

**XXXI CONGRESSO NACIONAL DO  
CONPEDI BRASÍLIA - DF**

**BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS**

**JANAÍNA MACHADO STURZA**

**VALMIR CÉSAR POZZETTI**

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

**Diretoria - CONPEDI**

**Presidente** - Profa. Dra. Samyra Haydée Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

**Diretor Executivo** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

**Vice-presidente Norte** - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

**Vice-presidente Centro-Oeste** - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

**Vice-presidente Sudeste** - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

**Vice-presidente Nordeste** - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

**Representante Discente:** Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

**Conselho Fiscal:**

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

**Secretarias**

**Relações Institucionais:**

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

**Comunicação:**

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

**Relações Internacionais para o Continente Americano:**

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

**Relações Internacionais para os demais Continentes:**

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

**Eventos:**

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

**Membro Nato** - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

B615

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Janaína Machado Sturza, Valmir César Pozzetti – Florianópolis: CONPEDI, 2024.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-029-8

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Saúde: UM OLHAR A PARTIR DA INOVAÇÃO E DAS NOVAS TECNOLOGIAS

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Biodireito. 3. Direito dos animais. XXXI Congresso Nacional do CONPEDI Brasília - DF (3: 2024 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



# XXXI CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA - DF

## BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

---

### **Apresentação**

A edição XXXI CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA - DF, evidenciou, mais uma vez, os avanços científicos no âmbito do Biodireito e Direito dos animais, como área autônoma na produção acadêmica em diversos Programas de Pós-Graduação do país. Os trabalhos apresentados abordam uma conjuntura de temas e ideias necessárias à reflexão da comunidade científica sobre os diversos problemas relacionados ao Biodireito e Direito dos Animais e a necessidade de se encontrar soluções sustentáveis através da legislação e criação de políticas Públicas, diante dos novéis desafios que a área apresenta. E, dentro deste contexto, no Grupo de Trabalho BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS I, pode-se observar contribuições importantíssimas para a área de Ciências Sociais Aplicadas; além de profícuo debate de todos os expositores que estiveram presentes fisicamente na sala. Dentro deste contexto, o presente relatório faz destaque aos trabalhos apresentados no dia 28 de novembro de 2024, o qual foi coordenado pelos professores doutores Janaina Machado Sturza (UNIJUÍ) e Valmir César Pozzetti (UFAM e UEA). Assim, a obra que ora apresentamos reúne os artigos selecionados, pelo sistema de dupla revisão cega, por avaliadores ad hoc, para apresentação oral no evento, de forma presencial. Os temas apresentados são instigantes e constituem significativas contribuições para as reflexões dos Programas de Pós Graduação em Direito, reunidos no CONPEDI. Apresentamos, assim, os trabalhos desta edição. O trabalho desenvolvido por Janaína Machado Sturza, Claudia Marília França Lima Marques e Milena Cereser da Rosa, intitulado “A ÉTICA DA ALTERIDADE ENQUANTO RESPONSABILIDADE SOCIAL: O DIREITO HUMANO À SAÚDE MENTAL DOS REFUGIADOS COM DEFICIÊNCIA” abordou a temática dos refugiados com deficiência no contexto do direito humano à saúde mental, sob as lentes da alteridade. Já o trabalho intitulado “A GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO NO BRASIL E NOS EUA: UMA ANÁLISE DO DIREITO COMPARADO”, de autoria de Laryssa Martins de Sá, Luciano De Jesus Souza e Paulo Rubens Parente Rebouças, investigou as questões relacionadas à barriga de aluguel, focando nos valores econômicos quantitativos, qualitativos e sociais que envolve o processo da gestação por substituição clandestina e as consequências que advirão desta prática, uma vez que que, no Brasil, esta questão está amparada somente por Resoluções do Conselho Federal de medicina e não em legislação. Já os autores Taís Viga de Albuquerque Oliva Souza e Adriano Luiz do Vale Soares, no trabalho “A TERAPIA ANTAGONISTA DE TESTOSTERONA VOLUNTÁRIA PARA REINCIDENTES EM CRIMES CONTRA A LIBERDADE SEXUAL” analisaram a possibilidade de adotar, no ordenamento jurídico brasileiro, a utilização da Terapia Antagonista de Testosterona

