

LIMITES JURÍDICOS ÀS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Renan Brito Pontes¹

RESUMO

Este trabalho busca esclarecer, a despeito da não existência de lei que verse sobre as diretivas antecipadas de vontade, os limites para as disposições ali contidas, bem como à forma como as mesmas devem ser feitas. Nesta conjectura, conceitua-se tanto as diretivas como outros conceitos importantes para o balizamento do presente estudo, que é o caso da eutanásia, distanásia e ortotanásia. Neste intuito, buscou-se compreender como os princípios constitucionais e bioéticos influenciam e servem de base para chegarmos aos limites que o ordenamento jurídico impõe às diretivas. Utilizou o método lógico dedutivo que, em conjunto com a bibliografia pertinente, ajudou a concluir que, embora sem forma legalmente definida, as diretivas podem ser dispostas pela forma oral, escrita ou no prontuário médico, assim como, quem as dispõe precisa de comprovada capacidade de discernimento, bem como não poderão ter disposições que atentem contra o ordenamento jurídico pátrio ou vão de encontro a preceitos éticos da classe médica.

Palavras Chave: Diretivas Antecipadas de Vontade. Biodireito. Bioética. Morte Digna. Testamento Vital.

ABSTRACT

This paper aims to clarify, despite there is no law dealing about anticipated directives will, the limits for the provisions contained therein, as well as how they should be made. With this intention, conceptualize directives as well as other important concepts for delineating the presenting study, such as euthanasia, dysthanasia and orthothanasia. To this end, this work attempted to understand how the constitutional and bioethics principles influence and guide to reach the limits that the legal system imposes to the directives. Used deductive logical method, together with relevant literature, to conclude that, despite there is not a legally defined way, the directives can be disposed by oral, written form or in the medical records, as well as who disposes needs proved judgment capability, as well as may not have provisions that violate the country law or go against the ethical principles of the medical profession.

Keywords: Anticipated Directives Will. Biolaw. Bioethics. Dignified Death. Living Will.

¹ Acadêmico do curso de Direito do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN (renanbpontes@gmail.com)

1 INTRODUÇÃO

Da maneira como aprendemos desde os primeiros anos na escola, em síntese, o ciclo da vida, da qual não se exclui a humana, é iniciada com o nascimento com vida, seguida pelo crescimento, a reprodução e, por fim, a morte. Esta última é a única certeza que temos, e contra ela, a ciência vem se esforçando. Entretanto, apesar dos diversos avanços científicos e biotecnológicos já alcançados, o máximo que se conseguiu foi postergar a hora da morte, muitas vezes através de recursos artificiais que prolongam, conjuntamente, a dor e o sofrimento físico e psicológico sofridos por aqueles pacientes que se encontram em um estágio terminal.

O direito reconhece ao paciente a autonomia para escolher, de maneira consciente e informada, os melhores rumos para si no tocante às terapias e aos tratamentos médicos que quer, ou não, se submeter, em face de uma enfermidade, mesmo que já se encontre em um estágio terminal, e que tenha perdido a consciência e a capacidade de tomar e manifestar suas decisões.

As diretivas antecipadas de vontade surgem, então, como uma forma de deixar registrado, de maneira prévia, as vontades do paciente em relação aos tratamentos médicos e procedimentos terapêuticos que quer, ou não, se submeter no caso de perder sua consciência e, conseqüentemente, a capacidade de externar seus desejos.

Ela enfrenta uma situação já muito presente na vida de médicos e profissionais da saúde que lidam com pacientes terminais, que é decidir quando prolongar artificialmente a vida desses indivíduos, mesmo quando a morte já é algo irreversível, e a manutenção dessa vida só servirá para postergar o resultado morte.

Contudo, mister se faz esclarecer que, apesar de ser um direito do paciente, ele não é absoluto, dessa forma, as diretivas antecipadas de vontade, como é de se esperar, encontram limites para a sua validação, sejam eles materiais ou formais, isto é, sejam de validade na forma como as disposições são tratadas, sejam no conteúdo das mesmas.

Sobre este paradigma que o presente trabalho visa se consubstanciar, pretende-se estabelecer quais os parâmetros que as diretivas antecipadas de vontade devem seguir para que possam ser consideradas válidas em sua totalidade, bem como determinar quais os preceitos jurídicos que limitam sua abrangência. Nesse intento, imperioso se faz tratar sobre alguns conceitos relacionados à morte, quais sejam a eutanásia, distanásia e ortotanásia, a fim de que sejam esclarecidos, possibilitando sua análise conjunta com os princípios bioéticos

básicos que, por sua vez, fundamentarão alguns dos óbices às disposições do paciente declarante.

Para tanto, este estudo encontra-se delimitado à seguinte análise: inicialmente, trata-se da parte conceitual das diretivas antecipadas de vontade, bem como, um breve histórico de seu surgimento, fundamento e intenção. Logo após, discorre-se acerca da eutanásia, distanásia e ortotanásia e como elas se relacionam com as diretivas antecipadas de vontade. Por último, passa-se ao cerne do presente estudo, ou seja, estabelecer os limites à validade e ao alcance das diretivas antecipadas de vontade.

A pesquisa realiza-se através do método lógico-dedutivo, o que permitirá, com base na bibliografia trazida, resolver a temática proposta através da literatura jurídica e outros estudos conexos ao tema, pautando-se, também, nos dispositivos e preceitos englobados na nossa Constituição Federal. Por fim, expõem-se as considerações finais.

