



FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MILA CARREIRO MARINHO

**A FORÇA NORMATIVA DAS RESOLUÇÕES DO CONSELHO
FEDERAL DE MEDICINA: UMA ANÁLISE APLICADA AOS
CASOS DE TERMINALIDADE DA VIDA**

Salvador
2018

MILA CARREIRO MARINHO

**A FORÇA NORMATIVA DAS RESOLUÇÕES DO CONSELHO
FEDERAL DE MEDICINA: UMA ANÁLISE APLICADA AOS
CASOS DE TERMINALIDADE DA VIDA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Direito, Faculdade Baiana de Direito, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito.

Orientadora: Prof.^a Ana Thereza Meirelles

Salvador
2018

TERMO DE APROVAÇÃO

MILA CARREIRO MARINHO

**A FORÇA NORMATIVA DAS RESOLUÇÕES DO CONSELHO
FEDERAL DE MEDICINA: UMA ANÁLISE APLICADA AOS
CASOS DE TERMINALIDADE DA VIDA**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em
Direito, Faculdade Baiana de Direito, pela seguinte banca examinadora:

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Salvador, _____ de _____ 2019.

Ao meu avô Carlos, por todos os risos frouxos, olhares carinhosos e firmes apertos de mão.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, pela força para superar os desafios que a vida nos impõem. Agradeço a minha Nossa Senhora Aparecida pela proteção divina, e ao meu anjo da guarda por guiar os meus passos até hoje.

À minha mãe, agradeço pelo suporte diário e pela companhia em tantos filmes sobre a terminalidade da vida.

À Bella, por todo o companheirismo ao longo desses últimos dois anos e principalmente durante esse trabalho.

A Caio, por sempre acreditar em meu potencial e por incentivar a ser melhor sempre.

A Diogo, que tem se feito indispensável para mim e pelo apoio na pesquisa e na tomada de decisões.

À Raquel, pelo companheirismo e auxílio na revisão desse trabalho monográfico.

Aos amigos Vinícius, Luiza e Ania pela presença, disponibilidade e auxílio durante a pesquisa.

Agradeço ainda à Camila Vasconcelos e Maria Elisa Villas-Bôas, por quem tenho muita admiração e respeito, pelas indicações de pesquisa.

Por fim, agradeço a querida orientadora Ana Thereza pelo auxílio técnico e estratégico na execução desse trabalho.

Declaração de Direitos da Pessoa Moribunda

Tenho o direito de ser tratado como ser humano até a minha morte.

Tenho direito de conservar a esperança, seja qual for sua variação.

Tenho o direito de exprimir os meus sentimentos e emoções a respeito da minha morte próxima, à minha maneira.

Tenho direito de participar das decisões concernentes a meu tratamento.

Tenho direito de exigir a continuada assistência médica e de enfermagem, mesmo que as metas de cura possam ser alteradas para metas de conforto.

Tenho o direito de não morrer sozinho.

Tenho o direito de ser libertado da dor.

Tenho o direito de ter minhas perguntas respondidas honestamente.

Tenho o direito de não ser enganado.

Tenho o direito de ser ajudado, assim como minha família, a aceitar a morte.

Tenho o direito de morrer em paz e com dignidade.

Tenho o direito a manter minha individualidade e não ser julgado por minhas decisões, que podem ser contrárias às crenças dos outros.

Tenho o direito de ser assistido por pessoas carinhosas, sensíveis e que terão alguma satisfação em ajudar-me a enfrentar a morte.

Tenho o direito de ser cuidado por aqueles que possam manter um sentimento de esperança, independente de qualquer mudança que ocorra.

Tenho o direito de exigir que a inviolabilidade do meu corpo seja respeitada após a morte.

Tenho o direito de discutir e aumentar minhas experiências religiosas e/ou espirituais, independente do que possam significar para os outros.

Amelia J. Barbus (1970)

RESUMO

O trabalho tem como finalidade a análise da força normativa das Resoluções 1.805/06, 1.931/09 e 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina, que são, atualmente, as normas brasileiras que versam sobre a terminalidade da vida. Assim, frente a omissão legislativa acerca da matéria e a quantidade de questões éticas relacionadas ao instituto da terminalidade, é feita a análise da evolução do conceito de morte e as principais questões relacionadas a ela. São analisados os institutos da eutanásia, distanásia, ortotanásia, bem como as Diretivas Antecipadas de Vontade através do enfoque jurídico brasileiro, traçando paralelos entre esses temas e a observância do princípio da Dignidade da Pessoa Humana, Beneficência, proteção da autonomia do paciente, além da distinção entre esses institutos e tipos penais, como por exemplo o homicídio ou auxílio ao suicídio. Para análise da disciplina normativa brasileira acerca da terminalidade, são analisadas as Resoluções do Conselho Federal de Medicina que tocam o assunto e a prática médica, através da análise de dados acerca da conduta de profissionais médicos no exercício da medicina. Para análise da força normativa, é feita a identificação da competência do Conselho Federal de Medicina para a regulação do tema, bem como quais sujeitos estão a ela juridicamente vinculados.

Palavras-chave: Terminalidade; Conselho Federal de Medicina; Resoluções.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 DA TERMINALIDADE DA VIDA	11
2.1 EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE MORTE E A DIFERENÇA ENTRE A MORTE CLÍNICA, BIOLÓGICA E ENCEFÁLICA	15
2.1.1 Eutanásia e a dignidade da pessoa humana	18
2.1.2 Distanásia e a utilização de técnicas desproporcionais	23
2.1.3 Ortotanásia e o deixar morrer para o Direito	26
2.2 DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE	28
3 DA DISCIPLINA NORMATIVA BRASILEIRA ACERCA DA TERMINALIDADE DA VIDA	34
3.1 DAS RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA	35
3.1.1 Resolução CFM 1.805/06 e a ortotanásia	36
3.1.2 Resolução CFM 1.931/09 e a eutanásia	39
3.1.3 Resolução CFM 1.995/12 e as Diretivas Antecipadas de Vontade	43
3.2 A PRÁTICA MÉDICA E A TERMINALIDADE DA VIDA	47
4 A FORÇA NORMATIVA DAS RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA	51
4.1 DA COMPETÊNCIA DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA	52
4.1.1 Do princípio da legalidade	54
4.1.2 Dos limites objetivos da matéria	56
4.2 DA VINCULAÇÃO DOS SUJEITOS ÀS RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA	57
4.2.1 Da transferência de direitos personalíssimos	58
4.2.2 Da vinculação do médico e da família do paciente	60
4.3 DA OMISSÃO LEGISLATIVA	64
5 CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	79
APÊNDICE B – RESPOSTA DO QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	82

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 50 anos, os avanços tecnológicos, sobretudo na área médica, possibilitaram, além do aumento da expectativa de vida do ser humano. Conseqüentemente, ocorreu uma compreensão mais ampla do limite da vida, de modo que a morte passou a ser, de certo modo, encarada como evento postergável, e por vezes, evitável, o que não é. A morte é o evento final de todos os seres vivos. Com os recursos tecnológicos hoje disponíveis, a terminalidade da vida encara o grande dilema da escolha e proporcionalidade das medidas terapêuticas adotadas pelos profissionais médicos para a vivência de uma morte digna.

A discussão de temas relacionados a terminalidade da vida tem se tornado cada vez mais populares, tanto na sociedade geral, como na comunidade científica. Isso ocorre principalmente por conta do aumento de questionamento acerca da ética dos profissionais de saúde no processo de morte, que apesar de ser uma situação habitual nos ambientes hospitalares, revela a falta de habilidade profissional na abordagem dessas situações.

Desse modo, o tema apresenta relevância jurídica e social, na medida a terminalidade da vida tem se tornado situação cada vez mais corriqueira com o avanço da tecnologia hospitalar e, conseqüentemente, questões éticas relacionada a conduta profissional nesse ambiente. Além disso, frente a omissão legislativa brasileira acerca do tema, é importante analisar as Resoluções do Conselho Federal de Medicina sobre a matéria de modo sistemático, analisando a sua força frente ao ordenamento jurídico brasileiro.

Foi utilizada para pesquisa a consulta a doutrina, nacional e estrangeira, a legislação, além da realização de experimento de questionário para levantamento de dados acerca da conduta profissional dos médicos frente a terminalidade da vida.

O problema de pesquisa consiste em analisar se as Resoluções do Conselho Federal de Medicina possuem força normativa para garantir ao destinatário da norma e aos demais sujeitos de direito que a ela se relacionam o direito pretendido.

Assim, a pesquisa teve como objetivo a análise da força normativa das Resoluções do Conselho Federal de Medicina aplicáveis aos casos de terminalidade, através da análise da competência do órgão que disciplina a norma, bem como os limites acerca da tratativa da matéria sobre a terminalidade da vida nessas Resoluções.

Para isso, no primeiro capítulo será analisado o instituto da terminalidade da vida. A princípio, o estudo perpassa pela evolução do conceito de morte, traçando um paralelo desse conceito interpretado pela Medicina e pelo Direito. Em seguida, será analisado o conceito de eutanásia correlacionando com o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana; da distanásia e da proporcionalidade da utilização de técnicas desproporcionais pelos profissionais médicos para o prolongamento do processo de terminalidade da vida; da ortotanásia e do “deixar morrer” para o Direito brasileiro. Por fim, far-se-á o exame do instituto das Diretivas Antecipadas de Vontade, trazendo também informações acerca da existência de ferramentas equivalentes a esta em outros países.

O segundo capítulo se ocupa da análise da disciplina normativa das Resoluções do Conselho Federal de Medicina através do estudo das Resoluções 1.805/06, 1.931/09 e 1.995/12 no tocante a terminalidade da vida. Assim, serão analisados de que modo essas resoluções se manifestam acerca da ortotanásia, eutanásia e Distanásia, bem como acerca da regulamentação das Diretivas Antecipadas de Vontade.

Para análise de como os temas abordados nessas Resoluções se manifestam no ambiente hospitalar, foram coletados e analisados dados relativos a condutas médicas frente a terminalidade da vida. Os dados coletados de 75 profissionais médicos da rede pública e privada de saúde do Brasil analisou também a familiaridade dos médicos frente a institutos básicos relacionados a terminalidade.

No último capítulo, é abordada a força normativa das Resoluções do Conselho Federal de Medicina através da análise da competência do órgão para tratar a matéria em seus diplomas, pela análise do princípio da legalidade e dos limites objetivos da matéria, da análise da vinculação dos sujeitos de direito a essas disposições, bem como acerca do comportamento dessas normas frente a omissão legislativa.

2 DA TERMINALIDADE DA VIDA

Disciplinar normativamente a terminalidade da vida é tarefa árdua na medida em que a própria concepção do termo tem natureza subjetiva e de difícil identificação. Discutir a terminalidade é não só investigar os fundamentos científicos e biológicos da vida e da morte, mas também os subjetivos, presente na seara mais íntima, que perpassa pela ética, religião, moral e concepção filosófica de cada indivíduo. Assim, muito antes de ser jurídico, a questão da norma – ou da ausência desta – que trata sobre a terminalidade da vida está no conflito da vida, como bem jurídico, a dignidade, como princípio, e na prática, como uma garantia à autonomia e à liberdade das pessoas (MEIRELLES; PORTUGAL, 2015, p. 327).

A crença na cientifização nos leva espontaneamente a buscar elementos objetivos que classifiquem ou identifiquem o estágio de terminalidade de um sujeito. Atualmente, a ciência médica se utiliza de critérios clínicos e biológicos, tendo como padrão, normalmente, a Escala Karnofsky e a Escala de Performance Paliativa como ferramenta cotidiana. Segundo Ana Cláudia Quintana Arantes (2012, p. 58), o indicador da terminalidade da vida tem início quando o sujeito necessita de “assistência considerável e cuidados médicos frequentes”, o que corresponde a 50% de performance na Escala de Karnofsky.

Sob outro ângulo, Pilar Gutierrez (2001, p. 92) entende que a terminalidade da vida é o estágio de vida que se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde plena do paciente e a morte próxima aparenta ser inevitável e previsível. Assim, a proximidade temporal da morte é também utilizada para classificação da terminalidade de vida do sujeito, se não o principal elemento, por grande parte da doutrina e da classe médica.

No mesmo sentido, Carlos Fernando Francisconi e José Roberto Goldim (2014, p.1) dizem que a terminalidade da vida é identificada quando, além da impossibilidade de resgate das condições de saúde, o sujeito tem prognóstico de 6 meses de sobrevida. Esse critério temporal utilizado para classificação do paciente terminal, de 6 meses de expectativa de vida, é, em verdade, importado do sistema de saúde norte-americano destinado a pessoas com idade superior a sessenta e cinco anos de vida (Medicare), e que traz o aspecto temporal de 6 meses de sobrevida para aqueles pacientes que

deverão receber assistência exclusiva de Cuidados Paliativos (ARANTES, 2012, p. 57)

A indicação de assistência exclusiva de Cuidados Paliativos utilizado no Medicare norte-americano, por si só, não é critério de classificação da terminalidade da vida e não deve com este ser confundido. Assim, a adoção, em grande parte equivocada, da classe médica de utilização do critério temporal de 6 meses para classificação do paciente em estado de terminalidade da vida representa um risco ao devido cuidado com este, haja vista que a terminalidade da vida não necessariamente significa a adoção de cuidados exclusivamente paliativos. Isso porque, a terminalidade da vida é um processo social e psicológico, além de biológico, devendo a análise ser a mais individual e multidisciplinar o quanto for possível.

A utilização ou não do critério temporal não representa o a ignorância de elementos classificatórios e indícios biológicos para a classificação do estágio da terminalidade da vida do sujeito. Ao contrário, apesar do alto grau de subjetividade nos critérios de identificação e classificação correta da terminalidade da vida, os critérios clínicos objetivos não só não perderam a importância como fazem-se fundamentais para a identificação mais uniforme do estágio de terminalidade da vida, e o aspecto temporal pode ser um desses.

Critérios clínicos auferíveis por exames laboratoriais, de imagem ou funcionais, que evidenciam a existência de elementos biológicos e psicológicos de morte do corpo humano, interpretados de modo conjunto, de acordo com a evolução do quadro de saúde do sujeito, da interação deste com o mundo exterior, da resposta desde à dor, quando interpretados de modo conjunto e por equipe experiente, é capaz de identificar a condição de terminalidade do sujeito (GUTIERREZ, 2001, p. 92).

Assim, apesar da cultura do cartesianismo científico, os critérios clínicos, juntamente com aspectos não clínicos, são capazes de identificar características e traçar um padrão de identificação do quadro, mas ainda não dispõem de tecnologia capaz de prever o tempo médio de vida que ainda resta ao sujeito, e por, certo e prudente, os elementos subjetivos não devem ser desconsiderados para o melhor diagnóstico.

O conceito de morte e estudos acerca da terminalidade da vida ganhou mais notoriedade a partir da década de 60, e principalmente nos 30 últimos anos, após o homem ter atingido, através da tecnologia, viver em estágio de coma. A exemplo disso,

os dados fornecidos pela *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (2018) demonstra o aumento exponencial no número de artigos relacionados ao tema da terminalidade da vida nas últimas três décadas.

Entre 1923 e 1982 a *US National Library of Medicine National Institutes of Health* registrou a publicação 22 artigos acadêmicos relacionados a “*end-of-life*” (em livre tradução, “fim da vida”). A partir de 1983 houve aumento expressivo na quantidade de artigos publicados, mais especialmente na década de 90, que no primeiro ano publicou 19 artigos e terminou com a publicação de 275. No ano seguinte, em 2000, foram publicados nesse instituto 385 artigos acadêmicos relacionados a terminalidade da vida, e em 2017, o número de publicações nesse padrão totalizou 1.882.

A popularização do tema não ocorreu tão somente no mundo científico e acadêmico, mas também na população de modo geral. Entre os casos recentes mais relevantes estão o da decisão da Suprema Corte do Reino Unido, no caso “*NHS Trust and others x Y*”, em que a família e a equipe médica convergiam na vontade de suspensão da alimentação artificial que mantinha o paciente vivo, mas a autorização judicial foi divergente em diferentes instâncias, decidindo a Suprema Corte, por fim, que a conduta estava amparada pelo ordenamento jurídico inglês e não precisava de autorização judicial (DADALTO, 2018, p.1).

Acerca da regulação legislativa de documentos para manifestação da autonomia do paciente, em julho de 2018, a Colômbia, que é um dos poucos países que descriminalizam a eutanásia, regulamentou o equivalente ao Testamento Vital no Brasil, que no país chamado de “*Documento de Voluntad Anticipada (DVA)*”. O referido documento foi regulado através da Resolução 2665/2018, após a criação da lei 1.773/14, que regula os serviços de cuidados paliativos (DADALTO, 2018, p.1).

Para Luciana Dadalto (2018, p.2), as normas colombianas sobre esse tema não deixa claro questões acerca da vinculação obrigatória de familiares, cuidadores e outros profissionais de saúde que não os médicos. Assim, não é possível afirmar que essas normas configuram um avanço no reconhecimento ao direito a morte digna no país, porque o que existe, em verdade, é uma regulamentação de aspectos formais do documento para manifestação de vontade, este sem preocupação com critérios relacionados a promoção dos cuidados a saúde.

E que, ao mesmo tempo que significa um retrocesso na questão do acesso a morte digna, representa um inegável avanço na regulação das formas de comprovação da manifestação de vontade do paciente. O texto legal inova ao trazer a possibilidade da consideração da vontade manifestada por pacientes a partir de 14 anos, trazendo a ideia da capacidade cognitiva para manifestação de vontade, e conseqüentemente, do direito personalíssimo que o configura, e não a capacidade civil. Assim, para Luciana Dadalto (2018, p.2) apesar das inseguranças jurídicas do instituto, a criação de Lei em sentido estrito para regulamentação de institutos relacionados a manifestação de vontade pelo paciente, é mais um avanço do que um retrocesso.

O tema da terminalidade da vida tem se tornado cada vez mais comum em noticiários nacionais e internacionais, especialmente sobre notícias relacionadas a pessoa que buscam morte digna em países onde há legislação mais avançada no sentido de garantir o direito a morrer com dignidade. No Brasil, o caso-âncora da médica brasileira Letícia Franco que cogitou viajar à Suíça para ter a morte desejada (MESQUITA, 2018, p.1), e na Austrália, David Goodall que faz a viagem à Suíça e provocou a sua morte intencionalmente através da administração de droga letal sob orientação médica, ato popularmente conhecido como morte assistida, são exemplo de fácil assimilação (MAO, 2018, p. 1). Apesar de ter se tornado mais popular nas últimas décadas, o tema ainda se apresenta com timidez inerente à polêmica que os envolve, por tratar sobre e assumir a existência da inevitabilidade da morte.

No estudo e nas notícias sobre a terminalidade da vida, a presença da tecnologia assume papel de destaque nas discussões, na medida em que, em realidade, o que se discute é a influência desta na adoção de condutas éticas pelo profissional, seja na ausência ou na presença da tecnologia, na vida do paciente terminal. Como diz Jean Bernard, médico humanista francês, (*apud* PESSINI, 2004, p. 43), “a Medicina mudou mais nos últimos 50 anos do que nos 50 séculos precedentes”. A tecnologia modificou a Medicina em sua essência, nas ferramentas disponíveis, no contato médico-paciente, na economia da indústria hospitalar, além de modificar o própria concepção da morte, que deixa ser vista como elemento natural e se transforma em um inimigo a ser vencido ou em uma presença incômoda a ser escondida (PESSINI, 2004, p. 43).

Para o instituto da terminalidade, a tecnologia se apresenta como elemento paradoxal, que possibilita a dignidade do ser humano em lhe dar condições para morte digna, com técnicas e medicamentos mais eficazes e de conforto, assim como de tirar-

lhes a dignidade, como o suporte de vida artificial apenas pelo desejo de terceiro e não do sujeito que já não pode viver. Nesse sentido, a natureza da terminalidade da vida se apresenta em três tipos principais, aos quais serão tratados em tópicos seguintes, a eutanásia, a ortotanásia e a distanásia face a existência de parques tecnológicos que se tornaram o ambiente hospitalar.