(castração química), para verificar se é possível, através dela, diminuir ou controlar os casos alarmantes de violência sexual contra mulheres, crianças ou pessoas que se encontram em estado de vulnerabilidade. Já os autores Gustavo Roberto Dias Tonia, Daniela Braga Paiano e Marcelle Chicarelli da Costa, no trabalho intitulado “DA PROTEÇÃO DA CEDENTE NOS INSTRUMENTOS DE CESSÃO UTERINA: ASPECTOS CONTRATUAIS”, fizeram uma análise crítica acerca da proteção da cedente nos instrumentos de cessão uterina, sobre as cláusulas contratuais essenciais para assegurar tal proteção, identificando eventuais omissões que possam ser corrigidas a fim de trazer equilíbrio à relação negocial. experiência e às necessidades, mas também uma falha sistemática em garantir sua autonomia e dignidade durante todo o processo. Segundo linha de raciocínio semelhante, o trabalho intitulado “DESAFIOS ÉTICOS E REGULATÓRIOS EM PESQUISAS CLÍNICAS COM SERES HUMANOS NO BRASIL: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA NOVA LEI N. 14.874/2024”, de autoria de Edith Maria Barbosa Ramos, Cristiane Gomes Evangelista e Anderson Flávio Lindoso Santana, analisam os desafios éticos e regulatórios em pesquisas clínicas com seres humanos no Brasil. Seguindo o mesmo raciocínio ético, os autores: Gabrielle Scola Dutra, Claudia Marília França Lima Marques e Nicoli Francieli Gross, no trabalho “DIREITO HUMANO À SAÚDE E GÊNERO: A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES MIGRANTES NO CONTEXTO DAS CRISES CLIMÁTICAS SOB A ÓTICA BIOPOLÍTICA DO DIREITO FRATERNAL” buscaram aprofundar suas análises no direito humano à saúde mental das mulheres migrantes que estão na condição de refugiadas climáticas no contexto das crises climáticas. Já o trabalho intitulado “EUTANÁSIA E BIOÉTICA: UM PARALELO ENTRE A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E HOLANDESA”, de autoria de Cláudio Santos Barros, Maria Célia Delduque N. P. As e José Aristóbulo Caldas Fiquene Barbosa apresentou uma pesquisa sobre o instituto da Eutanásia, no contexto Bioético, realizando um estudo comparado deste instituto, na Holanda. Seguindo linha de raciocínio ético semelhante, as autoras Camila Gonçalves da Silva, Helena Maria Zanetti de Azeredo Orselli e Priscila Zeni De As, no trabalho intitulado “IRMÃO SALVADOR: DIREITOS FUNDAMENTAIS PARA QUEM?” exploram a complexa e delicada questão do irmão salvador, uma prática que envolve a concepção de uma criança com determinados genes compatível para salvar a vida de um irmão ou irmã doente, buscando demonstrar a preocupação com a regulamentação das práticas de reprodução humana assistida. Em linha de raciocínio semelhante, no tocante à ética, o trabalho “REFLEXO DA COMPREENSÃO DE VULNERABILIDADE NA AUTONOMIA REPRODUTIVA DA MULHER” de autoria de Iara Antunes de Souza e Luiza Pinheiro Chagas Leite Souza, buscam identificar, de modo argumentativo, os reflexos da mudança da compreensão da vulnerabilidade junto à autonomia reprodutiva das mulheres, não somente em perspectiva patrimonial, mas em questões relativas à própria existência e autodeterminação do corpo. Já o trabalho intitulado “O SURGIMENTO DOS NEGÓCIOS BIOJURÍDICOS E A (IM)POSSIBILIDADE DE