2 AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Nossa sociedade vive um momento histórico de constantes avanços médicos e biotecnológicos e, inevitavelmente, esses avanços repercutirão na esfera jurídica sob os mais diversos aspectos. O desenvolvimento de novos tratamentos e terapias na área médica leva ao campo jurídico a discussão acerca dos direitos do paciente face ao prolongamento artificial da vida, que muitas vezes só servirá para prolongar, conjuntamente, a dor e o sofrimento físico e psicológico enfrentados pelo paciente que já se encontra vulnerável diante da eminente terminalidade da sua vida.

Essas discussões deram ensejo à defesa das chamadas “diretivas antecipadas” que “além de possibilitar o exercício de um direito, (...) são o melhor instrumento de apoio à tomada de decisões relativas a pacientes incapazes.” (GONZALES, apud PENALVA, 2008).

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), também chamadas de Diretrizes Antecipadas, ou ainda, Testamento Vital, são um conjunto de desejos, preferencialmente, instrumentalizados através de um documento, que objetiva a manifestação de vontade do paciente quanto aos cuidados e tratamentos médicos que quer, ou não, se submeter no caso de se encontrar em uma situação de doença terminal, na qual esteja impossibilitado de manifestar sua vontade.

Decorrem do princípio bioético básico da autonomia, que garante ao paciente o respeito, por parte do profissional da saúde, ao domínio da sua própria vida e à sua intimidade, levando em conta que o paciente é capaz de autogovernar-se, tomar decisões e agir sob a orientação dessas deliberações tomadas, baseando-se em seus valores morais e crenças religiosas (DINIZ, 2009).

Em 2006, o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou a Resolução nº 1.805/2006 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006), permitindo ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos extraordinários que prolonguem a vida de quem esteja em fase terminal de enfermidade grave e incurável, respeitada a sua vontade ou de seu representante legal.

Segundo Roxana C. Brasileiro Borges (apud DADALTO, 2008, p. 518) testamento vital “é um documento em que a pessoa determina, de forma escrita, que tipo de tratamento ou não-tratamento deseja para a ocasião em que se encontrar doente, em estado incurável ou terminal, e incapaz de manifestar sua vontade”.

É um documento facultativo, podendo ser feito por qualquer pessoa maior de idade e plenamente consciente, em qualquer fase da vida, bem como, da mesma forma, poderá ser modificado ou revogado também a qualquer tempo (NUNES, ANJOS, 2014), e produzirá seus efeitos assim que o indivíduo não se encontre mais em condições de prestar consentimento informado² de forma autônoma diante de uma situação de terminalidade da vida.

No mesmo sentido, para Luciana Dadalto (2010. P.110), a declaração prévia de vontade é um documento escrito, feito por um indivíduo capaz e em gozo de suas capacidades, no intuito de expor sua vontade acerca dos tratamentos e não tratamentos que quer ser submetido na hipótese de não poder manifestar sua vontade frente a uma doença terminal.

Entretanto, cumpre ressaltar que as diretivas antecipadas de vontade não precisam ser, necessariamente, escritas e registradas em cartório para terem validade jurídica, uma vez que a simples anotação no prontuário do paciente, feita pelo seu médico, produzirá os mesmos efeitos legais, dessa maneira, tratando-se de documento escrito e registrado ou mera anotação médica no prontuário do paciente, o importante é que fique claramente registrado que o

² Para Joaquim Clotet (2000. p.9 apud Neri Tadeu Câmara Souza, 2004) Consentimento Informado "Trata-se de uma decisão voluntária, verbal ou escrita, protagonizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo, para a aceitação de um tratamento específico ou experimentação, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências."

indivíduo se encontra lúcido, orientado e plenamente consciente das suas decisões e dos desdobramentos delas. (BUSSINGUER, BARCELLOS, 2013).

Esse entendimento é verificado ao analisar a Resolução 1.995 de 09 de agosto de 2012 do Conselho Federal de Medicina, no seu art. 2º, §4, que diz, *in verbis*: “§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012. P. 169).

O termo “*living will*”, cujo significado literal mais aceito no português brasileiro seria “testamento vital”, surgiu nos Estados Unidos da América no ano de 1967³ através da Sociedade Americana para a Eutanásia.

Dois anos depois, em 1969⁴, foi proposto, através do advogado Luis Kutner, um modelo de testamento que tinha como finalidade resolver os conflitos existentes entre médicos, familiares e paciente, acerca das preferências de tratamento deste na hipótese de terminalidade da vida. (NUNES, ANJOS, 2014; PENALVA, 2008).

Já em 1976, o Estado da Califórnia, segundo ANDRUET (*apud* PENALVA, 2008), aprovou o *Natural Death Act*, tido como o primeiro diploma legal a legitimar as diretivas antecipadas de vontade.

Após vários casos específicos de pacientes terminais que tiveram que acionar o judiciário, através de seus familiares, para realizar o desejo de não mais permanecerem vivos por meio de aparelhos, surgiu um forte clamor popular que culminou com a aprovação, pelo congresso Estadunidense, em 1991, do Patient Self Determination Act (que em tradução literal para o português brasileiro, significa lei da autodeterminação do paciente), a primeira lei federal dos Estados Unidos da América a reconhecer o direito à autodeterminação do paciente. (PENALVA, 2008; NUNES, ANJOS 2014).

No Brasil não há leis que tratem do tema, entretanto, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução nº 1.995/2012 que define, no seu primeiro artigo, as diretivas antecipadas de vontade “como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012. P. 270).