Falar da terminalidade da vida é, para muitos, falar de uma afronta à vida, trazendo à tona o medo ocidental da morte, e por isso ainda é um ponto a ser superado. A finitude da vida gera, de modo geral, angústia aos sujeitos que encontram-se nesse estado e a família que também vivenciam o processo de morrer. A delimitação temporal da terminalidade de vida é complexo, uma vez que é multidisciplinar e que atua na esfera mais íntima do sujeito, a sua percepção ética da vida e da morte.

Desse modo, a identificação do instituto e do momento da terminalidade da vida de um sujeito de modo adequado se dá de modo individualizado, através de parâmetros clínicos biológicos e psicológicos, bem como a consideração de elementos subjetivos, como por exemplo a interação deste sujeito com o mundo e crenças. A identificação destes elementos é relevante para o ordenamento jurídico brasileiro na medida em que suporta a proteção do indivíduo e de seus direitos fundamentais. A legislação brasileira ainda não apresenta critérios para a identificação da terminalidade da vida, e assim os importa de outras normas ou costumes existentes e utilizadas também como fonte do direito, quando necessária à aplicação no caso concreto.

2.1 EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE MORTE E A DIFERENÇA ENTRE MORTE BIOLÓGICA, CLÍNICA E ENCEFÁLICA

Para a doutrina médica, de acordo com Dantas Filho (*et al.*, 1996, p. 706), a morte não é um evento único, mas uma sequência de eventos que caracterizam esse estado. De modo diferente interpreta o Direito quando diz que a morte deve ser entendida como evento único, súbito, chamado de morte encefálica, regulado pela “Lei de Transplantes” (Lei 7.434/97). A dificuldade em entender o fenômeno da morte tem estreita relação com o instituto da terminalidade da vida, porque, biologicamente, não evento súbito, não tem conceito único e está diretamente ligado aos institutos da eutanásia, transplante de órgão e prolongamento artificial da vida, que são polêmicos,

tanto no âmbito acadêmico quanto pela sociedade de modo geral. Do ponto de vista médico, a morte pode ser classificada como sendo biológica, clínica ou encefálica (GOGLIANO, 2010, p. 1).

O conceito de morte vem evoluindo significativamente ao longo dos anos, principalmente em razão do avanço da ciência e da tecnologia médica. Do início do século XX até os anos 60, a morte era entendida como “ocorrência súbita caracterizada pela interrupção total das atividades vitais”, o que, no senso médico comum, era a interrupção dos batimentos cardíacos, cessação da circulação e da respiração. A partir dos anos 60, com o avanço científico que possibilitou o estado de coma, o conceito de morte foi revisto, e a parada cardiorrespiratória não mais eram suficientes para diagnosticar a morte do indivíduo.

A reversibilidade da parada cardio-respiratória através da respiração mecânica e massagem cardíaca trouxe a possibilidade do estágio de coma, que difere da morte pela presença da atividade cerebral. O estado de “coma permanente” avaliado pela baixa oxigenação do tecido cerebral, ampliou o conceito de morte à análise da extensão e gravidade da lesão cerebral, que passou a definir o prognóstico de morte (OLIVEIRA, 2006, p. 78).

A partir do momento em que a tecnologia e ciência possibilitaram o transplante de órgãos, foi incorporado à definição de morte a noção de “morte encefálica”, qual seja definida pela “lesão cerebral grave”. Segundo Oliveira (2006, p. 78), nesse momento foi que a morte deixou de ser identificada como fato único, passando a ser um “processo evolutivo, dinâmico, complexo e, sobretudo, sequência de eventos terminativos”. A ciência passou a admitir que a morte do indivíduo pode existir mesmo que seus órgãos permaneçam vivos.

Com isso, no fim dos anos 80, passou-se a analisar a “evolução da morte” de uma pessoa através da “paragem irreversível do funcionamento de todo o encéfalo”, a chamada morte encefálica (LIMA, 2005, p.8). Os novos equipamentos capazes de substituir e recuperar as funções vitais da pessoa foram então de relevante importância para a mudança do paradigma do conceito de morte. A saúde passou a ter uma relação ainda mais próxima com a tecnologia e com essa nova realidade hospitalar também surgiram novos dilemas bioéticos, principalmente em razão da criação de expectativa de continuidade de vida do sujeito que está morto ou em estágio avançado do processo de morrer (OLIVEIRA, 2006, p. 79).

A diferença entre a morte biológica, clínica e encefálica está na análise de diferentes estágios do processo de morrer e estes não se confundem. Enquanto a morte biológica é a morte do organismo humano inteiro em todos os seus componentes (destruição celular), a morte clínica é a paralisação da função cardíaca e respiratória e a morte encefálica atualmente é a cessação permanente da atividade do tronco cerebral, ou seja a cessação de todas as funções cerebrais (GOGLIANO, 2010, p. 2). Neste ponto, o Conselho Federal de Medicina se manifestou através da Resolução 1.246/88 determinando que a morte encefálica deve ter valor de morte clínica, quando disse “o diagnóstico de morte encefálica é clínico, através do exame neurológico completo, sendo ressaltada a utilização de apneia” (SANTOS, 1997, p. 370).

Para Gogliano (2010, p. 4) o processo de morte compõem (i) a paralização do córtex cerebral, seguido pela (ii) paralização do tronco encefálico, (iii) dos movimentos respiratórios espontâneos, (iv) atividade cardíaca e (v) outras funções vegetativas. Assim, fica claro que a ausência de funções cerebrais não impede que sejam mantidas artificialmente as funções respiratórias e de circulação (vida técnica). Um dos mais relevantes dilemas bioéticos relacionados à morte e ao processo de morrer está nesse ponto, em que o sujeito, com função cardíaca e respiratória paralisadas, tem a possibilidade de vida vegetativa, e que esta pode ser mantida até mesmo após a morte encefálica.

Os conceitos de morte acima analisados são todos válidos e atuais, podendo coexistir ou não, e que diagnosticam o processo biológico da morte. Essas variações do conceito de morte são capazes de gerar insegurança para os usuários da norma, uma vez que a lei trata a morte como evento único, em que pese, no campo fático, existirem elementos capazes de trazer diferentes leituras do evento-morte. Desse modo, em razão dessa delimitação pelo ordenamento jurídico sobre a morte, a discussão sobre o termo final da vida, ao menos no campo normativo, se encerra (GUIMARÃES, 2008, p. 59).

Assim, para a análise do conceito da morte, é relevante a consideração que a pessoa humana é um ser biopsicossocial, e a identificação, na prática, da morte por parâmetros exclusivamente biológicos não é satisfatório. A percepção psicológica da morte do paciente terminal tem papel de destaque nos noticiários. A morte, para o paciente terminal, na acepção popular do termo, pode não corresponder à cessação das suas atividade biológica ou encefálica.

Assim, uma pessoa pode estar viva em razão do suporte de vida artificial permanente, embora já tenha deixado de viver há algum tempo, pelo distanciamento dos elementos psicológicos e sociais, que não serão mais retomados, em virtude da irreversibilidade de seu quadro clínico. (MABTUM; MARCHETTO, 2015, p. 54)

É possível dizer que a morte social é, de certo modo, marginalizada face aos outros conceitos de morte, como por exemplo da morte biológica, clínica ou encefálica, comprováveis através de exames médico-laboratoriais, por sua subjetividade e difícil identificação de critérios clínicos auferíveis (AREDES, 2014, p.2). Segundo Luiz Antônio Lopes Ricci (2017, p. 10), a morte social trata-se da banalização da vida, ou em outras palavras, a abreviação da vida em nível social, marcada pelo sofrimento, abandono, indiferença, violência entre outros elementos degradantes que violentam a dignidade do ser humano. Então, parafraseando o filósofo Epicuro (*apud* CUNHA, 2010, p. 189), “quando nós estamos, a morte não está; quando a morte está, nós não estamos”.

Portanto, feita a análise conceitual da morte, momento que compõem a terminalidade e que, de certo modo, se confunde com o próprio instituto, verifica-se que a mudança conceitual vem se desenvolvendo ao longo do tempo como consequência da tecnologicização do ambiente hospitalar, com máquinas que substituem as funções vitais, tanto da percepção psicológica do evento morte, abrindo margem para a discussão que envolve tanto a dignidade da vida em estágio terminal quanto os meios para alcançar esse fim. O instituto da morte tem sido colocado em patamar não menos relevante nas discursões jurídicas acerca da terminalidade da vida, uma vez que a compreensão daquele instituto perpassa pelos dilemas bioéticos centrais, como dor física, psíquica e homicídio.

2.1.1 Eutanásia e a dignidade da pessoa humana

Em termos etimológicos, a eutanásia é palavra derivada do grego *eu* (bom) e *thanatos* (morte) que significa vulgarmente “boa morte” (SILVA, 2006, p. 566), o que está alinhado com os conceitos vistos, assim como com a visão teleológica, em que a eutanásia é a morte em estado de graça.

Sob a ótica médica, a eutanásia pode ser definida como o ato de proporcionar a morte sem sofrimento a um doente atingido por uma doença incurável que produz sofrimento intolerável (GUIMARÃES, 2008, p. 8) ou, de modo mais aplicado à prática médica, é a interferência médica no momento de morte, em nome do bem-estar do paciente, a fim de libertá-lo de um estado de dor e sofrimento (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 7). Já sob a ótica jurídica, seria o direito de matar ou morrer em razão de um sofrimento intolerável. José Afonso da Silva (2015, p. 202) traz conceito mais unificado da Medicina e do Direito quando diz:

A eutanásia é consubstanciada em uma forma não espontânea de interrupção do processo vital, estando, desse modo, implicitamente vedada pelo direito à vida consagrado na Constituição. Nesse sentido, o direito à eutanásia não significa o direito do indivíduo de dispor da vida, ainda que em dramática situação.

Assim, o que de um lado pode ser lido como a antecipação deliberada e intencional do processo de morte por compaixão de outrem, o que consubstancia o homicídio doloso, de outro pode ser entendida como a solução à sua dor e à sua agonia à pedido ou consentimento da vítima (GUIMARÃES, 2008, p. 8), mas todos os pontos de vista, verifica-se o elemento de análise da condição do indivíduo com compaixão. Ressalvado o entendimento que inexistem precisões sobre a morte suave e boa e que a interpretação deve ser feita pelo indivíduo em sua individualidade, com inclusive escolha dos atributos que lhe seja mais pertinente, e que inexistem um conceito único, lucidamente, Maria Auxiliadora de Almeida Minahim (1999, p. 178-179) trata da multiplicidade conceitual da eutanásia: “A multiplicidade de significados está, sobretudo, vinculada aos limites da “boa morte” ou seja, a que fins ela deve servir, havendo um certo consenso quanto ao fato de que tal morte deva ser suave e sem dor”. Nesse contexto, é importante para a melhor compreensão da dignidade da pessoa humana nos momentos finais de vida apresentar a distinção entre a dor e o sofrimento. Segundo Passini (2009, p. 6). Enquanto a dor se caracteriza por ser um fenômeno dual (sensação e resposta emocional do paciente) e ser passageira ou crônica, podendo ser ainda de ordem física emocional e espiritual, o sofrimento “é uma experiência de impotência com o prospecto de dor não aliviada, situação de doença

que leva a interpretar a vida vazia de sentido”. Assim, enquanto o sofrimento é mais global que a dor e, essencialmente é sinônimo de qualidade de vida diminuída.

Em termos metodológicos, a eutanásia pode ser classificada em eutanásia ativa, a eutanásia passiva, a eutanásia de duplo efeito e o suicídio assistido. A eutanásia ativa é a ação realizada por terceiro em retirar a vida do efêmero utilizando medicamentos controlados, overdoses e injeções letais. A eutanásia passiva é a omissão do terceiro aos tratamentos então empregados no paciente, de modo que o óbito ocorra de modo natural (BORGES, 2005, p. 3).

Para Roxana Borges (2005, p. 4), a eutanásia passiva também engloba os cuidados paliativos do sofrimento por meio do controle da dor física e psicológica e assim, não visaria a morte em si, mas a ocorrência desta de modo menos doloroso possível. Em ambos os casos existe a presença do terceiro frente ao caso, seja por ação ou omissão (PRADO, 2008, p. 69). Desse modo, pode-se dizer que a eutanásia de duplo efeito consiste na administração medicamentosa com o intuito de aliviar o sofrimento, e por consequência da utilização continuada deixa o organismo mais vulnerável levando ao resultado morte.

Essa situação comumente vivenciada por profissionais de saúde quando, por exemplo, o paciente acometido com câncer sofre com dores intensas e faz-se necessário a aplicação de derivados de morfina. O médico está impedido de acelerar a morte do doente, mas possui o dever profissional de aliviar-lhes as dores, e é previsível, tão quanto sabido, que tal administração medicamentosa leve ao encurtamento da vida. Por fim, o suicídio assistido é a prestação do auxílio ou a indução do sujeito que deseja colocar fim à sua vida.

Há também quem diga (FRANCISCONI; GOLDIM, 2018, p. 1) que, para além das da classificação clássica da eutanásia pode ser esta apresentar outros formatos, quais sejam, a eutanásia voluntária, involuntária e não voluntária, e que essas últimas recaem sobre a manifestação do sujeito, diferente da anterior. Enquanto que o resultado morte é atingido por vontade expressa do paciente, a eutanásia involuntária é aquela resultada contra a vontade do paciente e a não voluntária quando o paciente não se manifesta sobre a sua vontade.

O estudo da morte digna no contexto da eutanásia propõem uma análise prévia filosófica entre o vitalismo, representado por Platão e Aristóteles, e o mecanicismo,

por Descartes e Hobbes. Enquanto que o mecanicismo afirma que a vida é devida a cerca organização físico-química da matéria corpórea, o vitalismo considera que, além da matéria corpórea, a vida depende de um princípio de natureza espiritual (GUIMARÃES, 2008, p. 82-83).

Em que pese a eutanásia ainda não estar por completo incorporada a cultura dos povos de modo geral, a ideia de abreviar a morte de um doente terminal ou torná-la menos dolorosa e sofrida - que está intimamente ligada a ideia da eutanásia- sempre esteve em debate, desde o momento em que o homem se conscientizou da existência do fim da vida. Segundo Gisele Mendes de Carvalho e Natália Regina Karolensky (2012, p. 369), o termo eutanásia foi criado no século XVII por Francis Bacon e hoje assumiu significado distinto do da sua criação. Para as autoras, a eutanásia foi ampliada ao longo do tempo de modo a alcançar outras hipóteses que não necessariamente a terminalidade da vida, como por exemplo aos pacientes em estado vegetativo irreversível de vida, portadores de doenças degenerativas ou tetraplégico que, que não são necessariamente pacientes terminais.

Em sendo a eutanásia um instituto diretamente relacionado ao direito à vida digna, o Estado tem, por força do art. 5º da Constituição Federal garantir às pessoas o desenvolvimento de suas habilidades e potencialidades, bem como valores, o que se traduz na dignidade do sujeito, que redundantemente a Lei o traz como “pessoa humana”.

Para Guimarães (2008, p. 13), hoje muito se discute sobre a confusão entre a prática da eutanásia (na medida da proteção da dignidade humana sob essa ótica) e políticas públicas economicistas. O que se fala é que, na aplicação da política pública, não se tem como intuito a prática da eutanásia para colocar fim na dor e sofrimento do sujeito, mas sim de se atingir o ápice da relação custo *versus* benefício pelo Estado. Ou seja, o que se fala é que o Estado analisa os custos da comunidade em mantê-lo vivo e as vantagens auferidas com o fim da vida custosa, que já não oferecia contraprestação à sociedade.

Segundo a autora, nesse sentido, a finalidade do ato foge do instituto da eutanásia na medida em que o intuito por fim na vida do sujeito, e não com o seu sofrimento, e a sua eliminação era a solução tanto para o problema do ônus social quanto para o sofrimento individual. Portanto, a eutanásia, em sua essência, não deve se relacionar com políticas públicas economicistas e a proteção à dignidade é fundamento do

Estado, além do dever de garantir contra atividades que lesem ou desconsiderem o indivíduo como pessoa.

Nesse tocante, mostra-se relevante a distinção entre o 'direito à vida' e o 'direito sobre à vida' para entender acerca do papel do Estado sobre o objeto jurídico vida. Enquanto que no direito à vida, "indica o reconhecimento de um valor primário que deve ser conservado *erga omnes*", independentemente de qualquer decisão judicial, trazendo assim a noção moral da sociedade e os reflexos nas normas jurídicas, "o direito sobre a vida permite a interrupção da vida fora do curso natural da existência, em determinadas e particulares situações" (GUIMARÃES, 2008, p. 88). Ou, em outras palavras, o direito sobre a vida é único e exclusivamente do sujeito, e o direito à vida, por produzir reflexos sociais, cabe tutela pelo Estado.

Sendo assim, do que se entende de direito à vida, à integridade física e à dignidade da pessoa humana, a prática da eutanásia é objetivo de opiniões divergentes e debatem acerca do alcance e limites desses princípios e direitos. Wilson Paganelli (1997, p. 7) divide o grupo de pessoas favoráveis a eutanásia em permissivistas radicais e moderados.

Os permissivistas radicais defendem a sua opinião no sentido de que toda vida impedida de se manifestar por sofrimento físico ou moral é carente de valor e, quando a ciência revela-se impotente diante da irreversibilidade da situação, a manutenção inviável da vida representa um gravame injusto para a família e para a sociedade. É esse o posicionamento adotado pelo Código de Ética Médica que, de acordo com Marcello Guimarães (2008, p. 87), se desenvolveu a partir do preceito de Hipócrates dirigido ao médico no sentido de que "a ninguém darei, para ajudar, remédio mortal, nem conselho que o induza a perdição".

A eutanásia e a dignidade da pessoa humana se tocam, juridicamente, na questão do "direito de matar dignamente". Na maioria das vezes o interessado na prática é doente terminal que não tem condições de agir sozinho e, nesse sentido, a análise tanto da dignidade quando do instituto em si perpassa pela ideia do limite da atuação de terceiro, para que, de algum modo, não venha a confundir o direito a morte digna com, pura e simplesmente, o homicídio ou auxílio ao suicídio.

2.1.2 Distanásia e a utilização de técnicas desproporcionais

Enquanto que termo eutanásia é com frequência objeto de discussões, de filmes e de manchetes de jornais, é ela, na prática médica, muito menos praticada do que a distanásia (PESSINI, 2009, p. 1). Luís Roberto Barroso e Letícia Martel (2010, p. 175) definem a distanásia como “um prolongamento artificial da vida do paciente, sem chance de cura ou de recuperação da saúde”. Em outras palavras, é uma tentativa de afastamento da morte com a utilização de técnicas médicas extraordinárias e/ou desproporcionais, que por vezes desconsidera a dor do efêmero, prolongando exagerado a vida do paciente. Há assim, em verdade, um prolongamento do processo de morrer, e não da vida em si. A grande questão bioética que envolve a distanásia é, até quando se deve prolongar o processo de morrer e o que deve ser considerado “técnicas proporcionais”?

O avanço tecnológico proporcionou uma compreensão mais ampla do limite da vida, mas, em contrapartida, essa nova compreensão do limite da vida se tornou um problema ético de primeira grandeza, porque, a partir dessa nova percepção, a tecnologia passou a ter o poder de, em certo modo, decidir acerca das fases finais da vida humana. É necessário perceber que o avanço tecnológico na Medicina é paradoxal, porque tem o mesmo potencial de ser utilizado para o malefício quanto para o benefício do paciente. Assim, binômio tecnologia-Medicina deve se cercar de cuidados para utilização equilibrada da tecnologia para viver dignamente até o evento final do processo de morrer. Segundo Leonardo Pessini (2009, p. 8) “o preço que se paga pelo bom êxito da tecnologia é a despersonalização da dor na unidades de terapia intensiva”.