UTILIZAÇÃO DAS RESOLUÇÕES MÉDICAS COMO FORMA DE INTEGRAÇÃO DA NORMA OMISSA DIANTE DAS LACUNAS LEGISLATIVAS” dos autores Augusto de Lima Camargo, Rafael Alves dos Santos e Rita de Cassia Resquetti Tarifa Espolador, analisam a possibilidade de utilização das resoluções médicas como forma de integração da norma omissa ante as lacunas legislativas existentes para regulamentação dos negócios biojurídicos. Seguindo linha de raciocínio ético semelhante, os autores Andrea Natan de Mendonça, Marcelo Kokke e Talisson de Sousa Lopes, no trabalho intitulado “REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA E INSEMINAÇÃO CASEIRA: INTERFACES ENTRE BIOÉTICA E BIODIREITO” analisam a reprodução assistida no Brasil, destacando suas implicações jurídicas e bioéticas, com base no artigo 226, § 7º da Constituição Federal e da Lei nº 9.263/1996. Já o trabalho “NUNCA MAIS DE COMPANHIA PODEM SER HERDEIROS? UMA ANÁLISE A PARTIR DAS PERSPECTIVAS ANIMALISTA E CIVILISTA” de autoria de Paloma Tonon Boranelli e Zilda Mara Consalter realiza uma análise das relações familiares multiespécies e suas consequências, polêmicas, no Direito Brasileiro, no tocante à ideia de que um animal seja sujeito na sucessão testamentária. No mesmo sentido da proteção animal, os autores Victória Moreira Liberal e, Wellington Ferreira Figueiredo, no trabalho intitulado “FATALIDADES AÉREAS E ASCENSÃO DA PERSONALIDADE JURÍDICA DOS ANIMAIS: UMA REFLEXÃO SOBRE DIREITOS E RECONHECIMENTO LEGAL” exploram a interseção entre o direito dos animais e os casos de fatalidades aéreas envolvendo animais e suas intercorrências, e apresentam legislação que reconheça os animais como sujeitos de direito. Já os autores Júlia Klehm Fermino e Rafael Lazzarotto Simioni discutem a fundamentação de princípios jurídicos próprios do Direito Animal, incluindo um princípio de caráter pós-humanista, a decência, no trabalho intitulado “A DECÊNCIA COMO UM PRINCÍPIO DO DIREITO ANIMAL”. Na mesma linha de raciocínio, os autores Valmir César Pozzetti, Taís Viga de Albuquerque Oliva Souza e Bruno Cordeiro Lorenzi, analisam o processo de transgenia realizado pelos laboratórios de biotecnologia, em vacas geneticamente modificadas, advertindo sobre as consequências éticas e sanitárias que o processo acarreta para a saúde dos animais e dos seres humanos. Os trabalhos, sem exceção contribuíram com temas atuais para o desenvolvimento sustentável. Biodireito e direitos dos animais, permitindo-se um olhar mais atento para as relações humanas, animais e meio ambiente, dentro de um contexto construtivo, para se desenvolver políticas Públicas que nos permite avançar com segurança no âmbito das relações bioéticas; contribuindo, assim, com a promoção da dignidade animal e humana, harmonizando-as com o meio ambiente, promovendo-lhes a alteridade. Desejamos, pois, a todos, uma excelente leitura.

Profa. Dr. Janaina Machado Souza – UNiJUÍ (Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do sul)

Prof. Dr. Valmir César Pozzetti - Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e  
universidade Federal do Amazonas (UFAM)

# DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO BRASIL: HISTÓRIA, ATUALIDADES E PERSPECTIVAS

## ADVANCE DIRECTIVES OF WILL IN BRAZIL: HISTORY, CURRENT AFFAIRS AND PERSPECTIVES

Daniela Zilio <sup>1</sup>  
Marcos Leite Garcia <sup>2</sup>

### Resumo

O objetivo geral do presente estudo é entender as diretivas antecipadas de vontade historicamente, atualmente e em termos de perspectivas futuras. Nesta linha, os objetivos específicos são: estudar as diretivas antecipadas de vontade, historicamente; analisar as diretivas antecipadas de vontade na atualidade do ordenamento jurídico brasileiro; levantar e entender as perspectivas futuras das diretivas antecipadas de vontade no Brasil. Parte-se do seguinte problema de pesquisa: como ocorreu historicamente o desenvolvimento das diretivas antecipadas de vontade, qual o seu tratamento atual no ordenamento jurídico brasileiro e quais são as perspectivas futuras em relação ao assunto? Conclui-se que, historicamente, as diretivas antecipadas de vontade surgiram em solo estadunidense, propostas inicialmente no ano de 1969, difundiram-se e hoje são regulamentadas legalmente em muitos países; no Brasil, atualmente, as diretivas antecipadas de vontade são possíveis de efetivação - não existe lei específica que regule a matéria, mas há o respaldo do Conselho Federal de Medicina, do Conselho Nacional de Enfermagem e do Ministério da Saúde; em perspectiva futura para regulamentação legal do tema no Brasil, tem-se o Projeto de Lei 2986, de 2022, em tramitação. Assim, a partir do que foi evidenciado no estudo bibliográfico conduzido pelo método dedutivo, pode-se concluir pela relevância do tema, e refletir-se que, para uma ainda maior segurança aos pacientes e profissionais, ele deveria (e espera-se que aconteça) ser regulamentado por via legislativa. O estudo é guiado pelo método de pesquisa dedutivo, e a técnica de pesquisa é a documentação indireta.