³ Segundo EMANUEL (*apud* Luciana Dadalto, 2008) o testamento vital foi proposto pela primeira vez em 1967 pela Sociedade Americana para a Eutanásia, como um “documento de cuidados antecipados, pelo qual o indivíduo poderia registrar seu desejo de interromper as intervenções médicas de manutenção da vida.”

⁴ As contribuições da experiência estrangeira para o debate acerca da legitimidade do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro. Penalva, Luciana Dadalto. 2008. p.519.

As Diretivas Antecipadas de Vontade são instrumentos que visam consolidar a autonomia da vontade do paciente nas situações em que ele não possua mais a capacidade de se comunicar, servindo, então, como uma forma de manifestar tal vontade de maneira prévia.

Dessa forma, é garantido ao paciente o direito de não ser apenas espectador das deliberações médicas acerca das medidas terapêuticas que envolverão a sua vida sem mesmo ser consultado para decidir, de forma consciente e autônoma, os tratamentos que irá ou não se submeter.

A questão não versa sobre a utilização de medicamentos que poderiam curar o doente, mas precisamente sobre a utilização dos que sendo ineficazes para curar, permitem prolongar a vida do doente nalguns dias, semanas ou meses, o que não é mais que prolongar a agonia do enfermo, fundamentalmente quando tal se verifica contra a sua vontade. (Luísa Neto, 2004, p. 769).

Para Elda Bussinguer e Igor Barcelos (2013), cabe ao paciente a autonomia para decidir o processo terapêutico que irá se submeter, restando ao médico apenas o dever de ser o condutor deste processo terapêutico.

É imperioso verificar que o paciente terminal deve ser cuidado de modo digno, recebendo tratamentos ordinários para lhe amenizar o sofrimento e assegurar-lhe qualidade de vida, pois o ser humano tem outras dimensões que não somente a biológica, de forma a aceitar o critério da qualidade de vida significa estar a serviço não só da vida, mas também da pessoa (SÁ, apud DADALTO 2013).

Assim, verifica-se que o paciente terminal deve ser tratado de forma digna, o que implica, necessariamente, como desdobramento dessa dignidade, o respeito à forma como ele quer ser tratado até o momento que venha a ocorrer o resultado morte, não se tratando, dessa forma, de uma escolha do paciente sobre como ele quer morrer, mas sim, como ele não quer.

Para Luciana Dadalto (2009) as diretrizes antecipadas, em regra, têm *efeitos erga omnes*, pois vinculam médicos, parentes do paciente e eventual procurador de saúde, caso exista, às disposições manifestadas em tal documento, respeitando os limites legais impostos para a validade destas disposições.

A união entre os direitos à vida, à dignidade da pessoa humana e o princípio Bioético da autonomia traduzem no direito a uma morte digna. (SIMM, 2012). Desta maneira, importante se faz esclarecer a dignidade da pessoa humana, princípio basilar para a definição de morte digna.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 consagra, de maneira muito clara, a proteção à dignidade da pessoa humana em seu artigo 1º, inciso III, bem como artigo 5º, incisos III e XLVII (BRASIL, 1988). Para Ingo Sarlet dignidade da pessoa humana é:

[...] a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições de existências mínimas para uma vida saudável [...] (SARLET, 2005, p. 236-237).

A morte digna não está expressa no nosso ordenamento jurídico, entretanto, isso não significa afirmar a inexistência da mesma, na verdade, ela é um desdobramento da dignidade da pessoa humana, a primeira garante dignidade à vida, enquanto a segunda dignifica a morte.

Nesse sentido, Dalva Yukie Matsumoto⁵ (2012) diz que “pela Constituição, nós temos direito a uma vida digna e os cuidados paliativos dizem que a morte faz parte da vida. Então se a morte faz parte da vida, o cidadão tem direito também a uma morte digna”.

3 EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA

Frisa-se que o direito à morte digna não pode, de maneira alguma, ser confundido com o direito à morte propriamente dita, enquanto a primeira compreende a busca por uma morte naturalizada, humanizada, pautada no respeito à autonomia, liberdade e autodeterminação do paciente, na qual o mesmo não será submetido a tratamentos fúteis, sem chances de cura, que prolongarão o sofrimento do mesmo, a segunda refere-se ao direito de dispor sobre o bem da própria vida.

A Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988), em seu artigo 5º, *caput*, deixa clara a impossibilidade de dispor sobre o bem da vida, este que “se constitui em pré-requisito à existência e exercício de todos os demais direitos.” (MORAES, 2014). Dessa maneira, “O direito à vida, por ser essencial ao ser humano, condiciona os demais direitos da personalidade.” (DINIZ, 2009).

A inviolabilidade do direito à vida garante ao cidadão a sua integralidade existencial, sendo este um bem jurídico tutelado como direito fundamental básico desde o momento da

⁵ Dalva Yukie Matsumoto, diretora da Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

sua concepção, devendo ser protegido e respeitado como um dever absoluto erga omnes. (DINIZ, 2009).

Dessa maneira, infere-se que o direito à morte não é um direito legítimo uma vez que vai de encontro a um dos principais direitos da pessoa humana, a vida, inclusive, base para a vedação a diversas práticas que a violam, como a Eutanásia. “Ninguém terá o direito de dispor da própria vida, a fortiori da de outrem” (ROBERT *apud* Silva, 2014, p. 200).