A prática médica vive um paradigma entre o curar e o cuidar, e é perceptível a maior preocupação da formação mais humana dos profissionais de saúde, tanto na prática, quanto na academia, em que pese esse movimento ser ainda tímido (ARANTES, 2016, p. 12). Explica Eni Freitas (2017, p. 578) que a Medicina ocidental é pautada no modelo técnico-científico de valorização absoluta da cura, onde o cuidar médico, do toque, escuta e olhar comprometido com o paciente, ficam em segundo plano, e a morte assim é interpretada como evento indesejável, prorrogável e que pretende expulsar do cotidiano. Esse é o ponto de gatilho dos dilemas quanto ao julgamento

e à tomada de decisões sobre os limites da vida e da qualidade de vida e de morte dos paciente letais dos profissionais de saúde, especialmente a classe médica.

Nesse tocante também é válido observar a possibilidade de conflito entre o princípio da beneficência e da autonomia, quando os casos de distanásia versam sobre paciente que não possuem mais capacidade de expressão. Por exemplo, situação hospitalar quotidiana, a qual os responsáveis ou curadores rejeitam terapia extraordinária de reanimação do paciente, no pleno exercício de sua autonomia, ordenando a eutanásia passiva e, o médico reanima o paciente e obtém sucesso na técnica, mas ignora que está tratando de paciente terminal e exercendo assim a “Medicina fútil”, fundamentando a sua conduta no princípio da beneficência médica, haja vista que considera benéfica situação a qual o paciente possa viver após o procedimento. Ou ainda, quando a família e o médico convergem na ideia de não prolongamento do processo de morte, mas o médico teme pela responsabilização penal e profissional, e por isso exerce a “medicina fútil”.

Conflitos como esse, comuns na prática médica, levantam a questão da necessidade irreal do poder premonitório do médico de certificar as consequências após o procedimento adotado, da inexistência de certeza que ele não vai poder oferecer uma razoável probabilidade de vida (DINIZ, 2017, p. 536). Pessini (2009, p. 3) explica que o objetivo final da Medicina é a promoção da saúde ao paciente e, a aceitação da morte como evento natural e inevitável, compõem de modo fundamental o objetivo da Medicina. Para o autor, o debate médico acerca da defesa da vida em sua concepção integral se polarizou de modo tal que, de um lado estão os que defendem a *provida*, que é a defesa da sacralidade da vida, ou seja, que a vida é propriedade de Deus e o homem é seu mero administrador, e de outro lado os *prochoice*, que defendem a qualidade de vida e a liberdade de escolha.

A Medicina ocidental, ensinada para curar, percebe muitas vezes a morte e a dor como sem sentido, na medida em que sendo este um evento incontrolável, representa em verdade um fracasso médico. Percebe-se assim que a tradição ética médica brasileira codificada é, pautada em valores humanitários, mas que recai, principalmente sobre a luta para garantir a máxima prolongação da vida, ou seja, sobre a quantidade de vida, com pouca preocupação sobre a qualidade desta, podendo falar em “resistência à eutanásia provocada como derrota frente ao inimigo morte” (PESSINI, 2009, p. 8).

A tensão normativa, no Brasil, entre a tecnologia de prolongamento da vida e a benignidade humanitária começaram a surgir no Código de Ética Médica de 1984, que se mostrou preocupado com a quantidade da vida prolongada e não com a qualidade dela (PESSINI, 2009, p. 8).

No entanto, o Conselho Federal de Medicina tem apresentado mudança desde o Código de Ética Médica de 1984. Após essa Resolução, o Conselho Federal de Medicina reconheceu o direito do paciente terminal em não ter o seu tratamento complicado ou de considerar antiético um médico utilizar de seus conhecimentos para provocar dor e sofrimento no paciente, mas isso não significou o reconhecimento da morte digna. Foi com o Código de Ética Médica de 1988 que foram abertos questionamentos a interrupção da vida artificial por suporte de máquinas, quando trouxe expressamente a orientação de que o profissional médico deve “utilizar todos os meios de diagnóstico e tratamento a seu alcance”.

No entanto, a questão foi esclarecida hermeneuticamente, que de acordo com os princípios que se fundamentam tal documento, este deveria ser lido utilizando o parâmetro que o uso do suporte tecnológico na manutenção da vida não é não deve ser utilizado como como controlar o sofrimento e a morte, mas sim na medida que realmente beneficiará o paciente em sua completude (PESSINI, 2009, p. 8). Já o Código de Ética Médica de 2009 reforça o caráter antiética da distanásia, trazendo o conceito de cuidado paliativo, quando dispõem no inciso XXII do preâmbulo que “nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos”.

Assim, uma das grandes questões éticas da medicina que envolve o instituto da terminalidade da vida é a capacidade médica de diferir quando a utilização da tecnologia beneficiará o paciente e quando será classificada como distanásia. O posicionamento do Conselho Federal de Medicina acerca da distanásia é que não deve ser esta realizada, visando a possibilidade de vida e de morte digna para o paciente.

2.1.3 Ortotanásia e o deixar morrer para o Direito

Etimologicamente, ortotanásia significa morte correta (*orthos* significa em radicais gregos correto, e *thanos*, morte). A eutanásia é o acompanhamento do sujeito a uma morte sem sofrimento, sem intervenção no processo de morte já instalado (JUNGES *et al.*, 2010, p. 276). Acerca da ortotanásia, existe o debate jurídico sobre se este instituto deve ou não ser considerado eutanásia passiva, por serem institutos muito próximo, de respeito a ordem biológica do sujeito-paciente.

Para Maria Elisa Villas-Bôas (2008, p. 64) e Carolina Alves de Souza Lima (2015, p. 16), não há identificação genérica entre a eutanásia passiva e a ortotanásia, porque, enquanto a ortotanásia se configura através das condutas restritivas dos médicos, já com o objetivo de vida promover o conforto do paciente, sem interferir no momento de morte, sem encurtar o tempo natural de vida nem adiá-lo indevidamente e artificialmente, sem busca pela cura, a eutanásia passiva é tratada como ilícito penal, com conduta omissiva do agente, no caso, do médico, diante da situação do paciente, que virá a resultar em sua morte.

A confusão entre os institutos da eutanásia passiva e ortotanásia é veementemente criticada por parte da doutrina, representado por Maria Elisa Villas-Bôas (2008, p. 67), entende que essa confusão é a tentativa de colocar, em um mesmo plano, a conduta direcionada a matar e a interrupção ou abstenção de um tratamento de manutenção da vida que se mostra desproporcional. Assim, se no caso concreto, o acompanhamento profissional da morte sem interferências não pode ser tratado como ilícito.

Nesse sentido, o CFM introduziu na pauta profissional o tema através da Resolução 1.805/06, o que gerou grandes discussões mas representou um grande passo no tocante ao direito de morrer com dignidade, especialmente dos pacientes terminais. A Resolução 1.805/2006 regulamenta a suspensão de tratamentos pelo médico a paciente em estado terminal de vida, desde que seja da vontade dele, ou dos seus familiares ou representantes legais. O referido documento trata e regulamenta sobre a prática da ortotanásia pela classe médica ao dizer:

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.

A legalidade da referida Resolução foi questionada pelo Ministério Público Federal ao propor a Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3 argumentando, em suma, que (i) o CFM não tem poder para regulamentar algo previsto como tipo penal no ordenamento jurídico brasileiro, (ii) por ser o direito à vida um bem indisponível, só poderia este ser regulamentado por Lei em sentido estrito e (iii) a possibilidade de utilização indevida do instituto considerando o contexto socioeconômico do Brasil. Em sede liminar, a Resolução teve seus efeitos suspensos, mas em sede de Sentença teve o reconhecimento de sua constitucionalidade. À folha 9 da referida sentença, o juízo faz menção ao respeitável esclarecimento doutrinário de Maria Elisa Villas-Bôas sobre a questão:

Recentemente publicada, a Resolução, a rigor, não era necessária. **Ela não permite nada. Só ratifica o que já é permitido.** Vem, todavia, afinal dirimir algumas dúvidas, mais comuns no lidar com pacientes em final de vida. Foi preciso muita discussão e maturamento para se chegar à conclusão - algo óbvia, é de se dizer - de que ninguém é obrigado a morrer intubado, usando drogas vasoativas (para o coração se manter, a duras penas batendo) e em procedimentos dialíticos numa UTI. O Direito não pode obrigar isso. O Direito não tem por que obrigar isso. **Não, não é crime morrer em casa, ou sob cuidados que mais se aproximem dos domiciliares"** (...) A ortotanásia pregada na Resolução 1805/2006 não é a morte antecipada, deliberadamente provocada, como na idéia atual de eutanásia. **É a morte mais natural e humana, quando já não se a pode evitar ou adiar a contento** (...) Dizer que é ilegal a ortotanásia assim empreendida - quando, esgotados os recursos úteis, restam a mera futilidade e a obstinação terapêutica - significa dizer que é obrigatória a distanásia: a morte adiada a todo custo, às expensas de agonia, abuso terapêutico e desnecessário sofrimento, como numa tortura final, que condena o paciente à morte solitária, isolado dos seus entes queridos, nega-lhes a participação no processo de morrer, submete o paciente a mais e mais desconfortos, ainda que se os saiba incapazes de reverter o quadro mórbido e o processo de morte instaurados.

Em atenção à realidade sócio-econômica do Brasil e da saúde pública nacional, a comunidade médica, de um modo geral, se preocupou com o risco de interpretação indevida do referido artigo e opinou pela suspensão dos efeitos da Resolução, mesmo tendo sido declarada a sua constitucionalidade. Em 2009 o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 1.931/09, que endossou a ideologia que existia na Resolução 1.806/06:

É vedado ao médico:

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

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

O Código de Ética Médica de 2009 é um marco na proteção dos procedimentos médicos adotados em pacientes terminais, uma vez que autoriza expressamente a ortotanásia para pacientes graves, incuráveis e que não respondem a mais nenhuma medida terapêutica, o que era expressamente inadmitida no Código de Ética Médica de 1995. No entanto, juridicamente, o Direito brasileiro não deixou claro o critério adotado para a definição do estado de terminalidade da vida, o que gera ainda insegurança jurídica do médico na realização de procedimentos (GOMES; MELO, 2012, p. 206).

Isto posto, a ortotanásia, quanto a posição de não interferência médica, não deve ser lida como antecipação, mas como a conduta médica restritiva de limitação de determinados recursos medicamente inadequados e não indicados ao caso que é, sendo este o “ato ideal” a ser buscado pela Medicina e pelo Direito, dentro da inegável condição de mortalidade humana (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 57).

2.2 DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Para Luciana Dadalto (2013, p. 2), a Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) é classificada como “um gênero de documentos de manifestação de vontade para cuidados e tratamentos médicos”. Na prática, a Diretiva Antecipada de Vontade é a junção do testamento vital com o mandato duradouro em um mesmo registro, ou seja, documento onde a pessoa é capaz de manifestar desejo sobre a aplicação determinado tratamento em sede terminal de vida, garantido assim que sejam eles atendidos, com a nomeação de um ou mais procuradores para que reproduzam sobre o tratamento, ou não, perante o médico responsável.

O documento nasceu nos Estados Unidos da América (EUA) em 1967 pela Sociedade Americana para a eutanásia, como “um documento de cuidados antecipados, no qual

o indivíduo poderia registrar seu desejo de interromper as intervenções médicas de manutenção da vida” (DADALTO, 2008, p. 519). Em 1976, o Estado da Califórnia publicou o *Natural Death Act*, primeiro diploma normativo a reconhecer textualmente o testamento vital, minimizando as diferenças entre a execução da vida com declarações e quem não as faz, garantindo o direito de escolha do tratamento médico apropriado (SCHIMKE, 1986, p. 3).

Em 1991, foi aprovada nos EUA a *Patient Self-Determination Act* (PSDA), primeira Lei Federal que reconheceu expressamente o direito à autodeterminação do paciente, de fazer uma diretiva antecipada, além de tratar das suas modalidades (TOWERS, 1978, p. 98). No Brasil, o instituto ainda não foi tratado pelo Poder Legislativo, sendo reconhecido no país através da Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina, que reconhece o direito à manifestação de vontade e designação de representante para casos em que o paciente não seja capaz de se manifestar, bem como, de certo modo, regulamentou o dever do médico de cumprir a vontade do paciente.

Nos Estados Unidos, desde a *Patient Self-Determination Act*, todos os hospitais, instituições de longa permanência ou a que elas se aproximem, têm a obrigação legal de desenvolver documentos escritos em relação as Diretivas Antecipadas de Vontade. Eles são obrigados a orientar os profissionais acerca do documento, além de obrigá-lo a perguntar ao paciente já dispõem de documento proteção da vontade manifestada acerca da adoção de procedimentos médicos, assim como para orienta-lo a fazer, se já não possuir.

Apesar de criticada, as Diretivas Antecipadas de Vontade são populares no país desenvolvidos e, em 2014, cerca de 70 % das pessoas acima de 60 anos de idade nos Estados Unidos já tinha manifestado a sua vontade em documento do gênero da Diretiva Antecipada de Vontade (MASSAROLI; FABRO, 2017, p. 18). No Brasil o cenário é diferente. O tema da Diretiva Antecipada de Vontade ainda não é popular, e a maioria dos profissionais médicos ao menos tem conhecimento acerca dos principais institutos para garantia da vontade manifestada pelo paciente (MASSAROLI; FABRO, 2017, p. 18).

Quanto à existência, validade e eficácia da Diretiva Antecipada de Vontade no Brasil, esta poderá ser registrada tanto como instrumento público como privado, podendo o primeiro ocorrer em cartório ou funcionário à serviço da administração que tenha sido

designado pelo Conselho de Saúde. Na forma privada, será necessária a presença de três testemunhas, todas capazes, e que ao menos duas não tenham vínculo de parentesco ou jurídico.

Parte da doutrina questiona a validade jurídica da Diretiva Antecipada de Vontade em razão da ausência de regulamentação legislativa sobre o tema, o que também é uma das maiores preocupações entre a classe médica. No entanto, para Luciana Dadalto (2013, p. 4), o instituto existe e é válido e capaz de produzir efeitos. A proteção jurídica, portanto, se dá através interpretação conjunta das normas constitucionais que tratam a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF), autonomia (art. 5º, III, CF) e proibição do tratamento desumano (art. 5º, III, CF), além das infraconstitucionais, como por exemplo da “Lei Mario Covas”, e das infralegais, quais sejam a Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina e Provimento 06/94 do Conselho Geral de Justiça, entre outras.

Os requisitos para a criação do Testamento Vital e das Diretivas Antecipadas de Vontade se aproximam, mas não são os mesmos. No Testamento Vital, assim como nas Diretivas Antecipadas de Vontade, são vedadas as tratativas de caráter patrimonial, assim como não podem ser incluídas em testamentos públicos (uma vez que são relações jurídicas distintas e envolvem questões éticas da relação médico-paciente). No entanto, o Testamento Vital sobre doação de órgão e recomendável a participação de médico e advogado para a sua criação, para não correr risco de declaração vazia (DADALTO, 2013, p. 7). Para ambos, poderão fazer a declaração aqueles sujeitos que, detentores de capacidade e discernimento para manifestação de modo livre e autônomo, de modo consciente dos seus atos e de suas consequências (DADALTO, 2013, p. 2).

As Diretivas Antecipadas de Vontade, bem como o Testamento Vital não produzem os seus efeitos erga omnes. Regulamentadas pela Resoluções 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina, há vinculação administrativa pelo médico quando existe o registro no prontuário médico acerca da informação, no entanto não vincula terceiros. Assim, segundo Luciana Dadalto, é um documento limitado a classe médica, devendo seguir as disposições legais brasileira, de respeito à vontade manifestada pelo paciente, bem como garantindo o direito do médico à objeção da consciência, como previsto no art. 28 do Código de Ética Médica de 2009.

No que diz respeito ao direito à objeção de consciência, este está reservado ao médico em atenção ao princípio da beneficência, desde que ocorra de modo justificado, inclusive quando existe documento de manifestação de vontade. Isso porque a Diretiva Antecipada de Vontade existe, dentre outros motivos, em razão da desconfiança do paciente na integridade do exercício médico, como por exemplo do descumprimento do dever de informação ao paciente ou familiares, ou ainda da obediência aos valores sociais e humanos. Pode-se assim dizer que esse é um instituto dual, capaz de proteger tanto o médico quanto o paciente e familiares.

A prática de condutas médicas protetivas, ou seja, que o médico, face a preocupação por eventual responsabilização, adota a medida mais protetiva para si, leva à adoção de condutas as quais não considera a mais benéfica. Sendo assim, a Diretiva Antecipada de Vontade é um gênero de documento para a proteção da vontade do paciente, o qual o médico poderá justificar a sua conduta pela observância das disposições do paciente, protegendo também a sua conduta, podendo utilizar como meio de prova de defesa, inclusive.

Existe também a questão acerca da validade do documento. Em Portugal, por exemplo, onde a Diretiva Antecipada de Vontade é regulamentada por disposição legislativa (Lei 25/2012), o prazo de eficácia do documento é de cinco anos contados a partir da sua criação, sendo necessária a ratificação da vontade para que ela possa ser válida (DADALTO, 2016, p. 449). A necessidade de ratificação da vontade no país é justificada pelo rápido avanço tecnológico e novas condições de vida através da utilização, que possam vir a mudar a vontade manifestada. No Brasil, a Diretiva Antecipada de Vontade, bem como o Testamento Vital, não possuem validade limitada, e portanto, uma vez realizada, é válida até disposição contrária.

Apesar de o Brasil não apresentar lei para regulamentar o instituto, a Resolução 1.995/12 é considerada um grande avanço na garantia do direito fundamental à autonomia e dignidade do paciente acometido com doenças terminais. Através dessa Resolução, o Conselho Federal de Medicina, por mais uma vez, apresenta o pioneirismo e agilidade no atendimento das demandas da população no âmbito da sua competência.

Para Maria Elisa Vilas-Bôas (2012, p. 70), a norma do Conselho Federal de Medicina é suficiente para garantia dos direitos dispostos, e a criação de lei apenas tornaria mais burocrático o processo de manifestação da vontade, o que significa um

cerceamento da garantia de ter sua vontade manifestada. Para outra parte da doutrina, encabeçada por Luciana Dadalto, a regulação das Diretivas Antecipadas de Vontade e testamento Vital através de lei é a melhor alternativa para segurança jurídica da matéria, direito personalíssimo e constitucional de uma vida digna. Isso porque, para ela, ela, o que a lei viabilizaria a criteriosidade do registro, prevenindo a criação de um documento frágil e passível de anulação pelo judiciário (DADALTO, 2013, p. 9).

Luciana Dadalto (2016, p. 458) levanta a discussão que, apesar de em alguns países, como por exemplo os Estados Unidos, Diretiva Antecipada de Vontade ser considerada um documento ultrapassado para garantir os direitos individuais do paciente sobre a autonomia do paciente sobre o tratamento médico adotado em casos de terminalidade, em outros países, como o Brasil e a França, o debate acerca de sua implementação é latente.

A Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina se impõem no sentido de conferir mais segurança jurídica para os profissionais de saúde, que estão diariamente lidando com o conflito entre o cumprimento de vontade dos pacientes que não contavam que seus vontades seriam atendidas. Além disso, o reconhecimento da constitucionalidade gerou maior popularidade ao tema, sendo traduzido, na prática, pelo aumento exponencial do número de documentos registrado no Brasil.

Em pesquisa realizada em 2016 pelo Colégio Notarial do Brasil (2016, p. 60) demonstrou o crescimento de 771% de DAV foram registrados em Cartórios em todo o país após a criação da Resolução CFM 1995/12. Antes da Resolução, em 2011, o número de documento do gênero da Diretiva antecipada de Vontade no país foi de 79. Já em 2015, após a Resolução, o número saltou para 668, sendo, em números absolutos, os Estados São Paulo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais os que apontaram maior quantidade de documentos registrados.

