nov. 2023.
- MURASSE, L.S.; RIBEIRO, U. R. V. C. O. Diretivas antecipadas de vontade: conhecimento e utilização por médicos residentes. **Rev Bioét.** v. 30, n. 3, p. 598-609, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/C9jx7cr3brGhqxtJbFkXGSz/abstract/?lang=pt#> . Acesso em: 28 out. 2023.
- MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. **Cuidados paliativos : uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania**. Curitiba : Appris, 2020.

NARDELLO, P. B. **O acesso à justiça para grupos vulneráveis submetidos a cuidados paliativos: perspectivas a partir da experiência do projeto direito cuidativo.** Orientadora: Prof (a). Dra. Karinne Emmanoela Goettems dos Santos. 2020. 166 f. Dissertação (Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito) - Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://guaiaca.ufpel.edu.br/handle/prefix/7710> . Acesso em: 27 out. 2023.

OLIVEIRA, L. R. **Eutanásia: morte digna ou auxílio ao suicídio.** Artigo de revisão, Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE, Faculdade de direito, ciências administrativas e econômicas- FADE, Curso de direito, Governador Valadares, Setembro, 2009.

PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Revista BioÉtica:** v.4, n. 1, 2009. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Distan%C3%A1sia%3A-At%C3%A9-quando-investir-sem-agredir-Pessini/48463286e54c416635cfd7754e2fd48a77b5321d> . Acesso em: 08 nov. 2023.

ROCHA, R. Eutanásia, Suicídio Assistido, Distanásia, Ortotanásia e Testamento Vital: Aspectos Éticos e Jurídicos Acerca da Morte Digna , **Revista eletrônica de ciências jurídicas e sociais da universidade cruzeiro do sul:** São Paulo, v. 1, n. 3, jan./jun. 2014. Disponível em: https://revistapos.cruzeirodosul.edu.br/index.php/jus_humanum/article/view/891 . Acesso em: 08 nov. 2023.

SABINO, G. M. **Cuidados paliativos e o sistema único de saúde: limites jurídicos e bioéticos.** 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, 2018. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/6224/1/GISELE%20MARTINS%20SABINO.pdf> . Acesso em: 28 out. 2023.

SARLET, I. W. **Dignidade da Pessoa humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988** Constituição Federal de 1988. 2001

SARLET, I. W. Dignidade (da pessoa) humana, mínimo existencial e justiça constitucional: algumas aproximações e alguns desafios. **Revista do CEJUR/TJSC:** Prestação Jurisdicional, Florianópolis, SC, v. 1, n. 1, p. 29–44, 2013. Disponível em: <https://revistadocejur.tjsc.jus.br/cejur/article/view/24> . Acesso em: 08 nov. 2023.

SARLET, I. W. Dignidade da pessoa humana na Jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. **Revista da Faculdade de Direito:** Fortaleza, v. 41, n. 2, p. 15-46, jul./dez. 2020. Disponível em: <http://www.revistadireito.ufc.br/index.php/revdir/article/view/1274/504> . Acesso em: 08 nov. 2023.

SANTOS, L. N.; RIGO, R.; ALMEIDA, J. S. Manejo em Cuidados Paliativos. **Research, Society and Development.** v. 12, nº 2, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/6292/1/40028-Article-429607-1-10-20230126.pdf>. Acesso em: 28 out. 2023.

SILVA, V. L.; **A terminalidade da vida e a morte digna como direito fundamental no contexto brasileiro.** 2021. 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2021. Disponível em:

<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/33165/1/TerminalidadeVidaMorte.pdf> . Acesso em: 26 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The solid facts - Palliative Care**. Genebra, 2004. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> . Acesso em: 28 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course**. Genebra, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf . Acesso em: 28 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide**. Genebra, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/274565?&locale-attribute=ru> . Acesso em: 26 out. 2023.