Por outro lado, o direito à morte digna deve ser sempre parâmetro para as ações dos profissionais da saúde que lidam com pacientes em estado terminal, uma vez que este é, como já tratado anteriormente, um desdobramento do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

3.1 EUTANÁSIA E AUXÍLIO AO SUICÍDIO

“Eutanásia é um termo que deriva do grego (eu = boa, thánatos = morte) que pode ser entendida como a conduta, positiva ou negativa, que tem por escopo abreviar a vida de um paciente reconhecidamente incurável, suprimindo-lhe a dor e o sofrimento.” (SANTORO, 2010, p. 21).

Para Roxana Cardoso (2005), partindo do conceito moderno, só se fala em eutanásia quando a motivação que leva à morte é a de piedade do agente para com o enfermo que se encontra sob forte sofrimento em face de uma doença incurável.

Para o direito penal brasileiro, a eutanásia está inserida dentro do chamado homicídio privilegiado, disposto no artigo 121, § 1, do código penal, no qual o agente mata alguém movido por motivo de relevante valor social ou moral, o que se configura na eutanásia vez que o agente busca amenizar o sofrimento da pessoa doente.

O conceito de eutanásia é subdividido em duas situações, a forma ativa e a passiva. “Ativa será quando o seu autor dá início ao evento através de uma ação. Já na eutanásia passiva há uma supressão do tratamento, sendo uma conduta omissiva.” (SANTORO, 2010, p.21).

Para Maria Helena Diniz (2009, p. 376) a eutanásia ativa nada mais é do que um homicídio movido pelo sentimento de piedade, onde se antecipa a morte de doente irreversível ou terminal, por pedido seu ou de seus familiares, face à incurabilidade e insuportabilidade da sua condição bem como inutilidade de outros tratamentos.

Por sua vez, a eutanásia não se confunde com o auxílio ao suicídio, na primeira, a conduta geradora do evento morte é praticada por um terceiro, enquanto que na segunda é a própria pessoa que vem a falecer quem a pratica. (SANTORO, 2010, p.21).

Para efeitos penais, o auxílio ao suicídio está tipificado no artigo 122, caput, do código penal brasileiro, e refere-se à conduta do agente em prestar assistência para a pessoa que irá causar a própria morte.

Assim, as Diretivas Antecipadas de Vontade não podem ser consideradas como disposições acerca de eutanásia ou auxílio ao suicídio por parte do profissional da saúde, vez que elas se aplicam nos casos em que o processo derradeiro que culminará na morte já se iniciou, limitando apenas as medidas terapêuticas que não beneficiarão o paciente de forma alguma, já na eutanásia e no auxílio ao suicídio, verifica-se uma antecipação criminosa ao evento morte, mesmo que com o intuito de livrar do sofrimento o enfermo.

3.2 DISTANÁSIA

“Com os notáveis avanços da medicina, a tecnologia sofisticada e a modernização de aparelhos ressuscitadores, amplia-se a vida de um paciente terminal, prolongando sua angústia, ou seja, suscitando-lhe mais agonia do que vida.” (DINIZ, 2009, p. 390).

A chamada distanásia (dis = mau) compreende-se pela prolongação, no máximo de tempo possível, do curso natural da morte, gerando sofrimento e caracterizando um fim lento e sofrido sob um tratamento terapêutico considerado inútil. (SANTORO, 2010).

Na distanásia, a conduta médica visa tão somente evitar o resultado morte, utilizando de todos os meios possíveis para alcançar esse objetivo, mesmo os que não trarão benefícios reais ao paciente, que já se encontra em eminente estágio terminal, submetendo-se a um processo demorado e sofrido até que venha a sucumbir.

Muitos processos distanásicos são realizados com pacientes gravemente enfermos para evitar o que erroneamente se define como eutanásia, entendida como o apressamento da morte. O que se observa em muitos casos é que se promove a distanásia, impedindo-se o processo natural da morte, e não o da eutanásia. É nessa forma de encarar e combater a morte que podem ocorrer algumas das mortes indignas de nosso tempo, prolongadas, com grande sofrimento e solitárias. (KOVÁCS, 2011, p. 486).

Assim, a distanásia é o uso de todos os recursos disponíveis da medicina para prolongar a vida em detrimento de sua qualidade. (NUNES, ANJOS, 2014). Tendo as Diretivas Antecipadas de Vontade importante papel para evita-la. Segundo Andréia Ribeiro da Rocha (2013, p. 91) as Diretivas Antecipadas de Vontade, enquanto disposições paratestamentárias, asseguram ao paciente evitar a chamada obstinação terapêutica.

3.3 ORTOTANÁSIA

Ortotanásia (orto = correto) refere-se à cessação dos cuidados médicos, a não ser os paliativos, ao paciente em estado terminal no qual o evento morte já se iniciou, dessa maneira, não necessita de uma ação ou omissão para que a consolidação da morte aconteça. Percebendo a irreversibilidade da situação do paciente, o médico conduzirá tão somente medidas paliativas que aliviarão a dor e o sofrimento do moribundo. (SANTORO, 2010).

“Na ortotanásia, não há deliberação de provocar a morte, mas cessação de ato que venha a prolongar a vida.” (DINIZ, 2009). Logo, a ortotanásia é tão somente aceitar e permitir que a morte natural aconteça, objetivando a morte digna do paciente. Para Santoro (2010, p.22) “A ortotanásia é a morte correta”.

Difere-se da eutanásia passiva, pois “Em outras palavras, na eutanásia passiva provoca-se a morte, enquanto a suspensão de esforço terapêutico permite que ela ocorra de modo natural, o que, por conseguinte, é denominado de ortotanásia.” (DADALTO, 2009).

Em decisão do Tribunal Federal da primeira região⁶, o juiz federal Roberto Luis Luchi Demo define ortotanásia como “a conduta omissiva do médico, frente a paciente com doença incurável, com prognóstico de morte iminente e inevitável ou em estado clínico irreversível.”.