Como dito, entre os problemas práticos que envolvem as Diretivas Antecipadas de Vontade, está o conflito entre a vontade do paciente e a adequação do ato médico em si. Em caso de conflito de pareceres, a Diretiva Antecipada de Vontade não deve ser interpretada de modo que exista a prevalência de uma sobre a outra. O documento é o reconhecimento que a relação médico-paciente se realiza com reconhecimento da alteridade, com estabelecimento de uma relação de corresponsabilidade (ALVES; FERNANDES; GOLDIM, 2012, p. 360). No entanto, quando há conflito entre pareceres

médicos, não médicos e a vontade manifestada pelo paciente no documento, deverá ser observada a autonomia do paciente manifestada, em consonância com o parecer médico, devendo ser tomada a medida mais benéfica para o paciente, desde que justificadamente, ou, sem caso contrário, prevalecerá a vontade manifestada (ALVES; FERNANDES; GOLDIM, 2012, p. 361).

Assim, lendo a autonomia do paciente na DAV, deve esta ser melhor interpretada como uma espécie de autonomia deontológica, e não formal, canônica (NUNES; ANJOS, 2014, p. 245). Além disso, autonomia do paciente não afasta a autonomia do médico, mas revela a alteridade presente na relação médico-paciente. Não há submissão, mas mútuo reconhecimento de uma co-presença ética nesta relação. Desse modo, a previsão da DAV na Resolução 1.995/12, conferiu mais segurança jurídica para o instituto no Brasil, inobstante a ausência legislativa acerca da matéria, possibilitando a participação ativa do incapacitado no processo decisório em período de terminalidade de vida.

3 A DISCIPLINA NORMATIVA BRASILEIRA ACERCA DA TERMINALIDADE DA VIDA

A matéria da terminalidade da vida no Brasil é disciplinada normativamente através das Resoluções do Conselho Federal de Medicina, quais sejam especialmente as 1.805/06, 1.995/12 e o Código de Ética Médica, não existindo lei que trate sobre essa questão. As Resoluções do Conselho Federal de Medicina são normas legais que se destinam a disciplinar a conduta do médico no exercício de sua atividade profissional, impondo-lhe sanções na esfera administrativa em caso de descumprimento. Para o estudo da força normativa das Resoluções do Conselho Federal de Medicina que se aplicam aos casos de terminalidade da vida, se necessário o esclarecimento acerca da natureza desta norma e de que modo se comporta no ordenamento jurídico brasileiro.

Considerando que vida social se desenvolve em um mundo de normas, desde o nascimento até a morte, por meio de normas morais e jurídica, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina, enquanto únicas normas que tratam sobre terminalidade de vida no Brasil, se enquadram como normas jurídicas. Isso porque elas correspondem ao “mínimo ético”, uma vez que estabelecem padrões de conduta e valores indispensáveis para a sobrevivência de determinado grupo social, no caso, dos profissionais médicos, e que apresentam validade, vigor, vigência, aplicabilidade, efetividade e legitimidade (SOARES, 2013, p. 16-22). Assim, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina é uma esquadria legal que traça medidas necessárias para a regularidade jurídica da conduta profissional do médico.

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina são normas oriundas do pluralismo social, uma vez que “resultam do exercício da prerrogativa conferida pelo sistema jurídico aos grupos sociais para a criação de seus respectivos ordenamentos jurídicos, submetido, contudo, ao sistema normativo posto genericamente pelo Estado” (SOARES, 2013, p. 33). De acordo com a Teoria Pura do Direito de Hans Kelsen, a Resolução do Conselho Federal de Medicina se enquadra no que deve ser a conduta ética do médico no seu exercício profissional (FONTELES, 1975, 2017).

São essas normas criadas pelo Conselho Federal de Medicina, autarquia pública federal, no exercício de suas atribuições, qual seja, em específico, a regulação da

atividade médica no Brasil. Por sua natureza, as Resoluções não estão sujeitas a aprovação ou referenda de qualquer outro poder, porque é um ato de autoridade que se funda na própria atribuição conferida ao Conselho Federal de Medicina, tratando de questões de ordem administrativa e regulamentar. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina apresenta a cultura de ser pioneiro ao tratar de temas polêmicos, incentivando o legislativo, por vezes, a tomada de ações, e que tem atendido com mais efetividade as demandas de uma sociedade cada vez mais complexa, dinâmica e técnica.

3.1 Das Resoluções do Conselho Federal de Medicina

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina são, hoje, as únicas normas brasileiras que versam sobre a matéria de terminalidade da vida, regulando condutas éticas médicas acerca de situações de pacientes que vivem nessas condições. Por isso, é indispensável a interpretação da norma sob a ótica da hermenêutica neoconstitucional para que seja possível se falar em segurança jurídica do instituto. As três principais Resoluções do Conselho Federal de Medicina que tratam sobre o tema são as 1.805/06, 1.995/12 e o Código de Ética Médica (Resolução CFM 1.931/09). Inobstante os questionamentos acerca da segurança e eficácia dessas normas para a garantia de direitos dos pacientes terminais, elas apresentam relevante papel social, na promoção de, além da regulação de direitos e deveres, debates acerca da matéria.

A Resolução CFM 1.805/06 trata expressamente da ortotanásia através da limitação da busca incessante pela cura (FRISO, 2009, p. 148). Muito foi discutida a constitucionalidade do referido diploma, inclusive por meio da Ação Civil Pública nº 2.007.34.00.014809-3, sendo por fim reconhecida a sua constitucionalidade. Três anos depois da sua publicação e um ano após ter sido declarada constitucional, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 1.931/09 (Código de Ética Médica), marcado pela forte presença nos princípios constitucionais da autonomia e beneficência.

É possível dizer que o Código de Ética Médica de 2009 regulamentou, de certa forma, a ortotanásia no Brasil, e vedou rigidamente a eutanásia, demonstrando a conotação

social do direito social ao respeito no fim da vida e o cuidado da morte. Após 3 anos da publicação do Código de Ética Médica o CFM editou a Resolução 1.995/12, trazendo pela primeira vez o reconhecimento do testamento vital e mandado duradouro, suas espécies de documentos que versam sobre a autonomia do paciente em momentos que precedem a morte, ou seja, o reconhecimento do direito do paciente de recusar medidas para o prolongamento de sua vida e/ou que não lhe oferecem benefício real. Sobre essa última em específico, muito se discute a sua constitucionalidade (DADALTO, 2013, p. 108).

As Resoluções em questão, como dito, são normas legais e que, segundo Luciana Dadalto (2013, p. 109), possuem eficácia imediata, dispensando a autorização por outro órgão e legislação infraconstitucional. Além disso, para a autora, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina possuem força de lei para os médicos, e que representam um importante passo na garantia dos direitos dos pacientes terminais no Brasil.

3.1.1 Resolução 1.805/06 e a ortotanásia

A Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina, ao tratar expressamente da ortotanásia no Brasil, traz a proteção especial aos pacientes terminais, com a afirmação indireta do caráter antiético da distanásia, conduta tão presente no ambiente hospitalar ainda hoje.

Em seu preâmbulo, a Resolução traz como fundamento jurídico primeiro o art. 1º, inciso III da Constituição Federal do Brasil, que trata sobre a Dignidade da Pessoa Humana. A fundamentação se mostra presente em todo o documento, e, logo no primeiro artigo dispõe sobre a ortotanásia: “É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal [...]”. No artigo segundo, atende aos anseios da medicina paliativa, no entanto ainda sem conceitua-la, quando diz no artigo 2º: “O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral [...] inclusive o direito da alta hospitalar”.

O posicionamento do Conselho Federal de Medicina nessa Resolução representou o início da mudança da medicina paternalista e de busca incansável pela cura, com a

adoção da filosofia da *hospice*. A filosofia *hospice* que em latim significa hóspede, convidado, traz para a norma a ideia do “hospital-lar”, em que o paciente deve preferencialmente ficar unido aos seus familiares, inclusive no momento de sua morte, atendendo as suas necessidades físicas, emocionais e sociais, respeitando a sua integridade, a continuidade do tratamento desejado (BOMTEMPO, 2013, p. 209).

O reconhecimento normativo da ortotanásia pelo Conselho Federal de Medicina gerou preocupação da classe jurídica, na medida em que poderia, através da interpretação da norma, abrir margem para a permissão indireta do homicídio por omissão, que é conduta típica prevista no artigo 121, §1º do Código Penal Brasileiro, uma vez que o médico tinha sob seu domínio o poder de evitar a morte do paciente e não o fez (RODRIGUES, 2011, p.160). Além disso, também foi questionado a regulação do direito à vida, que é de competência exclusiva do Legislativo por se tratar de matéria de Direito Fundamental e que, portanto, o Conselho Federal de Medicina não tinha competência para tal (NAVES; SÁ, 2015, p. 395).

Assim, o Ministério Público do Federal ingressou com a Ação Civil Pública tombada sob o nº 2007.34.00.014809-3 tendo por objeto a Resolução 1.805/06 do Conselho Federal de Medicina, com o intuito de revogar os efeitos da Resolução ou, alternativamente, o estabelecimento de critérios subjetivos e objetivos da prática de ortotanásia.

Entre as alegações do Ministério Público estão: que (i) o CFM não possuía legitimidade para regulamentar o direito à vida, o que estava sendo feito, porque estavam dispendo sobre a indisponibilidade do direito à vida, o que é de competência exclusiva do Poder Legislativo e (ii) tratava-se de norma *contra legis*, já que a autonomia e autodeterminação do paciente, no contexto socioeconômico brasileiro, poderia representar conduta típica do Código Penal, qual seja o homicídio por omissão do agente (art. 121, §1º do Código Penal Brasileiro).

O juiz de piso deferiu a antecipação de tutela, suspendendo os efeitos da Resolução, sob o argumento que trava-se norma *contra legis* que permitia o homicídio por omissão, e conseqüentemente, exercício regular da Medicina. O Ministério Público Federal, posteriormente, por meio da procuradora Luciana Loureiro Oliveira, emitiu parecer pela improcedência do pedido, entendendo que a referida Resolução não se tratava de representação de conduta típica, mas sim de ortotanásia, prática permitida no país, e assim não tinha o que se falar em ilegalidade. Após três anos da primeira

decisão, foi o pedido do Ministério Público Federal acatado e a liminar teve os seus efeitos suspensos, passando então a vigorar os efeitos da Resolução.

Portanto Resolução 1.806/06 do Conselho Federal de Medicina regula a atividade médica no país, de modo a reconhecer a conduta ética do profissional no respeito a autonomia do paciente de decidir acerca da sua submissão aos tratamentos médicos propostos. Não há o que se falar em permissão de medidas que antecipam a morte ou que configuram a eutanásia ou homicídio por omissão do agente. A medida mais benéfica para o paciente deverá ser definida em conjunto entre o paciente, seus representantes e o médico responsável, devendo este último informar adequadamente o prognóstico e as reais condições de saúde, bem como as medidas terapêuticas que se aplicam ao caso e as suas eventuais consequências.

A Resolução também não faz qualquer menção ou sugestão à prática de homicídio. O que o Conselho Federal de Medicina fez foi, no uso de suas atribuições conferidas constitucionalmente, de estipulação do dever médico de respeito a vontade manifestada pelo paciente do paciente, visando a sua beneficência, de modo a não promover o prolongamento forçoso do seu processo de morte, quando não há nenhuma chance clínica de cura ou melhora (MATEL, 2010, p. 376).

Portanto, o médico tem o dever de observar e respeitar a vontade do paciente, decidindo pela conduta terapêutica mais benéfica a aquele. O médico tem o poder de optar por conduta contrária a aquela manifestada quando, de modo fundamentado, demonstrar elementos aos quais justificam o não cumprimento da vontade manifestada pelo paciente.

Maria Helena Diniz (2011, p.735) ainda dispõem que a manifestação de vontade pelo paciente é importante para a proteção da sua autonomia acerca dos procedimentos aos quais deseja se submeter. No entanto, cabe ao médico, além das considerações manifestadas previamente, respeitar, além dos elementos não expressos, como temperamento e personalidade do paciente, o que considera a comunidade científica para que possam encontrar a medida terapêutica mais adequada ao caso.

Sendo assim, a Resolução 1.805/06 do Conselho Federal de Medicina é legal, constitucional, tendo a competência do órgão criador reconhecida pelo Poder Judiciário, uma vez que disciplina é a conduta ética do médico frente a situações de terminalidade da vida.

3.1.2 Resolução CFM 1.931/09 e a eutanásia

O Código de Ética Médica de 2009 (Resolução CFM 1.931/09) foi publicado em novembro de 2018, quase um ano após a sentença que declarou a constitucionalidade da Resolução CFM1.806/06 constitucional na Ação Civil Pública proposta pelo Ministério Público. Essa Resolução é o sexto Código de Ética Médica do Brasil e marcou a consolidação de uma nova fase na Medicina do país, sendo considerada o marco da quebra de paradigma, chamando atenção a necessidade da consolidação da medicina humanizada, com atenção aos princípios da autonomia do paciente e beneficência médica. Além disso, a Resolução 1.931/09 reabriu o debate acerca da regulamentação da prática da eutanásia no Brasil.

Antes de adentrar na resolução em si, é válida a breve contextualização histórica sobre a eutanásia. Como já dito, nem sempre houve uma precisa distinção entre “matar” e “deixar morrer”. Diego Garcia (*apud* LOPES; LIMA; SANTORO, 2018, p. 79), em um dos seus trabalhos mais relevantes sobre a eutanásia, destaca três períodos históricos distintos para a eutanásia, quais sejam “eutanásia ritualizada”, “eutanásia medicalizada” e “eutanásia autonomizada”.

Segundo ele, o primeiro esteve muito presente entre os povos primitivos quanto entre antigos, como por exemplo da eutanásia piedosa dos feridos de guerra. Nesse período, a eutanásia é vista como rito de passagem para proporcionar a “boa morte”. O segundo, a ritualização do processo de morte tinha como objetivo humanizar o processo de morte e que, muitas vezes tinha caráter econômico e eugênico. “As civilizações antigas legitimaram o fenômeno da eutanásia junto com o eugênico” (LOPES; LIMA; SANTORO, 2018, p. 80).

O cristianismo trouxe uma nova visão da dignidade, ao defender que se tratava de um atributo da pessoa humana, de direito à vida como um direito absoluto e pertencente a Deus, sendo portanto condenado tanto o suicídio como a eutanásia. Como é cediço, o ordenamento jurídico brasileiro, apesar de laico, ainda apresenta resquícios históricos do cristianismo. A Constituição Federal, por exemplo, não estabeleceu expressamente sobre a eutanásia (até porque não é o seu papel, a princípio, estabelecer condutas consideradas criminosas). O que faz a Constituição é proteger a vida humana e a sua dignidade.

O Código Penal, por sua vez, não dispõe sobre a eutanásia de modo específico, mas trata do “homicídio privilegiado”, que é aquele praticado por relevante valor moral e que é causa de diminuição da pena. A sociedade e o Estado brasileiro ainda não dispõem sobre muitas questões. O terceiro período, da “eutanásia automatizada” tem início com as questões discutidas pela bioética e direitos humanos, face a autonomia dos pacientes, o qual estamos vivendo atualmente (LOPES; LIMA; SANTORO, 2018, p. 80)..

Adentrando de modo contextualizado no tema, o Código de Ética Médica de 2009, como norma orientadora da conduta ético-profissional do médico é, além de regulador da prática médica, um indutor de transformações políticas. Isso porque exige da prática médica uma conduta mais humana, não automatizada, trazendo a eutanásia no contexto social brasileiro, sem, contudo, negar o seu principal objetivo: o reforço à autonomia do paciente.

É um marco importante para a bioética atrelado a prática médica, sendo um marco referencial da mudança de paradigma, já que até então não se tinha nenhuma disposição normativa que trouxesse o tema de modo tão evidente. A Resolução 1.931/09 trouxe também a correção de uma importante falha histórica, a da medicina paternalista e autoritária, que foi latente na relação médico-paciente durante séculos e que vinha sendo desestimulada na última década. À época da publicação do Código, o presidente do Conselho Federal de Medicina (2009, p. 24-25) se manifestou no sentido que este é assim um “novo código, mas não uma nova ética”, já que a beneficência está presente de forma basilar na medicina.

O primeiro capítulo do Código de Ética Médica de 2009 trata dos Direitos Humanos e, no inciso XXII, a norma deixa clara a escolha pela vertente horizontal na relação médico-paciente, adotando assim a filosofia dialógica. Nesse mesmo sentido, o capítulo IV traz, em seus artigos, a proibição do desrespeito ao direito do paciente e, especificamente no artigo 24 traz, inequivocamente, a vedação quando diz que é proibido ao médico “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer autoridade para limita-lo”.

É ainda relevante trazer a observação de Leonardo Pessini (2010, p. 127) quando diz que, diferente do Código de Ética Médica de 88, o Código de Ética Médica de 2009 assume a finitude do ser humano ao propor os cuidados paliativos, trazendo na norma

a disciplina da dignidade do processo de morrer: “Finalmente, por intermédio do novo Código de Ética Médica, a medicina brasileira quebra o silêncio da negação cultural da morte e entra no século XXI ao admitir o princípio da finitude humana”.

Sobre a disposição sobre a eutanásia, o Código de Ética Médica de 2009 veda de modo expresso e inequívoco a prática da abreviação da vida em seu art. 41¹, ainda que a pedido do paciente, mesmo que, segundo os parâmetros desse sujeito, ser esta a melhor conduta para si. Interpretando a norma de modo contextualizado à sua época, é possível dizer que trata-se de reafirmação da resposta aos questionamentos iniciados com a Resolução 1.805/06, marcando o posicionamento do Conselho Federal de Medicina sobre a vedação da eutanásia na prática médica brasileira. Como já abordado, é vedada a prática da eutanásia no Brasil. Assim, ao menos esclarecido o posicionamento do CFM sobre a eutanásia no Brasil.

As condutas esperadas dos profissionais médicos de maior relevância para a eutanásia está, dentre outros, nos Capítulos I, II, IV, V do Código de Ética Médica de 2009. Eles tratam, respectivamente, sobre os princípios fundamentais, o direito do médico, direitos humanos, da relação do médico com os pacientes e com seu familiares (GUIMARÃES, 2008, p. 245).

Adentrando a norma, a sua interpretação e aplicação, o primeiro capítulo, dos direitos fundamentais, são aplicados aos casos de maior complexidade, e que, poderiam conter interpretações acerca da prática da eutanásia. São normas de caráter geral, abstrato, com viés norteados das condutas tomadas nos casos concretos. Nos incisos I, II, V e XVI do Capítulo I indicam a essência comportamental do médico a questões diariamente enfrentadas.

O inciso XXV² diz que a medicina é destinada a saúde do ser humano e da coletividade, devendo ser aplicada sem qualquer discriminação, seguindo pelo art. 2º,

¹ Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

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

² Capítulo I, XXV - Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

que diz que o médico deve agir com zelo e com o melhor de sua capacidade profissional. O art. 5º trata da necessidade ética do médico de aprimorar de modo contínuo os seus conhecimentos de modo a melhor beneficiar o paciente. O art. 6º trata de o profissional médico pelo respeito à vida humana de modo absoluto, devendo este atuar sempre em benefício do paciente, e “jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade”.

O inciso XVI, por sua vez, diz que nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada tem o poder de limitar a escolha pelo médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente. Assim, é possível dizer que os artigos do Capítulo I do Código de Ética Médica de 2009 traduzem, de modo geral, a defesa da vida e o respeito absoluto por ela.

A leitura sistemática das referidas normas, de qualquer modo, ao mesmo tempo não indica um significado, para a vida, de bem ou valor pura e simplesmente intocável, tanto assim que se fala em busca da manutenção da dignidade e integridade do ser humano e em não uso do conhecimento médico para gerar dor e sofrimento (artigo 6º), em liberdade de ação do médico no diagnóstico e tratamento, sempre para beneficiar o paciente (artigo 16), e em uso do progresso científico e, portanto, da tecnologia à disposição em certo local e em determinada ética, também em benefício do paciente (artigo 5º). (GUIMARÃES, 2008, p. 247)

A análise sistemática do conjunto das normas médicas permitem concluir que as condutas eutanásicas, principalmente em relação à eutanásia passiva podem ser compreendidas, a depender do caso concreto, como susceptíveis de serem recebidas pelos princípios expressos no primeiro capítulo do Código de Ética Médica de 2009. No entanto, se analisarmos os artigos que seguem o primeiro capítulo, a afirmativa não mais é verdadeira, porque o próprio Código proíbe a abreviação, ainda que consensual da vida do paciente, como bem expresso no art. 66 deste diploma.