**Palavras-chave:** Diretivas antecipadas de vontade, Testamento vital, Mandato duradouro, Atualidades, Perspectivas

### Abstract/Resumen/Résumé

The main goal of this study is to understand the advance directives of will historically, currently, and regarding future perspectives. Accordingly, the specific goals are to study the advance directives of will historically, analyze the advance directives of will in the current

---

<sup>1</sup> Doutora em Direito (PPDG UNOESC). Em estágio pós-doutoral (PPCJ UNIVALI). E-mail: danielazilio@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Doutor em Direito. Professor do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica -Mestrado e Doutorado- da Universidade do Vale do Itajaí (PPCJ UNIVALI).

Brazilian legal system, and survey and understand the future perspective of the advance directives of will in Brazil. We start from the following research problem: How did the development of the advance directives of will occur historically, what is their current handling in the Brazilian legal system, and what are the future perspectives on the subject? We conclude that, historically, the advance directives of will arose in the United States. Proposed originally in 1969, they spread out and are currently legally regulated in many countries. Currently, in Brazil, the advance directives of will have the possibility of being implemented - there is no specific law that regulates the subject. Still, there is support from the Federal Council of Medicine, the National Council of Nursing, and the Ministry of Health. As a future perspective for the legal regulation of the subject in Brazil, bill 2986, of 2022, is in progress. Thus, from what has been highlighted in the bibliographic study conducted through the deductive method and due to the subject's relevance, we can conclude and reflect that it should (and hopefully will) be regulated by law for the increased safety of the patients and professionals. The study follows a deductive research method, and the research technique is indirect documentation.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Advance directives of will, Living will, Long term, Current affairs, Perspectives

## 1 INTRODUÇÃO

A expressão da autonomia do paciente em termos de vida e saúde deve guiar a conduta médica. A declaração prévia da autonomia, para eventuais momentos futuros de impossibilidade de manifestação, dá-se por meio das diretivas antecipadas de vontade.

Assim, o objetivo geral do estudo é entender as diretivas antecipadas de vontade historicamente, atualmente e em termos de perspectivas futuras no ordenamento jurídico brasileiro.

Os objetivos específicos são, sequencialmente: estudar as diretivas antecipadas de vontade, historicamente; analisar as diretivas antecipadas de vontade na atualidade do ordenamento jurídico brasileiro; levantar e entender as perspectivas futuras das diretivas antecipadas de vontade no Brasil.

O problema de pesquisa coaduna-se no questionamento seguinte: como ocorreu historicamente o desenvolvimento das diretivas antecipadas de vontade, qual o seu tratamento atual no ordenamento jurídico brasileiro e quais são as perspectivas futuras em relação ao assunto, no Brasil?

Para tanto, o estudo foi estruturado para que, em cada uma de suas seções, um dos objetivos específicos da pesquisa seja alcançado. Primeiramente, foram estudadas as diretivas antecipadas de vontade, historicamente; após, foram analisadas as diretivas antecipadas de vontade na atualidade do ordenamento jurídico brasileiro; por fim, na seção final do estudo, foram levantadas e entendidas as perspectivas futuras das diretivas antecipadas de vontade no Brasil.

Justifica-se a escolha do tema pela atualidade da demanda em perspectiva jurídica. As diretivas antecipadas de vontade enquanto forma de expressão da autonomia dos indivíduos para decisões futuras relacionadas a tratamentos médicos, recusas e temas afins, precisam ser tema de discussão jurídica inerente aos direitos à vida, à saúde, à integridade física e psíquica, ao próprio corpo, entre vários outros. A pauta da dignificação do processo de morte, precisa também ser levantada. O assunto está em tramitação enquanto Projeto de Lei. Já é direito garantido por normas deontológicas. É preciso que o Direito acolha e debata também academicamente o tema.

O trabalho segue o método de pesquisa dedutivo. A técnica de pesquisa empregada é a documentação indireta em que os dados possuem natureza bibliográfica e a pesquisa é qualitativa.