A resolução 1.805/2006 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006), através dos seus dois primeiros artigos, traz a possibilidade, dentro da ética médica, para a consolidação da ortotanásia, senão vejamos:

⁶ Tribunal Regional Federal. Região 1. Seção Judiciária do Distrito Federal. 14ª Vara. Processo nº 2007.34.00.014809-3. Questionamento sobre a Resolução CFM nº 1.805/2006, que regulamenta a ortotanásia. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>> Acesso em: 18 de outubro de 2014.

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

[...]

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006, p. 169).

Nos dizeres de Maria Elisa Villas-Bôas, (2008, p. 68). “O direito à vida não inclui o dever de adiar indefinidamente a morte natural, pelo uso de todos os recursos protelatórios existentes, mesmo quando sumamente cruentos e contra-indicados. Não há um dever de sobrevida artificial.” E continua, “Suspender tratamentos fúteis não é encurtar o tempo de vida, é deixar de alonga-lo artificialmente e indevidamente, maltratando o paciente, sem lhe gerar benefícios com isso.”

Enquanto que o objetivo central da eutanásia é antecipar a morte para abreviar a dor do paciente e o da distanásia é impedir, de todas as formas possíveis, o falecimento do mesmo, a ortotanásia tem como pauta a busca pela morte digna, controlando a dor e sintomas físicos, psíquicos além das dimensões sociais e espirituais do paciente. (KOVÁCS, 2014).

Desta forma, abstrai-se que as Diretivas Antecipadas de Vontade visam a objetivação da ortotanásia, proporcionando para aquele que as dispôs uma condução humanizada do evento morte, afastando a distanásia e confirmando sua autonomia e autodeterminação.

4 LIMITES JURÍDICOS ÀS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

As diretivas antecipadas são importantes disposições que garantem ao paciente ter respeitado o seu direito a uma morte digna, entretanto, elas encontram óbices para sua validade, sejam limitações na forma como essa manifestação é feita, seja em seu conteúdo.

Ressalta-se que, não obstante ao fato de não existir lei específica a respeito das diretrizes antecipadas no Brasil, isso não significa inferir que a mesma é inválida em território nacional, já que uma interpretação integrativa das normas constitucionais e infraconstitucionais dão base para efetivar a validade das diretrizes antecipadas dentro do ordenamento jurídico brasileiro. (DADALTO, 2013)

A Constituição da República de 1988 tornou o sujeito o centro do ordenamento jurídico pátrio, conferindo-lhe uma esfera de atuação no âmbito do direito privado, essa esfera

de atuação atrelada ao princípio fundamental da dignidade da pessoa humana podem ser entendidas como o fundamento legitimador das Diretivas Antecipadas de Vontade dentro do ordenamento jurídico brasileiro, instrumento este protetor da dignidade da pessoa humana dos pacientes terminais e da autonomia privada. (PENALVA, 2008)

O Conselho Federal de Medicina, agindo de maneira pioneira em nosso país, editou a resolução nº 1.995/2012 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012) que, embora seja norma administrativa vinculadora apenas da classe médica, traz alguns pontos importantes para entender os limites inerentes a este instituto no âmbito brasileiro.

Em se tratando da forma como as diretrizes são manifestadas, em face da inexistência de legislação específica e omissão na resolução supra do Conselho Federal De Medicina, não há uma imposição legal estipulando a maneira correta para externar previamente suas vontades.

As diretrizes antecipadas são negócio jurídico unilateral não solene. Para Miguel Reale (2005, p. 208-209), “negócio jurídico é aquela espécie de ato jurídico que, além de se originar de um ato de vontade, implica a declaração expressa da vontade, instauradora de uma relação entre dois ou mais sujeitos tendo em vista um objetivo protegido pelo ordenamento jurídico.”.

O Código Civil brasileiro (BRASIL, 2002), em seu artigo 104, incisos, determina os requisitos de validade do negócio jurídico, quais sejam: “I- agente capaz; II - objeto lícito, possível, determinado ou determinável; III – forma prescrita ou não defesa em lei.”.

Desta maneira, no tocante à forma, é possível aferir, com base no artigo 104, III do Código Civil a existência de possibilidade jurídica para que as diretrizes antecipadas sejam manifestadas de maneira oral, pois não existe, atualmente, no ordenamento jurídico brasileiro, forma determinada de se dispor acerca das diretivas antecipadas, bem como não há vedação legal para que a mesma seja feita dessa forma.

Destaca-se que a forma oral, embora possível, gera insegurança no tocante à verificação da vontade concreta do paciente, tendo em vista ser necessário confiar no relato emitido pelas testemunhas do fato.

Entende-se como uma importante forma de garantir a segurança jurídica da declaração previa de vontade do paciente terminal que a mesma seja escrita e lavrada por escritura pública perante notário. (PENALVA, 2009).

Por se tratar de órgão de classe, o Conselho Federal de Medicina não possui competência para impor o registro em cartório das diretivas antecipadas, não obstante a isso,

essa formalidade se verifica muito importante para garantir ao declarante que sua vontade será seguida. (DADALTO, 2013).

Além dessa maneira, é possível, em face da possibilidade trazida pela resolução nº 1995/2012 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012) em seu artigo 2º, § 4, que as diretrizes antecipadas, comunicadas diretamente ao médico, se instrumentalizem através do prontuário do paciente.