Os artigos 21 e 28 do Capítulo “Do Direito Médico”, expressam que o médico tem o dever de ser claro na indicação do melhor tratamento, tanto para o paciente como para os seus familiares. O art. 28 mais especificamente, traz a proteção do médico na prática de atos contrários aos ditames de sua consciência, os chamados “imperativos de consciência”, podendo o médico pode utilizar de posições pessoais, filosóficas e

sociais, tão quanto religiosas para justificar os limites de sua ética. São as situações mais costumeiras. (GUIMARÃES, 2008, p. 250)

Os artigos 56, 57, 59 e 61 do Código de Ética Médica, impõem vedações aos médicos como forma de expressão da autonomia do paciente, tanto de impelir o profissional a respeitar do direito do paciente em decidir livremente sobre suas escolhas terapêuticas, como obrigar ao profissional a usar todos os meios de tratamento disponíveis em favor do doente, informando de modo claro e objetivo os riscos e objetivos das medidas escolhidas e aplicadas.

Os artigos 61 e 66 tratam de modo mais específico sobre a eutanásia, sendo o primeiro relacionado à ortotanásia e eutanásia passiva e o último sobre a vedação da eutanásia propriamente dita, independentemente de ser ela ativa ou passiva. O art. 61 trata de continuação da assistência médica ainda que somente para diminuir o sofrimento. A norma ainda trata também da vedação a suspensão do tratamento terapêutico, não como abandono puro e simples, o que configura a infração ética e penal. O art. 66 trata da proibição da antecipação do período vital, ainda que a pedido do interessado ou do responsável legal, o também não é permitido eticamente (ao menos na norma codificada).

Então, o Código de Ética Médica veda a eutanásia, não sendo portanto, a conduta médica de abreviação da vida permitida nem pela norma ética tão quanto pela legislativa. Antes de sua publicação, o Conselho Federal de Medicina, à primeira vista, tinha entendido que a eutanásia não feriria a ética médica, de como contrário ao que dispôs a Resolução 1.805/06 (GUIMARÃES, 2008, p. 254). Deve-se considerar o já mencionado contexto social e político à época da criação da referida norma, que a bioética ainda estava apontando as suas discussões de modo mais expressivo, de atenção ao princípio da beneficência.

3.1.3 Resolução CFM 1.995/12 e as Diretivas Antecipadas de Vontade

A Resolução 1.995/12 do Conselho Federal de Medicina, publicada em 31 de agosto de 2012, dispõem sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), que como já dito, é documento no qual o paciente, quando capaz, manifesta o seu desejo em relação aos tratamentos aos quais deseja ou não ser submetido quando em momento de

terminalidade da vida, podendo inclusive constituir procurador para garantir a sua vontade nos casos de incapacidade superveniente. Essa Resolução acompanhou o progresso normativo encabeçado pelo novo do novo Código de Ética Médica, de reconhecimento da autonomia do paciente e da relação horizontal do médico-paciente, através da legitimação do testamento vital e do mandato duradouro, espécies das Diretivas Antecipadas de Vontade. Inegável que o direito à autonomia é o suporte ético dos mais importantes para o paciente, haja vista que diz respeito diretamente ao reconhecimento do manifestado direito à vida digna.

Essa Resolução reacendeu a discussão sobre os limites jurídicos do exercício da autonomia do sujeito, especialmente quando este manifesta antecipadamente a vontade da recusa a tratamento médico que tem por objetivo manter a vida. Em regra, essa discussão é polarizada, onde de um lado ficam os defensores do paternalismo estatal na tutela dos bens jurídicos e do outro os que cultuam o culto à autonomia do sujeito, desconsiderando a solidariedade e a fraternidade do tratamento e cuidado para com a pessoa humana. Acerca dessa autonomia, não há um consenso doutrinário acerca de qual posicionamento foi o adotado pelo Conselho Federal de Medicina nessa Resolução, mas cumpre dizer que o fato de reavivar essa discussão é de grande significado, tanto para o Direito como para a Medicina.

Para Mônica Aguiar (2013, p. 7), a Resolução 1.995/12 optou pelo modelo da autonomia pura do paciente, ou seja, de conservação da vontade real da pessoa, quando esta manifestada em pleno estado de capacidade cognitiva. Para ela, o modelo adotado pelo CFM nesta Resolução é a real aplicação do princípio do respeito à autonomia, de extensão da capacidade do indivíduo quando essa capacidade não mais existir. Mônica Aguiar (2013, p. 8) ainda faz a importante ressalva de que “cuida de hipóteses nas quais se pretende regular não atos patrimoniais que geram efeitos subjetivos para além da própria pessoa, mas questões atinentes a sua própria vida e saúde, cujos efeitos são, a rigor, limitados ao agente.”

Esse também é o entendimento de Maria Auxiliadora Minahim e Daniela Portugal (2015, p. 320), que entendem que essa conclusão se extrai da interpretação do artigo 2º, §1º da Resolução CFM 1.995/12 quando trata da possibilidade de designação de pessoa capaz de levar ao conhecimento do médico, bem como de exigir deste que as vontades manifestadas pelo paciente quando no gozo de suas faculdades mentais sejam levadas em respeitadas.

Nesse tocante, é válida a observação feita por Maria Auxiliadora Minahim e Daniela Portugal (2015, p. 320) acerca do alinhamento da autonomia do sujeito prevista no artigo 15 do Código Civil Brasileiro³ e o artigo 53 do Código de Ética Médica de 2009⁴, de que vedação ao desrespeito do interesse e integridade do paciente, estando a Resolução CFM 1.995/12 alinhada com a norma legislativa e com o Código de Ética Médica de 2009.

Deve-se chamar atenção para o indispensável cuidado do leitor na interpretação dos termos. A autonomia pura pregada pela Resolução 1.995/12 não se confunde com a liberdade irrestrita de ação. Para Miguel Kotton (2007, p. 27), deve-se estar alerta aos excessos da celebração da autonomia para que não gere prejuízos sociais significativos como por exemplo da de consensos éticos. A vontade do paciente manifestada através das Diretivas Antecipadas de Vontade se sobrepõem sobre os demais pareceres não médicos, ou seja, de procuradores ou familiares, quando devidamente registradas no prontuário. Ao médico, no entanto, cabe ou não considera-las, quando estas estiverem em desacordo com o Código de Ética Médica (PATTELA; ALVES; LOCH, 2014, p. 163).

A Resolução CFM 1.995/12 assume relevância porque insere no universo normativo a proteção da autonomia do paciente através de documentos legítimos, minimizando a lacuna jurídica sobre a matéria. Face a ausência legislativa sobre o tema, a hermenêutica jurídica assume papel ainda mais relevante neste contexto de temas tão relevantes como o da autonomia do paciente por normas infraconstitucionais como as Resoluções do CFM. A efetiva aplicação das Diretivas Antecipadas de Vontade depende da interpretação conjunta das normas sob a ótica neoconstitucional, sobretudo da Constituição e especialmente as que tratam do princípio da dignidade da pessoa humana.

Muito se questiona acerca da segurança jurídica da Resolução e das Diretivas Antecipadas de Vontade, tanto pelo médico, por eventuais penalidades na esfera administrativa ou penal, como pelo paciente, de ter a sua vontade respeitada. As

³ Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica

⁴ Art. 53. Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.

Resoluções do Conselho Federal de Medicina não possuem força de lei e o Poder Legislativo até o momento não regulamentou a matéria.

No entanto, apesar de parte da doutrina questionar a força normativa da Resolução 1.995/12, ela é uma importante norma jurídica, uma vez que traz pela primeira vez no ordenamento jurídico proteção da autonomia do paciente acerca dos procedimentos médicos aos quais deseja ou não se submeterá, atuando também na esfera política na popularização do tema e chamando atenção do Poder Legislativo acerca ausência de disposição legislativa acerca da regulação da manifestações de vontade do paciente.

Frente a esta realidade normativa, muito se discute sobre as implicações penais do cumprimento e do descumprimento das Diretivas Antecipadas de Vontade. A doutrina majoritariamente se manifesta no sentido de afastamento da tipicidade do tipo penal nos casos de acordo entre as partes envolvidas, quais sejam o paciente os seus representantes e o profissional médico, no caso e ainda de exclusão da ilicitude com quando houver consentimento em sentido estrito.

O consentimento do ofendido assume a natureza de causa supralegal de exclusão da ilicitude, vinculando, de um modo geral, o efeito justificante da manifestação de vontade do titular às seguintes condições: a) bem jurídico disponível; b) sujeito consciente capaz; c) consentimento anterior ou concomitante ao ato lesivo; d) consciência, por parte de quem pratica o ato lesivo, da existência de consentimento dado pelo titular do bem; e) inexistência de vícios de vontade no ato de consentir; f) consentimento que não contrarie a moral e os bons costumes. (MACHADO, 2011, p.1)

No entanto, apesar da questionável força jurídica da Resolução, é possível falar em força e aplicabilidade no ordenamento através da interpretação hermenêutica neoconstitucional. Para Luciana Dadalto (2013, p.65-66), o princípio da dignidade da pessoa humana, da autonomia e da proibição do tratamento desumano previstos respectivamente nos artigos 1º, III, 5º e 5º, III da Constituição Federal são suficientes para validar o documento no Direito brasileiro.

Para ela, a manifestação previa de vontade do paciente terminal é um exercício pleno do direito a liberdade, e este documento nada mais é do que um espaço para o indivíduo tomar decisões personalíssimas, as quais devem, como estas, ocorrerem sem interferência externas. As Diretivas Antecipadas de Vontade, como declarações

prévias de vontade, são documentos garantidores do art. 15 do Código Civil, de modo a evitar tratamentos fúteis.

Assim, a Resolução 1.995/12 é de suma relevância para o direito uma vez que, apesar de não tratar exclusivamente de situações de pacientes terminais, é a que possibilita o melhor atendimento a eles, no exercício da garantia de seus direitos constitucionais à autonomia e dignidade humana. A referida Resolução é então objeto de discussão em razão, principalmente, da questão do limite da autonomia do paciente *versus* a segurança jurídica do médico, do paciente ou, eventualmente, do seu representante.

3.2 A PRÁTICA MÉDICA E A TERMINALIDADE DA VIDA

Apesar de o Código de Ética Médica de 2009 ter uma das características marcantes a atenção ao princípio da beneficência e autonomia, o que impacta diretamente na relação médico paciente terminal, o ensino da medicina ocidental, de modo geral, é voltada para a cura prevenção, diagnóstico, tratamento efetivo e cura de doenças e não para o cuidado. Ou seja, cuidar da doença e não do doente, o que revela ser ineficaz para o cuidado de pacientes terminais. Aplicado a essas situações, essa lacuna na formação dos profissionais médicos fica ainda mais evidente, porque, apesar de conhecerem os conceitos e princípios norteadores para a atuação médica adequada no momento de terminalidade da vida, é comum a utilização de recursos que adiem a morte, improdutivamente, bem como o desconhecimento ou não aplicação das ferramentas para garantia dos direitos do paciente.

Em entrevista realizada entre médicos da rede privada de saúde de São Paulo sobre condutas médicas frente a terminalidade da vida, onde havia identificação de dados pessoais que permitissem a identificação do pesquisado, 40% dos entrevistados se recusaram a responder por considerarem a o tema demasiadamente polêmico e por não acreditarem na humanização e nos cuidados paliativos. Dentro os que responderam a entrevista, 70% disseram acreditam que os cuidados paliativos para pacientes terminais melhora a qualidade de vida dos mesmos, mas apenas 50% relatam seguir esses cuidados (OLIVEIRA *et al.*, 2011, p. 249).

A pesquisa não forneceu dados relativos a justificativa desses profissionais sobre a justificativa de não seguirem os cuidados paliativos, mas, no contexto social brasileiro, é possível afirmar que, de modo geral, o fornecimento de profissionais capacitados para a prática de cuidados paliativos é escassa, em que pese a alta demanda. Isso se dá, além de aspectos econômicos, pela falta de cultura da medicina ocidental de olhar o paciente visando o seu bem-estar, mas na tentativa constante de cura-lo do mal que o acomete.

Acerca dos dados, é possível extrair a análise que há, por grande parte dos médicos uma desatenção às disposições do Código de Ética Médica pelos os profissionais entrevistados, que refletem a realidade médica de modo geral. Para Castro (2001, p. 45), para que o princípio da autonomia exista na relação médico paciente é indispensável que o paciente tenha independência de vontade e ação, o que não se mostra presente na conduta profissional da maioria dos entrevistados.

Quanto aos que se recusaram a responder o questionário, ao dizerem não acreditar na humanização da medicina, o que não representa a atual orientação do Conselho Federal de Medicina, de atenção a esse tipo de cuidado, deixando transparecer que a realidade nos hospitais parece ser mais alarmante do que os dados pesquisados permitem concluir.

A pesquisa também mostra que, apesar de 60% dos entrevistados concordarem que a utilização de tecnologias para o prolongamento da vida é um fator complicador do quadro de terminalidade, 50% afirmam que utilizam aparelhos para prolongar a vida de seus pacientes. Um dos entrevistados para justificar o fato de utilizar de tecnologias para prolongar a vida dos seus pacientes em fase terminal, argumentou que, em razão de o Brasil carecer de legislação específica sobre a matéria, julga os casos conflituosos em conformidade com o Código de Ética Médica e a Constituição Federal, que trazem conceitos amplos e permitem que o julgador decida conforme o que julgar ser “bom-senso”, dando margem para o ativismo judicial e a insegurança jurídica, o que não passava para o profissional a segurança que a adoção de condutas mais benéficas ao paciente não lhe trariam consequência jurídicas (OLIVEIRA *et al.*, 2011, p. 251).

Com o intuito de verificar a realidade hospitalar brasileira acerca da conduta médica aplicada aos casos de terminalidade da vida, foi realizada pesquisa através da consulta de 75 profissionais médicos acerca das condutas pessoais tomadas quando deparados com situações terminais. A pesquisa não coletou dados pessoais que permitissem a identificação do entrevistado.

Foi verificado que, apesar de 96% considerarem a dignidade da morte aquela que ocorre sem sofrimento, tão somente com a intervenção médica necessária para aliviar a dor e sofrimento do doente, sem prolongamento ou abreviação direta da morte, ou seja, o que conceitualmente corresponde a eutanásia, aproximadamente 67% dos entrevistados responderam que já adotaram postura que não considerasse a mais benéfica para o paciente por receio de eventual responsabilização.

Nesse tocante, cumpre também evidenciar o conflito do médico em decidir qual paciente se beneficiará com o suporte tecnológico e qual não se beneficiará, já que a classificação desses estágio é envolto de complexidade, técnica e moral. É assim questionável a competência médica dos profissionais médicos em conduzir momentos tão sofridos da vida do paciente terminal como esses. Além disso, os dados evidenciam o verdadeiro receio médico por consequências de ordem legal, que portanto, optam pela medida que lhe é mais segura juridicamente.

Acerca do Testamento Vital e das Diretivas Antecipadas de Vontade, previstas e reguladas pelo Conselho Federal de Medicina na Resolução 1.995/12, 71,62% afirmaram que nunca tiveram contato com as Diretivas Antecipadas de Vontade e 10,81% disseram que nunca tiveram contato com o instrumento, o que evidenciam o desconhecimento da classe médica acerca dos institutos abordados nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina, assim como a falta de aproveitamento deles.

Dentre aqueles que tiveram contato com documentos do gênero das Diretivas Antecipadas de Vontade, 75% afirmaram que os pacientes que manifestaram a sua vontade tiveram as suas vontades respeitadas. Isso revela que, apesar do desconhecimento dos institutos, quando existentes, são respeitados pela classe médica.

Os dados considerados para a análise da prática médica brasileira aplicado aos casos de terminalidade permitem concluir que, de modo geral, a classe médica revela desconhecer as Resoluções do Conselho Federal de Medicina sobre a matéria. Além disso, a adoção de condutas protetivas pelo médico demonstram uma preocupação

por eventual responsabilização na esfera legal, o que os levam a, por vezes, não adotarem condutas as quais considerava a mais benéfica, enfrentando o conflito entre a medida mais benéfica, observando as disposições do Conselho Federal de Medicina, ou a adoção de conduta pautada na observância de norma que lhe conferir maior segurança jurídica aplicada ao caso.

4 A FORÇA NORMATIVA DAS RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina, como norma infralegal criada para a regulação da atividade médica no Brasil, tem eficácia imediata e prescinde de outras normas ou autorizações para produção de seus efeitos. No entanto, o que se questiona é a imperatividade das Resoluções do Conselho Federal de Medicina no seu âmbito de atuação, refletindo assim na análise da força normativa deste instituto jurídico.

Para Ester Gurjão (2014, p. 194), o primeiro requisito para análise da força de uma norma perante o ordenamento jurídico perpassa pela análise da competência do órgão competente para criá-la, modificá-la ou revogá-la, para que seja possível averiguar se a norma é capaz de assegurar a inderrogabilidade de certos direitos e garantias fundamentais e de princípios estruturais do estado Democrático de Direito.

A segunda condição é o compartilhamento pela comunidade jurídica da tese da força normativa da Constituição, uma vez que essas Resoluções utilizam-se de princípios alinhados com a constituição, como o da autonomia do paciente, da beneficência médica e da dignidade da pessoa humana para regular a conduta da classe médica. Deve assim haver o reconhecimento que toda norma constitucional é norma jurídica dotada de capacidade para produzir alguma modalidade de efeito jurídico. Além disso, a Resolução, como norma constitucional, passaria a constituir um “filtro”, através do qual todas as normas jurídicas devem ser interpretadas.

Além disso, o reconhecimento da aplicação direta das Resoluções, isto é, a força jurídica dessa norma, o seu reconhecimento como norma jurídica dotada de imperatividade, que deve ser interpretada à luz da Constituição como o objetivando a preservação da validade jurídica também são um requisito para a identificação da força normativa das Resoluções do Conselho Federal de Medicina aplicadas aos casos de terminalidade da vida.

No Brasil, o reconhecimento da força normativa da Constituição decorrente do processo de ascensão do Direito Constitucional para o centro do ordenamento jurídico, operou-se a partir da consagração da chamada doutrina brasileira da efetividade, que, consoante Luiz Roberto Barroso

(2006), consolidou-se como um mecanismo de enfrentamento da insinceridade da norma e da superação da supremacia política exercida fora e acima da Constituição. (GURJÃO, 2014, p. 174)

Segundo Sergio Domingos Pitelli (2002, p. 42), As Resoluções do Conselho Federal de Medicina, por serem normas deontológicas, não legislativas, produzidas por autarquia federal, é mais próxima das reais demandas da sociedade. Para ele, o processo de criação mais rápido do que a norma legislativa, favorecendo a adequação da norma à realidade, e assim, conseqüentemente, maior probabilidade de expressão da sua força normativa perante o ordenamento jurídico brasileiro.

Portanto, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina são normas infralegais, de competência do Conselho Federal de Medicina no exercício de suas atribuições, que se destinam a disciplinar a conduta profissional do médico no Brasil. A análise da sua força jurídica perante o ordenamento jurídico brasileiro perpassa pela identificação da competência do órgão criador, no caso, o Conselho Federal de Medicina, para tratar sobre a matéria da terminalidade da vida, a capacidade de produção dos efeitos, bem como quais sujeitos de direito estão a ela vinculados e são por ela atingidos.