## 2 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: HISTÓRIA

Faz-se necessária uma explicação prévia acerca das diretivas antecipadas de vontade em seu delineamento conceitual hodierno para que, após, com segurança, se possa esclarecer, ainda que brevemente, a sua história.

Assim, as diretivas antecipadas de vontade se consubstanciam no conjunto de desejos que o paciente tenha previamente e expressamente manifestado, acerca dos cuidados e dos tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. Assim determina a própria classe médica (Conselho Federal de Medicina, 2012).

Estas devem ser compreendidas como um modelo especial de consentimento livre e esclarecido<sup>1</sup>, uma vez que constituem um documento em que, de forma prévia, vários cuidados e tratamentos médicos podem ser recusados, depois de amplo e efetivo esclarecimento realizado por profissionais, médicos e advogados<sup>2</sup> (Mabtum; Marchetto, 2015).

No mesmo sentido, relatam ainda os autores Mabtum e Marchetto (2015, p.120, grifo nosso):

Esse instrumento oferece nova oportunidade de manifestação da vontade do paciente, **respeitando seus valores, suas crenças e seus desejos, reconhecendo-o como um ser humano, com as suas convicções e escolhas**. Configura-se como um verdadeiro termo de dissentimento ou recusa livre e esclarecido, que pode ser considerado uma espécie do gênero consentimento livre e esclarecido.

As diretivas antecipadas de vontade são gênero, de que são espécies o testamento vital e o mandato duradouro. Testamento vital se consubstancia no documento realizado por alguém que tenha discernimento e que seja civilmente capaz, objetivando dispor sobre os cuidados, os tratamentos e os procedimentos que quer ou não ser submetido no momento em que essa pessoa estiver acometida de uma doença que ameace a vida, quando estiver fora de possibilidades terapêuticas curativas e impossibilitada de manifestar de forma livre a sua vontade. Mandato duradouro é a procuração para assuntos de saúde, e se trata da nomeação de pessoa de confiança do outorgante para que seja consultada pelos médicos no momento em que seja necessária a

---

<sup>1</sup> O Consentimento Livre e Esclarecido diz respeito à exteriorização da autonomia do indivíduo, estabelecida após o indeclinável esclarecimento feito pelo profissional que conduz o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quer seja o médico assistente ou o pesquisador (no caso do que se estuda no presente artigo, especificamente o médico). Diz respeito a um importante instrumento para que as decisões sejam estabelecidas de maneira plenamente consciente (Zilio, 2023b).

<sup>2</sup> Conforme Mabtum e Marchetto (2015), é manifesta a importância da participação do profissional advogado como assessor técnico na formulação das diretivas antecipadas de vontade, opinião aqui aquiescida.

tomada de alguma decisão sobre os cuidados médicos, ou então elucidar alguma dúvida sobre o testamento vital, e o titular não estiver em condições de expressar sua vontade. Ressalte-se que o procurador para assuntos de saúde deverá decidir sempre em consonância com a vontade do paciente titular da vida.

O mandato duradouro pode também ser conhecido como poder duradouro do representante. O instituto tem raiz no direito estadunidense, sendo chamado de *durable power of attorney for health care*. Na Espanha lhe foi dado o nome de *mandato de asistencia sanitaria e poder para el cuidado de salud*. Já em Portugal, é denominado de “procuradores de cuidados de saúde” (Mabtum; Marchetto, 2015).

O termo “testamento vital” é muito atrelado ao termo “diretivas antecipadas de vontade” e, claro, ambos estão conectados, mas, são diferentes. O segundo é gênero e o primeiro é espécie. Nesse sentido, Bonamigo (2023) esclarece que existe uma diferença conceitual entre o Testamento vital (*living wills*) e as Diretivas Antecipadas (*advance directives*). O Testamento Vital, apesar de sua abrangência poder ser mais ampla, diz respeito ao registro das vontades do paciente para que seja cumprido no momento em que se encontrar incapaz de manifestá-las, principalmente em final de vida.

Kutner (1969) esclarece que com o testamento vital, o sujeito é livre para decidir o que deve ser feito com o seu corpo. Não pode ser obrigado, assim, a se submeter a tratamentos médicos que desconsiderem a sua vontade nem a utilizar medicamentos ou receber terapias ou ser submetido a cirurgias sem o seu consentimento expresso – consentimento livre e esclarecido - (com exceção das eventuais emergências).