Não há obrigatoriedade de um documento escrito e registrado em cartório para validar as diretivas antecipadas de vontade do paciente, o simples registro no seu prontuário feito pelo médico que lhe assiste, legitima-o, sendo dispensada, inclusive, a necessidade de testemunhas, já que pela natureza de sua profissão, o médico tem fé pública. (BUSSINGUER, BARCELLOS, 2013).

O requisito capacidade, em relação às diretrizes antecipadas, não deve ser compreendido como a capacidade civil propriamente dita, em vez disso, deverá ser assimilado com o conceito de capacidade de discernimento.

A capacidade é gênero das espécies capacidade de direito e de fato, a primeira espécie é relativa à aquisição de direitos e deveres, e é inerente ao ser humano, conforme se depreende do artigo 1º do Código Civil, a segunda, refere-se ao exercício de tais direitos e deveres pautados no discernimento. (DADALTO, 2013).

Para Renata de Lima Rodrigues:

A declaração de incapacidade não pode, de maneira apriorística, comprometer integralmente a autonomia privada conferida pelo ordenamento jurídico ao ser humano, ainda que acometido de enfermidade ou deficiência física ou mental que afete seu discernimento. (...) Flexibilizar os institutos da incapacidade e da curatela consiste em um novo mecanismo hermenêutico hábil a viabilizar a vontade do incapaz, sempre que for possível compatibilizar sua vontade psicológica com a vontade jurídica, revestindo-a, portanto, de juridicidade. (RODRIGUES, p.169-170).

A análise do ordenamento jurídico pátrio conduz ao entendimento de que há, também, limites de ordem material que, por sua vez, restringem o conteúdo das disposições externadas pelo declarante, ou seja, quais são os tratamentos que estão sob a mercê de disposições prévias de vontade. Nesse prisma, as Diretivas Antecipadas de Vontade não poderão ir de encontro aos preceitos ético profissionais médicos, bem como dispor contra o ordenamento jurídico brasileiro.

A resolução nº 1.995/2012 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012) considera que as medidas terapêuticas desproporcionais podem ser rejeitadas antecipadamente pelo paciente terminal, uma vez que prolongam o seu sofrimento sem lhe trazer quaisquer

benefícios. Nesse paradigma, o Conselho Federal De Medicina limitou o conteúdo das Diretivas Antecipadas de Vontade para dispor sobre a recusa dos tratamentos extraordinários, ficando impossibilitada a rejeição dos cuidados paliativos.

Cumprir esclarecer que quaisquer tratamentos ou procedimentos que não estejam pautados nos princípios da proporcionalidade terapêutica, que estipula a execução de todas as medidas terapêuticas que tenham proporção entre os meios empregados e os benefícios alcançados; do duplo efeito, que prega a análise da razão proporcional entre os tratamentos com duplo efeito; o da prevenção, no qual devem ser previstas as possíveis complicações e os sintomas frequentes de determinada doença em seus portadores; e o do não abandono e do tratamento da dor, segundo o qual o médico não pode desamparar o paciente e deve amenizar sua dor, são considerados extraordinários e poderão ser recusados pelo paciente. (DADALTO, 2013).

Outro óbice às diretivas antecipadas de vontade é em relação às disposições que, na visão do médico, estiverem em desacordo com os preceitos ético profissionais da classe, bem como as que vão de encontro à sua consciência pessoal. O primeiro, pautado no artigo 2º, §2 da resolução 1.995/2012 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012), estabelece que “O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012, p. 270).”; por sua vez, o segundo legitima-se através do inciso IX, capítulo II do novo Código de Ética Médica, que possibilita ao médico “Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009, p. 40).

Desta maneira, na hipótese de justificada recusa ao cumprimento das diretivas antecipadas de vontade, o médico deverá passar a guarda deste paciente para outro profissional, se injustificada, o mesmo poderá incorrer em sanções administrativas aplicadas pelo seu órgão de classe.

Referente à proibição de dispor contra o ordenamento jurídico brasileiro, verifica-se que, em sua essência, parte da premissa de impedir a validade de determinações que incidam na prática da eutanásia. (PENALVA, 2009).

Vê-se neste, um dos limites mais importantes ao poder de abrangência das diretivas antecipadas de vontade, vez que este é uma derivação e, igualmente, ratificação ao princípio da legalidade, restringindo as vontades do declarante que só poderão ser levadas em consideração até onde o ordenamento jurídico permitir ou, ainda, não proibir.

O princípio da legalidade, derivado do artigo 5^a, II, da Constituição Federal (BRASIL, 1988), afirma que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei”. Para Alexandre de Moraes (2014, p.41), “Só por meio das espécies normativas devidamente elaboradas conforme as regras de processo legislativo constitucional podem-se criar obrigações para o indivíduo, pois são expressão da vontade geral.”.

O Estado, através da administração pública só poderá exigir qualquer ação, impor alguma abstenção ou mandar e proibir qualquer coisa dos seus administrados, se for em função da lei, oriunda de ato formalmente criado pelas instituições de representação popular. (SILVA, 2014).

Por este prisma, ao analisar, por exemplo, o direito constitucional à vida, vê-se uma clara barreira às disposições externadas nas diretrizes antecipadas, tendo em vista que a vida é um bem indisponível, desta maneira, não poderão prosperar as disposições que a violem.

Sob o mesmo aspecto se justifica a proibição em dispor sobre tratamentos médicos paliativos, uma vez que estes estão fortemente ligados à concepção de morte digna, o qual, por sua vez, é destrinchamento do princípio da dignidade da pessoa humana.