4.1 DA COMPETÊNCIA DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O Estado brasileiro, para o cumprimento do atendimento às necessidades públicas, se organiza administrativamente de forma a que o serviço público seja eficaz e atinja os objetivos pretendidos. Assim, de modo a apresentar serviço público eficaz, conferiu ao Conselho Federal de Medicina, por meio do artigo 1º da Lei nº 3.268/57¹ o status de autarquia federal, e portanto, pertencente a administração pública indireta. Portanto, o Estado brasileiro criou entidade própria para o exercício desejado, qual seja, o da supervisão, julgamento e disciplina do exercício médico, com capacidade de influenciar na sistemática estrutural da saúde no país (MELLO, 2006, p. 37).

A administração pública indireta, a qual pertence o Conselho Federal de Medicina, de acordo com o art. 4º, inciso II da Lei 200/67, é composta por entidades dotadas de

¹ Artigo 1º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

personalidade jurídica própria, quais sejam a autarquia, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações públicas. A autarquia, portanto, é uma organização gerada pela vontade do Estado através de lei, é dotada de certa autonomia e independência para a prática dos seus atos, mas que, no entanto, mas que fica sempre sob a fiscalização ou subordinação do Estado (SILVA, 2006, p. 172).

A principal característica da autarquia, e assim do Conselho Federal de Medicina, é que esta não se vê direta e hierarquicamente subordinada a outro órgão da administração, desde que suas atribuições são assinaladas na própria lei que as institui, e exercida de igual modo, sob a exclusiva responsabilidade de seus administradores, nomeados sempre pelo Poder Executivo.

Segundo o artigo 2º da Lei nº 3.268/57², o Conselho Federal de Medicina tem como função supervisionar a ética profissional no âmbito da jurisdição brasileira, cabendo também disciplinar, julgar, zelar e trabalhar por todos os meios ao alcance para o perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e daqueles que a exerçam legalmente.

Além disso, o Conselho Federal de Medicina ocupa posição *sui generis* entre as autarquias administrativas. Isso porque, segundo Sergio Domingos Pitelli (2002, p. 42), ela possui capacidade de influir na sistemática estrutural da saúde brasileira, apresentando o potencial de influenciar todo o sistema jurídico, bem como administrativo e político do país, como por exemplo de pressionar o legislativo a criar novas disciplinas e influenciar políticas públicas e saúde.

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina, como normas que disciplinam a conduta médica para o desempenho ético da profissão não podem portanto, tratar de matéria que extrapolam a sua competência, e é justamente nesse ponto que questiona-se a competência dessa entidade para regulamentar a terminalidade da vida no Brasil.

² Art. 2º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

4.1.1 Do princípio da legalidade

O artigo 37, *caput* da Constituição Federal de 1988³ estabelece expressamente o dever de obediência da administração pública de qualquer dos Poderes aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. O princípio da legalidade, por sua vez, significa que a atuação da entidade autárquica só é permitida se houver prévia e expressa permissão legal (ROSA, 2010, p. 40). Já o princípio da reserva da lei, diferente do da legalidade, é a limitação à reforma de regulamentação a determinadas matérias, cuja natureza e indicada pela legislação. Ambos tocam o poder deferido, o primeiro no sentido amplo e o segundo no sentido estrito.

Assim, o princípio da legalidade é o da completa submissão da Administração às leis. Esta deve tão-somente obedecê-las, cumpri-las, pô-las em prática. Daí que a atividade de todos os seus agentes, desde o que lhe ocupa a cúspide, isto é, o Presidente da República, até o mais modesto dos servidores, só pode ser a de dóceis, reverentes obsequiosos cumpridores das disposições gerais fixadas pelo Poder Legislativo, pois esta é a posição que lhes compete no Direito brasileiro. (MELO, 2006, p. 98)

A obediência ao princípio da legalidade também está prevista no artigo 5º, incisos II e XXXV, bem como no artigo 84, inciso IV, ambos da Constituição Federal, como regra válida para todo sistema, no qual ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei.

Segundo Alexandre de Moraes (2005, p. 200), as normas criadas pelo Conselho Federal de Medicina tangencial a reserva legal relativa, porque embora exija lei formal, permite que sejam fixados parâmetros de atuação para o órgão administrativo, podendo ser completado por um ato infralegal, respeitando os limites e requisitos da legislação e Constituição.

Nesse contexto, para a análise da efetiva força normativa das Resoluções do Conselho Federal de Medicina, segundo Jacson Medeiros e Rocco Neto (2016, p. 110), é necessário redimensionar, sob a ótica neoconstitucionalista, o princípio da legalidade, que se tornou obsoleto quando pregado exclusivamente nos termos do

³ Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência

mundo fechado do formalismo, voltado exclusivamente para a produção normativa pelo legislativo, que não mais atende as requisições de uma sociedade cada vez mais complexa.

A dificuldade técnica que demanda a criação da norma legislativa dificulta o exercício, pelo poder Legislativo, da sua função principal. Segundo Cleve (*apud* MEDEIROS; NETO, 2016, p. 121), a questão enfrenta o entrave porque, o Estado social e a sociedade técnica exigem do Legislativo um preparo técnico que não pode ser encontrado em um órgão cuja composição não é de especialistas, e sim de mandatários eleitos. E segundo porque o órgão legislativo nem sempre pode ser célere, uma vez que apresenta-se em estrutura colegial, com número sempre pequeno de congressistas, não tendo possibilidade de exigir a tomada de decisão tão rápida.

A complexidade social se mostra cada vez mais técnica e exigente, demandando uma produção normativa cada vez mais intensa, sobrecarregando a atuação do Poder Legislativo. A simplificação do processo legislativo pela entrega de parte da função normativa a outros órgãos, como o Conselho Federal de Medicina, dentro da sua competência atribuída pela Constituição é o caminho viável para responder as crescentes e exigentes demandas sociais.

Por consequência da excessiva demanda normativa para atendimento das demandas sociais, bem como pelo despreparo técnico do núcleo parlamentar, hoje existe um processo de deslegalização, ou seja de retirada, pelo próprio legislador, de certas matérias, do domínio da lei, passando a ser domínio do regulamento, propiciando a ampliação dos polos normativos (MEDEIROS; NETO, 2016, p. 126).

A lei de deslegalização, portanto, gera uma degradação na hierarquia normativa da regulação, pois permite que a matéria regulada por lei anteriormente possa ser regulada por meros regulamentos. A lei deslegalizadora não chega a determinar o conteúdo material da futura normatização administrativa, limitando-se a estabelecer standards e princípios que deverão ser respeitados na atividade administrativo-normativo (MEDEIROS; NETO, 2016, p. 127).

Nesse contexto, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina, pioneiras na abordagem normativa acerca da terminalidade da vida no Brasil, expressa a sua força jurídica porque tende a observar com mais proximidade as necessidades sociais do

direito material pleiteado e, ao mesmo tempo, apresenta-se alinhada com os direitos e garantias previstas pelas normas legislativas.

4.1.2 Dos limites objetivos da matéria

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina diferem-se das leis por sua origem – enquanto a primeira provém do Executivo e a segunda do Legislativo, e, entre outros motivos, porque as disposições dessas resoluções devem seguir estritamente aquilo que prevê a lei, em razão da observância do princípio da legalidade no Direito brasileiro. Assim, as Resoluções editadas pelo Conselho Federal de Medicina deverão dispor apenas sobre matérias adstritas a sua competência e permitidas pela legislação brasileira.

Onde se estabelecem, alteram ou extinguem direitos, não há regulamentos – há abuso do poder regulamentar, invasão de competência legislativa. O regulamento não é mais do que auxiliar das leis, auxiliar que sói pretender, não é raro, o lugar delas, mas sem que possa, com tal desenvoltura, justificar-se e lograr que o elevem à categoria de lei. (MIRANDA *apud* MELLO, 2006, p. 327)

Existe a preocupação acerca da capacidade dos instituidores dessas normas extrapolarem a competência que lhe é conferida para legislar sobre determinada matéria que possa não ser de sua competência. No tocante a terminalidade da vida, por exemplo, há essa preocupação. Isso porque existe um liame muito sutil entre a regulação da atividade médica sobre o direito à vida e a regulação do direito à vida. Essa última é de competência exclusiva do legislativo, uma vez que trata de matéria constitucional, e assim não pode ser objetivo de regulação pelas Resoluções.

A Resolução 1.805/06, por exemplo, teve a sua constitucionalidade questionada pelo Ministério Público na Ação Civil pública justamente em razão do questionamento acerca da extrapolação da matéria de competência do Conselho Federal de Medicina. O que foi Discutido na Ação Civil Pública era se o Conselho Federal de Medicina estava, ao tratar da ortotanásia para pacientes terminais, tratando do direito sobre a vida ou do direito à vida. Este último, se fosse objeto da Resolução, deveria ter sido declarada inconstitucional, porque a competência para tratar sobre o direito à vida é

de competência exclusiva do poder legislativo, uma vez que trata-se de direito fundamental assegurado pela Constituição.

A Resolução 1.995/12 também sofreu questões relativas ao questionamento acerca da matéria regulamentada. Isso porque dispõem acerca do Testamento Vital, e questionava-se se, ao tratar do documento estava tratando da regulação da conduta ética do médico ou de ato do paciente, o qual não seria a sua competência.

Desse modo, as Resoluções devem estar limitadas a tratar da matéria que competência da entidade, no caso, o Conselho Federal de Medicina, de supervisão, julgamento e disciplina do exercício médico. As Resoluções, portanto, não podem versar sobre matéria de competência do legislativo, bem como não pode dispor em sentido contrário dessas, estando a sua matéria limitada a o que a competência do Conselho Federal possui competência para regulamentar, bem como deve estar de acordo com a legislação vigente no país.

4.2 DA VINCULAÇÃO DOS SUJEITOS

Os médicos, como sujeitos destinatários das Resoluções do Conselho Federal de Medicina, são, em tese, os únicos que estão vinculados a essas normas. No entanto, as normas do Conselho Federal de Medicina que versam sobre a terminalidade da vida, especialmente a 1.995/12, que trata sobre o testamento vital, indiretamente regulam atos do paciente, ao trazer requisitos para a validade do documento de manifestação de vontade.

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina são normas infralegais, e portanto, de natureza administrativa, que vinculam o médico nessa esfera. No entanto, embora o profissional esteja administrativa e vinculado ao conteúdo dessas Resoluções, caso a manifestação da vontade manifestada do paciente esteja em desacordo com a norma legislativa ou em conflito com princípios médicos, o médico possui o poder discricionário de não acata-las, desde que de modo justificado, em razão do (BARCELLOS, BUSSINGUER, 2013, p. 2694).

Nesse sentido, Elda Coelho de Azevedo Bussinguer e Igor Awad Barcellos (2013, p. 2693) entendem que a inexistência de lei autorizativa que vincula o profissional médico à manifestação antecipada de vontade de pacientes terminais compromete a eficácia da resolução, visto que, em determinados casos, pode o médico seguir a sua própria consciência, ou desejo dos familiares ainda que contrários à vontade do paciente.

Assim, conforme a hermenêutica neoconstitucional, não se trata de retirada de eficácia das Resoluções do Conselho Federal de Medicina, porque o médico está obrigatoriamente vinculado a essas disposições na esfera administrativa, sujeito a sanções disciplinares em caso de inobservância. Contudo ele não age em contrariedade à lei, desde que sua atitude esteja em acordo com os princípios previstos nos Código de Ética Médica – tais quais beneficência, não maleficência, autonomia no exercício profissional.

4.2.1 Da transferência de direitos personalíssimos

Direitos personalíssimos ou da personalidade são direitos inerentes ao ser humano com sua finalidade em si mesmo, trata-se de uma prerrogativa única e pessoal de cada ser humano no exercício de sua subjetividade como indivíduo. Segundo Carlos Bittar (1989, p.7), são direitos personalíssimos:

Direitos personalíssimos são direitos próprios da pessoa em si, existentes por sua natureza, como ente humano, com o nascimento, mas, são também direitos referentes às projeções do homem para o mundo exterior (a pessoa como ente moral e social, ou seja, em seu relacionamento com a sociedade).

Caio Mário da Silva Pereira (2017, p. 202) defende que os direitos da personalidade, do qual decorre o direito personalíssimo, não constituem um direito em si, mas que sim dela se irradiam direitos. Assim existe um fuso mínimo garantido pela nossa Constituição Federal como invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra, a imagem das pessoas, assegurando o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação (art. 5º, inciso X da Constituição Federal).

O Código Civil de 2002, diante da autorização constitucional elencou em seus artigo 11 ao 21, capítulo destinado aos direitos personalíssimos, colocando-os como

intransmissíveis e irrenunciáveis, não podendo o seu exercício sofrer limitação voluntária, ou seja, indisponível. Segundo Luiz Roldão (2002, p.13), tais direitos,

Consideram-se absolutos, extrapatrimoniais, intransmissíveis, imprescritíveis, impenhoráveis, vitalícios e necessários, subdividindo-se em direitos à integridade física e à moral. Compreendem os primeiros o direito à vida, sobre o próprio corpo e ao cadáver.

Portanto, trata-se de uma fonte que emana direitos que se baseiam na dignidade da pessoa humana como princípio base constitucional e que possuem algumas características próprias, como ser um direito absoluto com a exigência de respeito universal, que não cabem mensuração patrimonial, que não pode ser transferido para outrem, não se perdem com o tempo, sendo imprescritíveis, irrenunciável e perduram até o fim da personalidade humana com a morte (LEITE, 2001. p. 157).

Desta forma, é de fácil compreensão que tais direitos não podem ser exercidos pela pessoa que não seja o titular deles. Luciana Dadalto (2013, p. 35) entende que, no Brasil, no caso de manifestação de vontade por menor de 18 anos, ainda incapaz para o exercício de suas funções sociais e direitos de fato, mesmo tendo a capacidade psicológica para tal, é impedido pelo Código Civil de ter sua autonomia levada em conta pelo profissional médico. Ou seja, mesmo possuindo capacidade cognitiva para definir quais os tratamentos que deseja se submeter, é esse sujeito incapaz de desenvolver sua dignidade, devendo o seu direito personalíssimo, em tese intransferível, transferido para o seu representante legal.

A adoção do critério etário puro é, portanto, iníquo e se esbarra em um confronto da autonomia do paciente no exercício de seus direitos personalíssimos, este intransferível. Como dito, na Colômbia, por exemplo, a manifestação de vontade de paciente maior de 14 anos já tem previsão legal e deve, portanto, ser respeitada, considerando a capacidade cognitiva do sujeito para definir quais medidas terapêuticas desejam ou não ser submetido.

No Testamento Vital, que tem previsão na Resolução CFM 1.995/12, existe a possibilidade de definir que um terceiro tome as decisões acerca das medidas terapêuticas que o paciente deseja ou não se submeter. Assim, melhor dizendo, a Diretiva Antecipada de Vontade é também um instrumento que terceiriza a autonomia

do paciente e portanto transfere direito da personalidade para outra pessoa que não é titular dela (CORRÊA; CARVALHO, 2016. p.4). O artigo 2º, §1º da Resolução 1.995/12⁴ diz que, em caso de designação de representante para tal fim, essas informações devem ser consideradas para tal fim.

4.1.3 Da vinculação do médico e da família do paciente

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina, como dito, são normas que destinadas a regulação da atividade médica no Brasil, estando, portanto, apenas esses profissionais juridicamente vinculados a essas normas. A família ou eventuais representantes legais, no entanto, não estão juridicamente obrigadas a observar as manifestações documentadas pelo paciente através da Diretiva Antecipada de Vontade.

O § 3º do art. 2º da Resolução CFM nº 1.995/2012⁵, dispõem que o médico deve seguir a sua obrigação de assistência e zelar pela vontade do paciente, de modo que, em outras palavras, as diretivas antecipadas de vontade do paciente prevalecerão qualquer outro parecer não médico. Ou seja, caso a família expresse vontade diferente da manifestada pelo paciente na Diretiva Antecipada de Vontade acerca da medida terapêutica a ser adotada, deve prevalecer a vontade do paciente, em proteção ao direito de sua autonomia.

O §2º do art. 2º da resolução 1.995/12 dispõe 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”. Ou seja, caso a manifestação do paciente ou de seu representante

⁴ Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

⁵ Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

designado esteja viciada por ir de encontro com as disposições do Código de Ética Médica, o médico possui a prerrogativa de não levar em consideração a vontade manifestada, devendo este, por estar vinculado às Resoluções do Conselho Federal de Medicina, obedecê-las, preservando a imagem ética da classe profissional.

O profissional médico está vinculado às resoluções do Conselho Federal de Medicina, em razão com competência para regulamentar o exercício médico no país. No entanto, a manifestação de vontade que demande ato proibido pela lei positiva ou em confronto com o Código de Ética Médica, bem como como que não seja a mais benéfica para a vida do sujeito ou de pacientes que não estão em estado terminal, permitem ao médico, de acordo com o princípio da beneficência médica, a agir de modo contrário à vontade manifestada, sem que esteja sujeito a sanções na esfera administrativa.

No entanto, cumpre esclarecer que direito à liberdade de atuação profissional do médico, garantido constitucionalmente, é correlato à obrigação de não prejudicar à outros. O respeito à autodeterminação do paciente tem, portanto, validade *prima facie* e não pode ser sobrepujado por considerações morais concorrentes à do profissional.

O médico no cumprimento de suas funções está adstrito às regras impostas pelo Conselho Federal de Medicina por meio das Resoluções e outras normas técnicas. A inobservância de tais normas pelo profissional acarreta em infrações ético-disciplinares, e portanto, isso significa dizer que o médico não deve absoluto respeito à vontade manifestada pelo paciente quanto à melhor terapêutica a ser adotada diante da fase terminativa da vida. Todavia, necessário destacar que tal padrão de comportamento não é a regra no meio profissional médico, conforme Silvana Cogo (*et al*, 2016, p.69):

Dificuldades e desconfortos vivenciados pelos profissionais ao abordar a terminalidade parecem justificar sua opção de prosseguir investindo em tratamentos a pacientes terminais, em vez de discorrer e dialogar sobre possibilidades de procedimentos em final de vida.

No caso de falta de consenso entre familiares do paciente, o médico deverá, segundo o §5º da resolução 1.995/12⁶, recorrer ao órgão que seja capaz de avaliar a conduta

⁶ Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

ética do profissional de modo preventivo para fundamentar a sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender que essa seja a medida necessária e suficiente para evitar responsabilização administrativa, bem como na esfera penal ou cível.

No entanto, essa medida não é habitualmente observada pelos profissionais médicos. A pesquisa evidenciada no Tópico 3.2 desse trabalho evidenciou a falta de conhecimento dos médicos acerca de determinados institutos previstos na Resoluções do Conselho Federal de Medicina, o que corrobora com o entendimento manifestado por Silvana Cogo (2016, p. 69), no sentido de que há um desconforto por parte do médico em prosseguir a insistir com o tratamento a pacientes terminais em prol da vida, ao invés de investir nas alternativas de procedimentos para uma melhor terapêutica a ser adotada para o final da vida. Portanto, a prática diária do exercício médico é cega diante de determinadas previsões normativas, podendo ser punido administrativamente e penalmente acerca da sua conduta, quando esta em desconformidade. A inobservância por desconhecimento ou praticidade de conduta diversa extrai desse profissional a segurança do profissional pela conduta praticada.

Assim, segundo Maria Elisa Villas-Bôas (2005, p. 145), as resoluções do Conselho Federal de Medicina devem servir como parâmetro, sobretudo, de como tratar o paciente, e que tal a esfera administrativa não antecede nem afasta todo o controle jurídico, o que na verdade deve haver é uma plena consonância. Cabe ao Conselho Federal de Medicina, como uma autarquia, integrante da administração pública indireta apenas o controle administrativo, fiscalizando e normatizando determinadas condutas profissionais.