A princípio, Kutner (1969) previu o testamento vital pensado a pessoas que fossem maiores e capazes, e tivessem a possibilidade de manifestar a sua vontade prévia para os atos relacionados aos tratamentos e similares – inclusive, corrobora-se - para o momento de terminalidade e de fim de vida. Cuida-se do corpo do indivíduo e da indispensável proteção à sua autonomia.

Note-se que as Diretivas Antecipadas têm sentido mais amplo e são o que se pode conceber como um termo guarda-chuva que compreende a designação de um representante para tomar as decisões no lugar do paciente quando ele estiver incapacitado de comunicar o próprio Testamento vital, a Ordem de Não Reanimar e as Ordens Médicas sobre medidas que deem suporte à vida (Bonamigo, 2023).

Juridicamente, conforme Angeluci (2019), pode-se observar que as diretivas antecipadas de vontade dizem respeito à exteriorização da vontade do indivíduo para os momentos finais de sua vida, sobre os tratamentos e intervenções aos quais ele permite se

submeter na situação em que não mais possa expressar livremente sua vontade. Para o autor, trata-se de negócio *inter vivos*, porque os efeitos devem ser sentidos enquanto a pessoa ainda está viva e mediante o respeito à sua dignidade.

Sobre o surgimento, o Testamento vital passa a existir inicialmente em contexto de luta em prol da eutanásia. Em Chicago, Estados Unidos da América, no ano de 1969, o advogado Luis Kutner ofereceu a proposta de um “modelo de documento a ser preenchido pelos que desejassem. A seguir, o Testamento vital passou a ser também um objetivo de outras pessoas, não vinculadas à eutanásia, que lutavam pela autonomia do paciente em seu sentido mais amplo” (Bonamigo, 2023, p. 165).

Assim, o testamento vital proposto por Luis Kutner partia da ideia de que o paciente teria o direito de “[...] se recusar a ser submetido a tratamento médico cujo objetivo seja, estritamente, prolongar-lhe a vida, quando seu estado clínico for irreversível ou estiver em estado vegetativo sem possibilidade de recobrar suas faculdades [...]” (Dadalto; Tupinambás; Greco, 2013, p. 464).

O Testamento vital passou a ser descrito em legislações pelos estados americanos na década de 1980. Em 1990, teve a legalização oficial pelo Congresso dos Estados Unidos por meio do *Patient Self Determination Act (PSDA)*, de modo a se tornar uma lei federal em 1991 (Bonamigo, 2023).

Na Europa também tempos após o tema passou a ser debatido. O bioeticista Elcio Luiz Bonamigo (2023, p. 166) esclarece que na Espanha, o Testamento Vital foi inserido na legislação oficial por meio da Lei Federal n. 41/2002 sob o termo de “*Instrucciones Previas*”. Na legislação, de acordo com o autor, tem-se a previsão de que os pacientes podem elaborar tal documento e armazená-lo nos arquivos do Sistema Público de Saúde (Registro Nacional de Vontades Prévias), caso assim seja sua vontade.

Portugal, no ano de 2012, aprovou a Lei n. 25/2012, optando pela utilização da nomenclatura Diretivas Antecipadas de Vontade, assim como vem ocorrendo no Brasil. Na legislação há a previsão da criação de um Registro Nacional de Testamento Vital – Rentev (Bonamigo, 2023).

Em 2017 a Itália também aprovou a lei que rege as disposições antecipadas relacionadas aos tratamentos (Bonamigo, 2023).

Mundialmente, ainda, importante reconhecer que a Associação Médica Mundial, no ano de 2003, aprovou uma declaração de orientação ao médico ao respeito às vontades antecipadas do paciente. Nos Códigos de Ética Médica, o testamento vital tem sido também inserido, a exemplo do Canadá, dos Estados Unidos da América, de Porto Rico, da Argentina,

do Peru e do Chile, na América. Em continente europeu, entre outros, tem-se e pode-se citar a Espanha, a Grã-Bretanha, a Irlanda, a Itália e Portugal (Bonamigo *et al.*, 2013; Bonamigo, 2023).