Outro óbice ao cumprimento efetivo das diretrizes antecipadas é quando as mesmas são consideradas contraindicadas à determinada patologia enfrentada pelo declarante ou, então, quando as disposições tratem de procedimentos já superados pela medicina.

O profissional médico, em sua relação com o paciente, deve sempre agir pautado nas normas éticas e jurídicas inerentes a esta relação, bem como aos princípios da beneficência e não maleficência, a fim de tratar seus pacientes com dignidade e aplicando os recursos que forem mais adequados a serem adotados. (DINIZ, 2009).

O princípio bioético da beneficência norteia a atividade médica em direção à busca pelo melhor interesse do paciente, culminando no seu bem estar, bem como em lhe minimizar, ao máximo possível, quaisquer danos, nesse prisma, os tratamentos só poderão ser empregados se forem em prol do enfermo e nunca para lhe fazer mal, como seu desdobramento, surge o princípio da não maleficência que, por sua vez, é a vedação em causar prejuízo intencional ao paciente. (DINIZ, 2009).

A medicina é uma ciência que avança constantemente, trazendo sempre novas drogas e terapias capazes de curar o que, no passado, não era possível. Levando em conta o caráter das Diretivas Antecipadas de Vontade, é certo que poderá passar muito tempo entre a sua elaboração e a sua real utilização, de modo que as disposições ali contidas podem não mais refletir o melhor interesse do paciente, isto posto, verifica-se a importância dessa limitação,

uma vez que evita a paralisação dos esforços terapêuticos quando este, não mais, são caracterizados como obstinação terapêutica. (PENALVA, 2009).

Em síntese, a limitação existente quanto às disposições contraindicadas, bem como as que foram superadas pelo avanço da medicina, representam a busca pelo melhor interesse do paciente, de fato, é bastante plausível imaginar que da data da feitura das Diretivas Antecipadas de Vontade até o dia em que, eventualmente, seja de fato utilizado, tenha decorrido muito tempo, nesse intervalo, surgirão novas tecnologias que permitirão tratamentos para o que não poderia ser tratado anteriormente.

Neste aspecto, as disposições não serão consideradas pelo médico, que deve agir pautado nos princípios Bioéticos da beneficência e não maleficência, a fim de alcançar o que é melhor para o paciente já que ele é quem detém o conhecimento técnico necessário para orientar as terapias a serem utilizadas, evitando tão somente, aquelas que caracterizam a obstinação terapêutica, ou seja, as fúteis e que não trazem quaisquer benefícios para o enfermo, só lhe gerando um aumento na quantidade de vida e não em sua qualidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por todo o exposto, o presente trabalho visou elucidar quais as limitações existentes que restringem as diretivas antecipadas de vontade, sejam elas em relação à sua forma, sejam em relação à pessoa que pode fazê-las, bem como quanto ao seu conteúdo, baseando-se, para alcançá-las, no ordenamento jurídico brasileiro como um todo, dado que não há, no Brasil, legislação específica que delimite, de maneira categórica, tais limites.

No intuito de alcançar os objetivos propostos, este trabalho concentrou-se em estabelecer, num primeiro momento, a parte conceitual de diretivas antecipadas de vontade, esclarecendo não só o que são, mas também sua razão de existir, bem como um breve histórico do seu surgimento, o que serviu de base para uma melhor compreensão do presente estudo como um todo.

Passou-se então à delimitação de eutanásia, ortotanásia e distanásia e como estes se relacionam com as diretivas antecipadas de vontade. Ressalta-se a relevância desses conceitos ao presente estudo uma vez que são tópicos importantes relacionados à morte digna, este que, por sua vez, demonstrou-se como o alicerce das diretrizes antecipadas.

Por último, chegou-se ao cerne do presente trabalho, ao qual, baseando-se no ordenamento jurídico brasileiro, e considerando a falta legislativa a respeito do tema, buscou-se vislumbrar até onde é possível dispor, dentro das diretrizes antecipadas, sem que estas sejam consideradas nulas e, em decorrência disso, deixem de ser levadas em consideração na hora de basear a atividade médica na busca de um tratamento adequado ao melhor interesse do declarante.

Nesse deslinde, viu-se que a ortotanásia demonstrou ser o melhor caminho a se seguir, uma vez que busca a harmonização entre tempo de vida e a qualidade da mesma, privando o paciente terminal de uma prolongação inútil da sua existência, o que prolonga também sua dor e sofrimento. Nesse prisma, a ortotanásia é uma prática que deve ser buscada e incentivada na conduta médica.

Concluiu-se, também, que as diretivas antecipadas de vontade não tem forma específica para serem dispostas, sendo válidas e devendo ser consideradas tanto as que se desenvolvam por via oral, escrita ou as que tenham sido inseridas pelo médico no prontuário do paciente, ressalvada a insegurança jurídica que as disposições orais trazem, motivo que leva à recomendação da forma escrita. Chegou-se ao entendimento, também, que o declarante não necessita possuir a maioridade civil para fazer as diretrizes antecipadas, sendo exigida tão somente a comprovação que, ao tempo das disposições, o mesmo já possuía a capacidade de discernimento.

A despeito de não haverem leis que delimitem claramente até onde é possível dispor nas Diretivas Antecipadas de Vontade, com base no ordenamento jurídico brasileiro, foi possível concluir que a mesma encontra vários óbices à extensão de seu conteúdo, de forma que não poderão ser levadas em consideração quaisquer disposições que versem contra a ética profissional médica ou ainda as que forem contra o ordenamento jurídico pátrio, de forma a evitar a prática da eutanásia, proibida no Brasil.