Portanto, o profissional médico em sua atuação frente a uma situação de conflito ético nos casos de terminalidade da vida, bem como os demais, deve aplicar todos os preceitos bioéticos atinentes conforme regulamentação do Conselho através das Resoluções e aliar isso sempre a autonomia do paciente. É importante frisar que existe, em determinadas situações, verdadeiras antinomias jurídicas, que inobstante a hierarquia das normas jurídicas, deve sempre prevalecer o que for melhor para o paciente, estando a família vinculada a observância das disposições legais legislativas

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

e o médico de, além dessas, as disposições do Conselho Federal de Medicina sobre a matéria. É preciso adotar uma interpretação conforme o sistema de pesos e contrapesos, de modo a sopesar o princípio e o bem jurídico tutelado, a vida digna, devendo ter como princípio norteador o da dignidade da pessoa humana.

Assim, o Código de Ética consiste em um modelo benigno-humanitário com ênfase nos princípios bioéticos da beneficência e da não-maleficência, além do da autonomia do paciente visando aos melhores interesses do paciente. Ou seja, não significa dizer que a autonomia foi, com isso, menosprezada nesse contexto ou mitigada, mas que esta deve ser interpretada em consonância com outros valores elencados por tal diploma normativo (VILLAS-BÔAS, 2005, p.146)

No que concerne à assistência ao paciente terminal de doença crônica e intratável, a presença da família tem um papel crucial, pois como a terminalidade é um diagnóstico difícil e determinante, a tendência do paciente é não aceitação desse resultado. Essa fase é chamada de negação, dentro do contexto das 5 fases do luto, leia-se notícia difícil identificadas pela psiquiatra Elisabeth Kubler-Ross. Tais fases classificam-se em: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (ROSS, 1991, p.172). Passar por esses estágios requer um suporte psicológico e o apoio da família. Neste momento, a família irá determinar a reação do indivíduo ou inclusive tomar a decisão por ele, conforme o subtipo das DAV. Nesse sentido, Valduga e Hoch (2012, p.15-32):

Os familiares, em especial, o familiar cuidador do paciente terminal, possuem um importante papel nesse contexto, pois as suas reações contribuirão nas respostas do paciente. A atenção dispensada ao paciente é muito importante, mas é de igual importância que seja dirigida uma atenção especial também ao seu familiar cuidador. De acordo com Pereira e Dias (2007), a situação em que o paciente se encontra, de dor, de degenerações físicas e psíquicas, afeta de forma efetiva o familiar que cuida dessa pessoa, gerando sentimentos ambivalentes. De um lado, o desejo de morte do ente querido, com o intuito de aliviar o sofrimento de ambos. De outro, o sentimento de culpa, de impotência frente ao sofrimento deste.

Ao confrontar as resoluções que tratam sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, como no caso do mandato, é possível depreender a verdadeira importância da plena congruência de interesses entre os pacientes e seus respectivos familiares, pois estes mesmo com o devido conhecimento da vontade do paciente podem tomar condutas não equivalentes. Neste caso, faz imperioso o prontuário médico por se tratar de um

documento que servirá como meio de prova para uma análise jurisdicional e resolução da lide, para a persecução da preservação da autonomia do paciente e garantir, in concreto, sua dignidade.

É importante frisar que esta possibilidade revela que não há vinculação da família ao desejo do paciente em fase terminativa, não estando os familiares compelidos, do ponto de vista jurídico, a concordar com o desejo do paciente. De forma distinta, os médicos têm menos liberdade em sua atuação, já que a relação em sua atuação é predominantemente técnica e profissional, contando com a fiscalização e normatização do CFM, respeitadas as devidas ressalvas e situações excepcionais determinadas no mencionado §2^a do artigo 2^o da Resolução CFM nº 1.995/2012.

Tal discordância – entre a vontade do paciente, dos familiares e a autonomia do exercício profissional do médico – evidencia um importante debate sobre a discrepância de poderes na conduta frente a mesma situação. Ocorre que, nesse contexto, cabe ao médico esclarecer as alternativas terapêuticas para tratar a fase terminativa, além de buscar o Comitê de Ética da instituição hospitalar e o Conselho federal de Medicina para sanar a dúvida acerca de qual deve ser a conduta ética desse profissional. Assim, o médico, como único destinatário das Resoluções do Conselho Federal de Medicina, deve adotar as medidas terapêuticas mais adequadas ao caso, observando a autonomia do paciente, a vontade da família, bem como os seus conhecimentos técnicos acerca do caso, em conformidade com o diploma normativo.

4.3 DA OMISSÃO LEGISLATIVA

Como já abordado nos tópicos anteriores, o Brasil é omissos quanto a disposições legislativas sobre a terminalidade da vida. Atualmente essa matéria é abordada pelas Resoluções do Conselho Federal de Medicina, tratando acerca da conduta médica frente a esse tipo de situação.

De acordo com Mônica Aguiar (2013, p. 2) a omissão legislativa sobre essa matéria não se dá apenas por dificuldade no processo de criação da norma legislativa no país. Para ela, a disparidade das camadas sociais no Brasil dificultam o diálogo entre a sociedade e conseqüentemente a normatização de questões éticas que envolvem profundas análises da sociedade. A questão sobre a regulação dos direitos

envolvendo a terminalidade da vida também possuem relação direta com o interesse econômico das indústrias médicas. As tomadas de decisões na terminalidade da vida além de dividir opiniões na sociedade, refletem sobre somas dinheiro das indústrias farmacêuticas de equipamentos médicos e hospitalares e, portanto, a questão não é tão simples.

O Conselho Federal de Medicina, ao se posicionar sobre temas bioéticas atrelados a terminalidade da vida gerou polêmica, sofreu pressão e desagradou parte dos interessados pelo silenciamento do assunto na sociedade brasileira. A postura dessa entidade veio atrelado a um importante papel social, o de despertar e trazer o assunto para o dia a dia dos hospitais e pessoas de um modo geral. No entanto, isso não tem sido suficiente para diminuir a força dos interesses contrários a criação de diplomas legislativos sobre a terminalidade.

Existe hoje no Brasil apenas um projeto de Lei em tramitação do Senado Federal que versa sobre a autonomia do paciente em fim de vida. O PL 149/2018, que trata sobre a possibilidade de declaração antecipada acerca de tratamentos médicos futuros, enquanto se encontre em fase terminal ou acometido de doença grave ou incurável. Esse projeto de Lei apresenta-se contrário às disposições do Conselho federal de Medicina sobre a matéria e tem sido bem recebido pela comunidade jurídica de modo geral.

Um segundo projeto de lei, o PL 276/2018, que foi proposto também neste ano, teve a tramitação encerrada após três meses a pedido do autor, o Senador Paulo Rocha. Esse projeto caminhava a atual posicionamento do CFM e ao princípio da autonomia e beneficência, e colocaram o Brasil mais próximo do mapa de países que possuem legislação sobre as declarações na terminalidade da vida, como por exemplo os Estados Unidos, Espanha, Argentina, Uruguai, Portugal, França e Itália.

Para Luciana Dadalto (2018, p.1), a omissão legislativa é hoje um grande desafio para a solução de casos que tenham, de algum modo, relação sobre a tomada de decisões no fim da vida. Isso porque, por não existir disposição específica, a utilização dos princípios constitucionais, norma positivas de sentido aberto, possibilita múltiplas interpretações, ao depender do sujeito julgador.

Na prática, isso implica dizer que, o poder judiciária assume as rédeas do poder legislativo para traçar condutas, que apesar de não positivadas, fazem leis. Em outras

palavras, a omissão legislativa acerca da terminalidade da vida tem traz como uma das consequências o “ativismo judicial”.

O ativismo judicial permite que o magistrado possa tomar tanto uma decisão progressista como conservadora, e por isso não é possível afirmar que será esta uma conduta adequada ou inadequada diante de todos os casos possíveis, especialmente os casos que demandam maior complexidade. Essa conduta do Poder Judiciário é avaliado de acordo com a frequência que um determinado magistrado ou tribunal invalidar medidas e atos tomados por outros sujeitos, como no caso das Resoluções do Conselho Federal de Medicina. No caso, o Judiciário assume a postura de legislador tendo como norte a tentativa de amenizar a omissão da lei, o que é chamado de “ativismo remediador” (MARSHALL; SMITH, 2002, p. 104).

Nesse contexto do ativismo remediador, a parte que se utilizar de argumentos mais racionais estarão melhor institucionalizadas mediante o controle de constitucionalidade do que aquele que, apesar da utilização de argumentos corretos e razoáveis, mas dão menos substância jurídica para o magistrado fundamentar a sua decisão. Assim, para do CFM perdem a sua força normativa, já que nem sempre se utiliza de elementos “decisionistas” e discursivos (SILVA *et al.*, 2008, p. 71). Para Luciana Dadalto (2018, p.2), a omissão legislativa reflete de modo significativo na força normativa das Resoluções do Conselho Federal de Medicina aplicada aos casos de terminalidade da vida, porque ao delegar ao Poder judiciário, a função de criar padrões de conduta, suprimem do Legislativo a sua função principal. A falta de previsão legislativa e a existência de normas que não possuem sentido estrito geram verdadeira confusão para o intérprete do direito, já que a legitimidade da escolha ética não parte da norma, mas de uma decisão judicial (AGUIAR, 2013, p. 2).

Atualmente, a solução de conflitos que envolvem casos de terminalidade da vida são resolvidos utilizando, principalmente, conceitos abertos acerca da dignidade da pessoa humana. Apesar deste ser um princípio positivado na Constituição Federal, para Dadalto, é uma norma de sentido aberto, que, como dito, abre margem para interpretações diversas pelo julgador. Nesse contexto, as Resoluções do CFM, como normas reguladoras do exercício médico, não encontram força suficiente para suprimir a lacuna jurídica existe, sendo importante a criação de norma positiva sobre o tema.

De modo diferente entende Maria Elisa Villas-Bôas (2013, p. 221), quando preceitua que a criação de normas em sentido estrito para regulamentar questões atinentes à

terminalidade da vida seria um prejuízo. Isso porquê, para ela, o Conselho Federal de Medicina tem competência para regulamentar a conduta médica, assim como o faz através de suas Resoluções.

Além disso, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina regulamenta a atividade médica com respaldo legal e pilares constitucionais, sendo norma que trata de regulação de direito atinente à dignidade da pessoa humana, princípio fundamental do ser humano, tem ela eficácia imediata e independente de lei infraconstitucional (VILLAS-BÔAS, 2013, p.189). A omissão legislativa e a regulação da terminalidade da vida por normas que não possuem sentido estrito, ou seja, que não possuem força de lei, como são as Resoluções do Conselho Federal de Medicina, não são suficientes para dar ao usuário a garantia da segurança jurídica para a sua utilização. Assim, a regulação desta matéria por lei positiva amarraria a conduta frente a terminalidade da vida de modo tal que geraria mais dúvidas do que respostas.

No entanto, é válido deixar claro que essas Resoluções são normas apesar de não terem força de lei também fazem parte do Direito. Assim, o que se fala não é a insignificância destas, a suficiência de força para suprimir a lacuna jurídica e dar ao usuário a segurança para que possa se utilizar dela para a proteção da tomada de decisão. Ainda mais porque, diferentes da lei, elas são normas que não trazem questões específicas sobre, por exemplo, registro, prazo de validade ou capacidade dos sujeitos, estando sujeitos aos limites da lei de modo geral, como por exemplo a utilização de contornos de capacidade civil trazidas pelo Código Civil Brasileiro (DADALTO, 2018, p.1).

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina exercem a sua função, qual seja a regulação da atividade médica no Brasil e são capazes de produzir efeito, assim como são eficazes no que se destinam, independente de previsão legislativa. Existe um dissenso doutrinário acerca da importância ou não da regulação da matéria da terminalidade da vida no Brasil, mas ambas convergem no sentido de que as Resoluções do Conselho Federal de Medicina são suficientes para garantir os direitos e deveres dispostos, prescindindo de lei para isso.

CONCLUSÃO

Diante de uma abordagem interdisciplinar acerca da terminalidade da vida e da análise da disciplina normativa brasileira acerca da terminalidade da vida, a abordagem jurídica do tema perpassa pela visão técnico-jurídica integrada a outras áreas do conhecimento, como por exemplo a sociologia, a medicina e a psicologia, uma vez que o Direito nasce da seleção social de valores.

Assim, o estudo revela que é necessário fomentar discussões e problematizar esse assunto no ramo jurídico, primeiro para difundir o conhecimento à classe médica acerca dos seus direitos e deveres, bem como a comunidade de modo geral. Em segundo para fomentar a criação de novas alternativas legais para regulação de condutas frente a terminalidade médica no Brasil. Necessário se faz esse debate em virtude da negligência quanto à realidade da própria morte, o Brasil ainda precisa avançar muito no quesito qualitativo quanto à terapêutica na fase terminativa da vida do paciente.

O presente trabalho visou agregar, ao ramo jurídico, uma análise das normas jurídicas brasileiras frente aplicáveis à terminalidade da vida, especialmente as Resoluções do Conselho federal de Medicina, como únicas que regulamentam a matéria no território nacional, a partir dos conhecimentos sobre a eutanásia, ortotanásia, distanásia e Diretivas Antecipadas de Vontade.

A partir de tais referenciais, o estudo concentrou-se na análise de dados sobre a conduta médica e realidade prático-profissional frente à terminalidade da vida. Nesse aspecto, o estudo revelou a falta de habilidade do médico em lidar com situações que envolvam a terminalidade da vida, e que ainda resiste na sociedade contemporânea a naturalização do fim da vida humana.

A Resolução 1,805/06 traz novos parâmetros de conduta, e o Código de Ética Médica de 2009 põem fim a cultura normatizada antes centrada no poder do médico e no paternalismo profissional, passando a dar espaço a prática da medicina pautada no cuidado ao paciente, respeito a sua autonomia e observância de sua dignidade.

As Resoluções 1.806/06, 1.995/12 e o Código de Ética Médica, como normas brasileiras que abordam a terminalidade da vida expressam a sua força jurídica,

porque, além de serem normas de fundamentadas na Constituição Federal, o Conselho Federal de Medicina regulamenta matéria de sua competência, bem como é capaz de vincular os médicos, destinatários dessas normas, que em caso de descumprimento às disposições devem ser sancionados por essa entidade.

No que concerne às omissões quanto à determinados temas, como a vinculação obrigatória dos médicos à tais Resoluções, deverá o profissional atuar consoante aos mandamentos constitucionais e princípios previstos nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina – tais quais beneficência, não maleficência, autonomia no exercício profissional.

As implicações jurídicas da atuação prático-profissional frente à desobediência do médico às determinações das normas corporativas não implicam na ineficácia desses diplomas normativos, mas ao contrário, porque o profissional pode ser submetido a sanções ético-disciplinares se desrespeitadas tais regulamentos.

A criação de lei específica para tratar de matérias acerca dos direitos e deveres envolvidos no contexto terminal de um paciente é capaz de dar mais respaldo e segurança jurídica às situações não contempladas pelas Resoluções do Conselho Federal de Medicina. No entanto, por outro lado, a criação dessa lei engessaria a atuação profissional com o estabelecimentos de maior criteriosidade para a observância da autonomia do paciente terminal, provocando maiores obstáculos na garantia desses direitos. Portanto, nesse contexto, a previsão legislativa específica traria mais limitações do que vantagens, na tentativa de conferir maior segurança jurídica.

REFERÊNCIAS

ALVES, Cristiane Avancini; FERNANDES, Marcia Santana; GOLDIM, José Roberto. Diretivas Antecipadas de Vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. **Revista HCPA**, v. 32, n. 3, 2012, p. 358-362. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/159322>> Acesso em: 22 maio 2018.

AGUIAR, Mônica. **Modelos de Autonomia e sua (in)compatibilidade com o sistema de capacidade civil no ordenamento positivo brasileiro: reflexões sobre a resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina**. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=69c7e73fea7ad35e>. Acesso em 17 out. 2018.

APPEL, Camila. Após regulamentação, cresce 771% o número de testamentos vitais lavrados no Brasil. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 31 ago. 2016, Morte sem Tabu. Disponível em <<http://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br/2016/08/31/>> Acesso em: 15 abr. 2018

ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana. Indicações de Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Orgs.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012, p. 56 – 74. Disponível em <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf#page=56>> Acesso em: 30 de abr. 2018.

_____. **A morte é um dia que vale a pena viver**. São Paulo: Leya, 2016.

AREDES, Janaína. **Um morrer em vida: a morte social na esfera da saúde**. Disponível em <<http://observatoriodadiversidade.org.br/site/um-morrer-em-vida-a-morte-social-na-esfera-da-saude/>> Acesso em: 10 maio 2018.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos V. A morte como ela é. In: **Vida, Morte e Dignidade Humana**. PEREIRA, Tânia da Silva; MENEZES, Rachel Aisengart; BARBOZA, Heloisa Helena (Coord.). Rio de Janeiro: GZ, 2010.

BITTAR, Carlos Alberto. **Os direitos da personalidade**. São Paulo: Forense, 1989.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro**, 2005. Disponível em <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI11097,71043-Eutanasia+ortotanasia+e+distanasia+breves+consideracoes+a+partir+do>> Acesso em: 16 maio 2018.

BRASIL. **Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3**. Disponível em <http://www.mpf.mp.br/pgr/copy_of_pdfs/ACP%20Ortotanasia.pdf/view> Acesso em: 18 maio 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 01 abr. 2018.

_____. **Decreto-Lei 200/67**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0200.htm>. Acesso em: 29 nov. 2018.

_____. **Lei nº 3.268/57**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm. Acesso em: 29 nov. 2018.

_____. **Lei 9.434/97**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm> Acesso em: 07 abr 2018. **Brasileira**, v.47, n.2, p. 85-109. Associação Médica Brasileira: São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-2302001000200010&script=sci_arttext> Acesso em: 31 mar. 2018.

BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo; BARCELLOS, Igor Awad. **O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade**. Revista de Ciência da Saúde Coletiva, 2013, vol.18, n. 9, pp.2691-2698

BOMTEMPO, Tiago Vieira. Resolução n. 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina: efetivação do direito de morrer com dignidade. Revista Síntese Direito de Família, São Paulo, v. 14, n. 75, p. 204-221, 2013. Disponível em <<http://egov.ufsc.br/portal/conteudo/resolu%C3%A7%C3%A3o-n-18052006-do-conselho-federal-de-medicina-efetiva%C3%A7%C3%A3o-do-direito-de-morrer-com-di>> Acesso em 27 de setembro 2018.

CARVALHO, Gisele Mendes de; KAROLENSKY, Natália Regina. **Aspectos bioético-jurídico da eutanásia: Análise das recentes Resoluções do CFM e do Anteprojeto de Código Penal de 2012**. XXI Congresso Nacional do CONPEDI, 2012, p. 365 - 395. Disponível em <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=74249bfb36330626>>. Acesso em: 15 maio 2018.

COLÉGIO NOTARIAL DO BRASIL. Cresce 771% o número de testamentos vitais lavrados no Brasil. **Revista Especial do Colégio Notarial do Brasil – Seção do Rio Grande do Sul**. Disponível em <http://www.cnbrs.org.br/Content/Publicacoes/c0a0d4bb-2c89-486d-8890-aa5dcdce058b/revista_notariado_gaucho.pdf> Acesso em: 22 maio 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1.248/88**. Disponível em <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=10&Itemid=>> Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. **Resolução 1.806/06**. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm> Acesso em: 19 maio 2018.

_____. **Resolução 1.995/2012**. Disponível em <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf> Acesso em: 20 maio 2018.

_____. **Resolução 1.931/2009**. Disponível em <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009->> Acesso em: 10 maio 2018.

COGO, Silvana Bastos, *et al.* Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n. 6, 2016, p. 1031-1038. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1031.pdf>> Acesso em 30 nov. 2018

Corrêa, Leonardo Gomes. Carvalho, Carla Vasconcelos. **Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil e no Direito Comparado**. Revista Pensar Direito. Vol. 7, No.2, jul/16

CUNHA, Anderson Santana. Finitude Humana: A Perplexidade do homem diante da morte. **5º Encontro de Pesquisa na Graduação em Filosofia da Unesp**, v. 3, n. 1, 2010, p. 183 – 194. Disponível em <<https://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/FILOGENESE/AndersonSantanaCunha%28182-193%29.pdf>> Acesso em: 15 maio 2018.

DADALTO, Luciana. A necessidade de um modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade para o Brasil: estudo comparativo dos modelos portugueses e franceses. **Revista M**. Rio de Janeiro: Unirio, v.1, n.2, 2016, p. 443-460. Disponível em <<http://www.revistam-unirio.com.br/a-necessidade-de-um-modelo-de-diretivas-antecipadas-de-vontade-para-o-brasil-estudo-comparativo-dos-modelos-portugues-e-franceses/>> Acesso em: 22 maio 2018.

_____. Colômbia Regulamenta o Testamento Vital. Disponível em <<https://testamentovital.com.br/blog/colombia-regulamenta-o-testamento-vital/>> Acesso em 14 ago. 2018.

_____. A Suprema Corte do Reino Unido liberou a eutanásia sem consentimento legal. Disponível em <<https://testamentovital.com.br/blog/a-suprem-corte-do-reino-unido-liberou-a-eutanasia-sem-consentimento-legal/>> Acesso em 14 de ago. 2018.

_____. As contribuições da experiência estrangeira para o debate acerca da legitimidade do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro. Anais do XVII do Congresso Nacional do CONPEDI: Brasília, 2008, p. 516 – 538. Disponível em <http://conversandocomoprofessor.com.br/artigos/arquivos/testamento_vital_-_contribuicao.pdf> Acesso em 11 ago. 2018.

_____. Aspectos Registrados das Diretivas Antecipadas de Vontade. **Revista Civilística**. Civilistica.com: São Paulo, a.2, n.4, 2013. Disponível em <<http://testamentovital.com.br/wp-content/uploads/2014/09/Aspectos-registrados-das-dav-civilistica.com-a.2.n.4.20131.pdf>> Acesso em: 1 abr. 2018.

_____. Reflexos jurídicos das Resoluções do CFM 1.995/12. **Revista Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v.21, n. 1, 2013. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/791>. Acesso em: 30 mar. 2018.

_____. **Testamento Vital**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2013.

_____. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). **Revista de Bioética y Derecho**, nº 28, 2013, p. 61-71. Disponível em <<http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n28/articulo5.pdf>> Acesso em 17 de out 2018.

DANTAS FILHO, Venâncio Pereira; SARDINHA, Luiz Antônio da Costa *et al.* Dos Conceitos de Morte aos Critérios para o Diagnóstico de Morte Encefálica. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, p. 705 – 710. Academia Brasileira de neurologia – ABNEURO. Disponível em <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/202331>> Acesso em: 7 maio 2018.

DE SÁ, Maria de Fátima Freire; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de Biodireito**, 3ª ed. Belo Horizonte: Editora Del Rey, 2015.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**, 8ª Ed. ver., aum. e atual. São Paulo: Saraiva, 2011.

END-OF-LIFE. In: **US National Library of Medicine National Institutes**. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=end-of-life>> Acesso em: 30 abr. 2018.

FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto. **Problemas de Fim da Vida: Paciente Terminal, Morte e Morrer**. Núcleo Interinstitucional de bioética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/morteres.htm>> Acesso em: 30 mar. 2018.

_____. **Tipos de Eutanásia**. Núcleo Interinstitucional de bioética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/eutantip.htm>> Acesso em: 18 maio 2018.

FREITAS, Eni Devay de. Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em Medicina: estudo dirigido da Carta de Praga. **Revista Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 25, n.3, 2017, p. 527-525. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1413/1740> Acesso em: 16 maio 2018.

FRISO, Gisele de Lourdes. **A ortotanásia: uma análise a respeito do direito de morrer com dignidade**. Revista dos Tribunais ano 98, vol. 885, 2009, pp. 130-153.

GOGLIANO, Daisy. Pacientes terminais – morte encefálica. **Revista Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 1, n. 2, B 2009. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/493/310> Acesso em: 06 maio 2018.

GOLDIM, José Roberto. **Caso Terri Schiavo - Retirada de Tratamento**. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2005. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/terri.htm>>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____. **Caso Piergiorgio Welbi - Eutanásia**. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2007. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/welby.htm>> Acesso em 15 maio 2018.

GOMES, Andrea Lacerda. MELO, Raíssa de Lima e. Sobre a eutanásia. **Revista Jurídica da UFPB**. Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Estadual da Paraíba: Paraíba, v.5, n 1, 2016. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/datavenia/article/view/3553-10614-1>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

Gomes, Luiz Roldão de Freitas. Os direitos da personalidade e o novo Código Civil: Questões suscitadas. **Revista da EMERJ**, v.5, n.19, 2002.

GUIMARÃES, Marcello Ovidio Lopes. **Eutanásia – Novas Considerações Penais**. Tese (Doutorado em Direito). Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2008. Orientador: Prof. Vicente Greco Filho. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-07072010-151229/pt-br.php>> Acesso em: 20 abr. 2018.

GURJÃO, Esther Dantas de Sá. **A força normativa dos Princípios e a Atuação da Consultoria Jurídica da União: de controle da estrita legalidade administrativa a instrumento de concretização dos princípios da administração pública**. In: Publicações da Escola da AGU, v. 34, n. 1, p. 171-266, 2014.

GUTIERREZ, Pilar. O que é o paciente terminal? **Revista da Associação Médica JUNGUES**, José Roque; CREMONESE, Cleber; OLIVEIRA, Edison Almeida de *et al.* Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. **Revista Bioética**, Brasília: Conselho Federal de Medicina, v.18, n.2, 2010, p. 275 - 288. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/564/537> Acesso em: 20 abr. 2018.

KOTTOW, Miguel. **Las multiplas facetas de la decision y el consentimiento informados. participación informada en clínica e investigación bioética**. Bogotá: Unesco, 2007. Disponível em <<http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/participacion%20informada.pdf>> Acesso em 17 de out. 2018.

Kubler-Ross, Elisabeth, **On Death and Dying**. New York: Touchstone; 1991. Disponível em <http://www.psicoterapia-palermo.it/PDFS/On%20Death%20and%20Dying_Kubler%20Ross%20Elizabeth.pdf> Acesso em 30 nov. 2018.

LEITE, Rita de Cássia Curvo. **Os direitos da personalidade**. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (org.). Biodireito: ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. p. 157-160.

LIMA, Cristina. Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**, v. 12, n. 1, 2005, p. 7-10. Disponível em <https://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n1_2005_06-10.pdf> Acesso em: 08 maio 2018.

LIMA, Carolina Alves de Souza. **Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos**. São Paulo, 2015. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4762.pdf>> Acesso em 10 maio 2018.

LOPES, Antonio Carlos; Lima, Carolina Alves de Souza; SANTORO, Luciano de Freitas. **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia**. 3ª ed. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Theneu, 2018.

MABTUM, Matheus Massaro; MARCHETTO, Patrícia Borba. Concepções teóricas sobre a terminalidade da vida. In: **O debate bioético e jurídico sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade**. São Paulo: Editora UNESP, 2015, p. 53-72. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/qdy26/pdf/mabtum-9788579836602-03.pdf>> Acesso em: 10 maio 2018.

MAO, Frances. Cientista de 104 anos morre na Suíça após jornada de 10 mil km em busca do suicídio assistido. **BBC**, Brasil, 10 maio 2018. Disponível em <<http://www.bbc.com/portuguese/geral-43958624>> Acesso em: 15 maio de 2018

MASSAROLI, Fábio; FABRO, Roni Edson. As Diretivas Antecipadas de Vontade na jurisprudência brasileira. **X Seminário de Iniciação Científica, Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão e Mostra Universitária**. Santa Catarina: Editora UNOESC, 2017.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Editora Malheiros, 2006, pp. 135-155.

MESQUITA, Lígia. Médica que anunciou 'morte assistida' no Facebook busca sentido para vida na pesquisa de síndrome. **BBC**, Brasil, 29 março 2018. Disponível em <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-43575735>> Acesso em: 15 maio 2018.

MINAHIM, Maria Auxiliadora de Almeida. Direito de Morrer no Anteprojeto do Código Penal Brasileiro. **Revista Jurídica dos Formandos em Direito da UFBA**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, a. 4, v. 6, 1999.

MORAES, Alexandre de. **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional**. São Paulo: Editora Atlas, 2005, p. 200.

NUNES, Maria Inês; ANJOS, Márcio Fabri. Diretivas Antecipadas de Vontade: benefícios, obstáculos e limites. **Revista Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v.22, n.2, 2014, p. 241-251. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/3615/361533265006.pdf>> Acesso em: 22 maio 2018

PAGANELLI, Wilson. **A Eutanásia**, 1997. Disponível em <<https://jus.com.br/artigos/1861/a-eutanasia>> Acesso em: 16 maio 2018.

PESSINI, Léo. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. **Revista Bioética**, Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 12, n.1, 2004, p. 39 - 60. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/120> Acesso em: 30 abr. 2018.

_____. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 4, n. 1, 2009. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394> Acesso em: 16 maio 2018.

_____. Terminalidade da vida e o novo Código de Ética Médica. **Revista Bioethikos**, 4 ed., v.2. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2009, pp. 127-129. Disponível em <<https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/76/127.pdf>> Acesso em 29 de set 2018.

Pereira, Caio Mário da Silva, **Instituições de direito civil**, v. I, 30^a ed., rev.e atual. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

POPE, Thaddeus Mason. **Charlie Gard - A Different Kind of Medical Futility Conflict - No Transfer Allowed**. Disponível em <<http://www.bioethics.net/2017/06/charlie-gard-a-different-kind-of-medical-futility-conflict-no-transfer-allowed/>> Acesso em 15 maio 2018

PORTUGAL, Daniela; MEIRELLES, Ana Thereza. A terminalidade da vida e suas consequências jurídico-penais: delineando a disciplina normativa da eutanásia e da ortotanásia no Anteprojeto do Código Penal. **Duc In Altum Cadernos de Direito**. Recife, v.7, 2015, p. 323-350. Disponível em <<http://www.faculdedamas.edu.br/revistafd/index.php/cihjur/article/view/37/36>> Acesso em: 30 de abr. de 2018.

PORTUGAL, Daniela; MINAHIM, Maria Auxiliadora. Testamento Vital: os limites e consequências jurídico-penais do exercício da autonomia em face das Diretivas Antecipadas de Vontade. **CONPEDI Law Review**, v.1, n. 10, 2016, p. 316-335. Disponível em <<http://www.indexlaw.org/index.php/conpedireview/article/view/3423/2939>> Aceso em 17 de out. de 2018.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro Parte Especial – Arts. 121 a 249**, 7 ed., rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

RICCI, Luiz Antonio Lopes. **A morte social: mistanásia e bioética**. São Paulo: Paulus, 2017.

RIGUES, José Henrique Torre. **Ortotanásia não é homicídio nem eutanásia**. MORITZ, Rachel Duarte (org.). **Conflitos bioético do viver e do morrer**. Brasília: CFM, 2011, p.157-185

ROSA, Márcio Fernando Elias. **Direito Administrativo**, 11ª ed., reform. São Paulo: Saraiva, 2010.

SANTOS, Jozabed Ribeiro dos; DUARTE, Hugo Garcez. Eutanásia: o direito de morrer à luz do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. **Revista Âmbito Jurídico**, n. 169, a. XXI, fev. 2018. Disponível em <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=17150> Acesso em: 18 maio 2018.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite dos. Conceito médico-forense de morte. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, Universidade de São Paulo, v. 92, 1997, p. 341-380. Disponível em <<http://www.journals.usp.br/rfdusp/article/view/67369>> Acesso em: 10 maio 2018.

SCHIMKE, Thomas T. **The Natural Death Act: Protection for the Right to Die**, v.47. *Montana Law Review*: Salvador, 1986. Disponível em Disponível em <<https://scholarship.law.umt.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1777&context=mlr.>> Acesso em: 01 abr. 2018

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**, 39 ed. rev. e atual. até a Emenda Constitucional n. 90 de 15.09.2015. São Paulo: Malheiros, 2015.

SILVA. De Plácido e. **Vocabulário Jurídico**, 27 ed. Atualizadores: FILHO, Nagib Slabi; CARVALHO, Gláucia. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

SMITH, Stephen F., Taking lessons from the left? judicial activism on the right. **The Georgetown Journal of law and Public Policy**, n. 58, 2002. Disponível em <<https://www.law.georgetown.edu/public-policy-journal/>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

SOARES, Ricardo Maurício Freire. **Elementos da Teoria Geral do Direito**. São Paulo: Saraiva, 2013.

TOWERS, Bernard. The Impact of the California Natural Death Act. **Journal of medical ethics**. University of California: Los Angeles, 1978. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1154644/pdf/jmedeth00167-0042.pdf>> Acesso em: 01 abr. 2018.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. **Revista Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 16, n. 1, 2008, pp. 61-83. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/3615/361533250006.pdf>> Acesso em: 19

_____. **Da eutanásia ao prolongamento artificial**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

_____. **Da Eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final da vida**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

Valduga, Elza Queli; Hoch, Verena Augustin. Um olhar sobre os familiares cuidadores de pacientes terminais. **Unoesc & Ciência** – ACHS, Joaçaba, v. 3, n. 1, p. 15-32, jan./jun. 2012. Disponível em <<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/index.php/acsa/issue/view/76>> Acesso em: maio 2018.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Período de coleta: 25.11.2018 a 27.11.2018

Objetivo: Análise da conduta médica frente a situações de terminalidade da vida

A pesquisa ocorreu por meio de questionário online¹ não utilizou coleta de dados que permitissem a identificação dos entrevistados, bem como só foram analisados os dados respondidos por pessoas que se declararam profissional médico.

1. Você é médico(a):

- a) Sim
- b) Não

2. Possui especialidade?

- c) Sim
- d) Não

Se sim, qual a sua especialidade médica? _____

3. Há quanto tempo atua como médico(a)?

- a) 0 a 5 anos
- b) 5 a 10 anos
- c) 10 a 15 anos
- d) 15 ou mais anos

4. Você trabalha/trabalhou em hospital/clínica pública ou particular?

- a) Particular
- b) Público
- c) Particular e Público

5. Qual a opção melhor define a morte digna para você?

¹ Disponível em <<https://pt.surveymonkey.com/r/58RP2XG>>. Acesso em 27 nov.2018.

- a) Morte sem sofrimento e intervenção médica necessária para avaliar a dor e o sofrimento da pessoa, sem prolongamento ou abreviação direta do momento da morte
 - b) Utilizar de todas as ferramentas disponíveis para prolongar a vida, mesmo que isso implique em sofrimento da pessoa doente e que não exista meio de cura da doença pela medicina tradicional.
6. Nos casos de falecimento de pessoas próximas a você que viveram o processo de terminalidade da vida (por exemplo: parentes ou amigos), o falecido teve a sua vontade respeitada pelos médicos?
- a) Sim, em todos os casos
 - b) Sim, na maioria dos casos
 - c) Sim, na minoria dos casos
 - d) Não
7. Em casos de pacientes terminais que manifestaram verbalmente o seu desejo sobre procedimentos médicos a serem adotados e que a família/representantes discordavam, qual foi a sua conduta?
- a) Respeitar a vontade do paciente
 - b) Adotar conduta que você considerasse mais benéfica, mesmo que isso fosse de encontro com a vontade do paciente ou da família
 - c) Respeitar a vontade da família
8. Você já adotou alguma postura que não considerasse a mais benéfica para o paciente por receio de eventual responsabilização?
- a) Sim
 - b) Não
9. Você conhece ou já teve algum contato com as Diretivas Antecipadas de Vontade ou Testamento Vital?
- a) Sim, com as Diretivas Antecipadas de Vontade
 - b) Sim, com o testamento Vital
 - c) Não
 - d) Não sei exatamente do que se trata

10. Caso tenha tido contato com as Diretivas Antecipadas de Vontade ou Testamento Vital no ambiente de trabalho, o paciente teve a sua vontade manifestada no documento respeitada?

- a) Sim
- b) Não
- c) Nunca tive contato
- d) Não sei do que se trata

APÊNDICE B – RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

O questionário apresentado no apêndice A foi respondido por 77 pessoas entre os dias 25 de novembro de 2018 e 27 de novembro de 2018, que dentre elas 75 se declararam médicas. Os dados levantados para análise consideraram apenas os dados declarados pelos entrevistados que se declararam médicos.

1. Você é médico(a):

a) Sim

Resposta: 2,66%

b) Não

Resposta: 97,34%

2. Possui especialidade?

c) Sim

Resposta: 83,12%

d) Não

Resposta: 16,88%

Se sim, qual a sua especialidade médica?

Respostas: 5 Anestesia, 7 Oncologia Clínica, 1 Pediatria, 1 Neonatologia, 5 Medicina do Tráfego, 6 Medicina do Trabalho, 1 Homeopatia, 2 Geriatria, 1 Acupuntura, 7 Dermatologia, 3 Pediatria, 1 Coloproctologia, 1 Cirurgia Geral, 3 Ginecologia e Obstetrícia, 1 Nefrologia, 4 Anestesiologia, 1 Terapia intensiva, 3 Cirurgia vascular, 1 Neurologia, 2 Pneumologia, 2 Medicina paliativa, 2 Cardiologia, 1 Psiquiatria, 1 Otorrinolaringologia, 2 Saúde da família, 1 Gastrocirurgia, 1 Nutrologia, 2 Endocrinologia.

3. Há quanto tempo atua como médico(a)?

a) 0 a 5 anos

Resposta: 18,24%

- b) 5 a 10 anos
Resposta: 21,05%
 - c) 10 a 15 anos
Resposta: 6,58%
 - d) 15 ou mais anos
Resposta: 53,95%
4. Você trabalha/trabalhou em hospital/clínica pública ou particular?
- a) Particular
Resposta: 10,67%
 - b) Público
Resposta: 18,67%
 - c) Particular e Público
Resposta: 70,67%
5. Qual a opção melhor define a morte digna para você?
- a) Morte sem sofrimento e intervenção médica necessária para avaliar a dor e o sofrimento da pessoa, sem prolongamento ou abreviação direta do momento da morte
Resposta: 96,1%
 - b) Utilizar de todas as ferramentas disponíveis para prolongar a vida, mesmo que isso implique em sofrimento da pessoa doente e que não exista meio de cura da doença pela medicina tradicional.
Resposta: 3,9%
6. Nos casos de falecimento de pessoas próximas a você que viveram o processo de terminalidade da vida (por exemplo: parentes ou amigos), o falecido teve a sua vontade respeitada pelos médicos?
- a) Sim, em todos os casos
 - b) Sim, na maioria dos casos
 - c) Sim, na minoria dos casos
 - d) Não

7. Em casos de pacientes terminais que manifestaram verbalmente o seu desejo sobre procedimentos médicos a serem adotados e que a família/representantes discordavam, qual foi a sua conduta?
- a) Respeitar a vontade do paciente
Resposta: 66,22%
 - b) Adotar conduta que você considerasse mais benéfica, mesmo que isso fosse de encontro com a vontade do paciente ou da família
Resposta: 24,32%
 - c) Respeitar a vontade da família
Resposta: 9,46%
8. Você já adotou alguma postura que não considerasse a mais benéfica para o paciente por receio de eventual responsabilização?
- a) Sim
Resposta: 67%
 - b) Não
Resposta: 33%
9. Você conhece ou já teve algum contato com as Diretivas Antecipadas de Vontade ou Testamento Vital?
- a) Sim, com as Diretivas Antecipadas de Vontade
Resposta: 12%
 - b) Sim, com o testamento Vital
Resposta: 2,77%
 - c) Não
Resposta: 66,67%
 - d) Não sei exatamente do que se trata
Resposta: 18,67%
10. Caso tenha tido contato com as Diretivas Antecipadas de Vontade ou Testamento Vital no ambiente de trabalho, o paciente teve a sua vontade manifestada no documento respeitada?
- a) Sim
Resposta: 13,51%

- b) Não
Resposta: 4,05
- c) Nunca tive contato
Resposta: 71,62%
- d) Não sei do que se trata
Resposta: 10,81%