Viu-se que o profissional médico, pautando-se no código de ética profissional, pode se negar a cumprir as disposições do paciente, mesmo que legalmente válidas, devendo apenas justificar sua recusa e encaminhar o paciente para que outro colega o trate, incorrendo em possível sanção do seu órgão de classe caso assim não proceda.

Dessa maneira, verificou-se que as diretivas antecipadas de vontade, embora sejam expressão da autonomia e autodeterminação do paciente, não são absolutas, é preciso que o médico, que é a pessoa qualificada a determinar os melhores caminhos terapêuticos ao paciente, observe se as disposições ainda representam o melhor para o enfermo, tendo em vista que com o passar do tempo e avanços científicos e biotecnológicos, muito do que um dia

fora considerado obstinação terapêutica, pode deixar de ser, ou enfermidades que outrora não tinham tratamento, passem a ter, a fim de que não incorra em eutanásia ou distanásia, e voltemos a tratar a morte como um evento natural da vida.

REFERÊNCIAS

BOMTEMPO, Tiago Vieira. Diretivas antecipadas: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. *Rev. Bioética y Derecho*, Barcelona, n. 26, setembro. 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872012000300004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 29 de setembro de 2014.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 871, 21 nov. 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/7571>>. Acesso em: 11 de outubro de 2014.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 23 de setembro de 2014.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> Acesso em: 23 de setembro de 2014.

BRASIL. Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 23 de setembro de 2014.

BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo; BARCELLOS, Igor Awad. O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, Setembro. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 de outubro de 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina. – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <<http://cremego.cfm.org.br/images/stories/PDF/Leis/cdigo%20de%20tica%20mdica%20-%20novo.pdf>> Acesso em: 28 de setembro de 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1805, de 09 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. *Diário*

Oficial da União 2006; 28 nov. Seção I, p.169. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm> Acesso em: 23 de setembro de 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1995, de 09 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União 2012; 31 ago. Seção I, p.269-270. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf> Acesso em: 23 de setembro de 2014.

CRUZ, Maria Luiza Monteiro da; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. Rev. Bioét., Brasília, v. 21, n. 3, Dezembro. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 set. 2014.

DADALTO, Luciana. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). Rev. Bioética y Derecho, Barcelona, n. 28, maio 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872013000200006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 03 de outubro de 2014.

DADALTO, Luciana. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. Rev. Bioét., Brasília, v. 21, n. 1, Abril. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de outubro de 2014.

DADALTO, Luciana. Testamento Vital. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

DINIZ, Maria Helena. O estado atual do Biodireito. 6ª edição, São Paulo: Saraiva, 2009.

FURTADO, Gabriel Rocha. Considerações sobre o testamento vital. Civilistica.com, ano 2, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://civilistica.com/wp-content/uploads/2013/06/Gabriel-Rocha-Furtado-civ.a.2.n.2.2013.pdf>> Acesso em: 29 de setembro de 2014.

KOVACS, Maria Júlia. Instituições de saúde e a morte: Do interdito à comunicação. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 31, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de outubro de 2014.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Decisão sobre testamento vital acende discussão sobre Cuidados Paliativos. 19 de setembro de 2012. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/noticias/2012/09/decisao-sobre-testamento-vital-acende-discussao-sobre-cuidados-paliativos/>> Acesso em: 12 de setembro de 2014.

MORAES, Alexandre de. Direito Constitucional. 30ª edição, São Paulo: Atlas, 2014.

NUNES, Maria Inês; ANJOS, Márcio Fabri dos. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. Rev. Bioét., Brasília, v. 22, n. 2, Agosto. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de setembro. 2014.

PENALVA, Luciana Dadalto. As contribuições da experiência estrangeira para o debate acerca da legitimidade do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro. Anais do XVII Congresso Nacional do CONPEDI, Brasília, p. 516-538, 2008. Disponível em: <http://www.advocaciapasold.com.br/artigos/arquivos/testamento_vital_-_contribuicao.pdf> Acesso em: 25 de setembro de 2014.

PENALVA, Luciana Dadalto. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. Revista Bioética, v. 17, n. 3, p. 523-543, 2009. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/515/516> Acesso em: 02 de outubro de 2014.

REALE, Miguel. Lições preliminares de direito. 27ª edição, ajustada ao novo código civil. São Paulo: Saraiva, 2005).

ROCHA, Andréia Ribeiro da et al . Declaração prévia de vontade do paciente terminal: reflexão bioética. Rev. Bioét., Brasília , v. 21, n. 1, Abril. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 de outubro de 2014.

RODRIGUES, Renata de Lima. Incapacidade, Curatela e Autonomia Privada: Estudos no Marco do Estado Democrático de Direito. 2007. 198 f. Dissertação (Mestrado em Direito Privado) Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Faculdade Mineira de Direito. 2007.

SANTORO, Luciano de Freitas. Morte Digna: o Direito do Paciente Terminal. Curitiba: Juruá, 2010.

SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 37ª edição, Malheiros, 2014.

SIMM, Camila Beatriz. Direito a uma morte digna e pacientes terminais. Jus Navigandi, Teresina, ano 17, n. 3335, 18 ago. 2012. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/22447>>. Acesso em: 09 de outubro de 2014.

SOUZA, Neri Tadeu Camara. Erro médico e consentimento informado. Jus Navigandi, Teresina, ano 9, n. 337, 9 jun. 2004. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/5311>>. Acesso em: 16 set. 2014.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. Revista Bioética, v. 16, n. 1, 2008. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/56/59> Acesso em: 15 de outubro de 2014.