Acerca da origem das diretivas antecipadas de vontade, corroboram Monteiro e Silva Junior (2019) relatando que a ideia de existir um documento em que se registrasse a vontade da pessoa passou a existir nos Estados Unidos da América no ano de 1967. Foi inicialmente proposta pela *Euthanasia Society of America (ESA)*. Embora a ESA já tivesse usado a nomenclatura *living will* anteriormente, foi o advogado Luis Kutner que no ano de 1969 propôs suas premissas e o modelo de tal documento no trabalho “*Due process of euthanasia: the living will, a proposal*” (Kutner, 1969).

Na obra, segundo o que explicam Monteiro e Silva Junior (2019), Luis Kutner considera legítimo, como parte inerente ao direito à privacidade, recusar tratamento que estenda a vida de pacientes ante a quadros incuráveis e irreversíveis. O assunto voltou na década de 1970 com o caso de Karen Ann Quinlan. Karen, aos 22 anos de idade, foi diagnosticada com um caso de coma sem perspectiva de conversão. Os pais pediram pela retirada do suporte vital, justificando que Karen já tinha afirmado em conversa com eles que não gostaria de permanecer viva se ligada a aparelhos.

O caso de Karen foi à Suprema Corte Americana. A Corte requereu um parecer ao Comitê de Ética do Hospital, que foi então criado para atender ao pedido. Foi confirmada a irreversibilidade do quadro e o veredito foi favorável à retirada dos aparelhos. Após, a jovem sobreviveu ainda por nove anos sem nunca sair do estado vegetativo. A discussão girava em torno da possibilidade de a expressão de vontade fora do contexto de doença ser levada em consideração para a tomada de decisão. Durante os debates sobre o caso, em agosto do ano de 1976, o estado da Califórnia, intermediado pelo *Natural Death Act*, avalizou que ao indivíduo fosse assegurado o direito à recusa ou suspensão de tratamento médico. A legislação também garantia a proteção ao profissional de saúde de processo judicial pelo respeito à vontade expressada pelo paciente (Monteiro; Silva Junior, 2019).

Chemin e Souza (2015) corroboram com os dados trazidos acima quando escrevem que em 1967 a Sociedade Americana para a Eutanásia propôs o *Living Will*, como documento de cuidados antecipados, em que as pessoas poderiam registrar a vontade quanto a intervenções médicas que tivessem o intuito de manutenção da vida. Luis Kutner, então, em 1969, sugeriu um modelo em que o próprio indivíduo declarava que caso estivesse em estado vegetativo, impossibilitado de recuperar suas capacidades físicas e mentais, deveria ter suspensos os tratamentos médicos. Segundo os autores, antes ainda, no ano de 1968, na Flórida, em uma

iniciativa de Walter Sackett, aconteceu a primeira tentativa de promulgação de lei adequada para tal, que, a despeito disso, não logrou bom resultado.

Conforme esclarecem os mesmos autores citados acima, a partir do ano de 1972 o documento retratado igualmente acima passou a ter valor legal, tendo passado a existir com o *Natural Death Act* preparado pela Faculdade de Direito da Universidade de Yale na Califórnia. De aí por diante, as associações médicas americanas criaram o *Guidelines and Directives* para ajudar os médicos na utilização das formas artificiais de prolongamento da vida (Chemin e Souza, 2015).

No ano de 1976 ocorreu nos Estados Unidos da América a promulgação da primeira legislação sobre a morte natural, que vigeu até o ano de 1991, quando as *Advances Directives* aparecem previstas no *The Patient Self-Determination*, como visto acima. O Ato de Autodeterminação do Paciente foi aprovado pelo Congresso dos Estados Unidos da América a partir de dezembro de 1991 (Chemin e Souza, 2015).

O ato reconhece a recusa ao tratamento médico e são três os modos de manifestação da vontade: o primeiro é o *Living Will*, testamento em vida, em que o indivíduo dispõe em vida sobre os tratamentos ou então sobre a recusa a eles para o momento em que estiver inconsciente; o segundo é *Durable Power of Attorney for Health Care*, poder duradouro do representante para cuidados com a saúde em que se estabelece por mandato um representante para que este decida e tome as necessárias providências no que se relaciona ao paciente, com base nas escolhas que se sabe que seriam do próprio titular da vida (e mandante); o terceiro é o *Advanced Care Medical Directive*, diretiva do centro médico avançado, que seria a união dos anteriores. Na atualidade, o foco em solo estadunidense se encontra mais voltado para as diretivas antecipadas que tenham validade para todos os pacientes, e não exclusivamente os terminais, ou seja, que sirvam para todos os tipos de planejamento antecipado de tratamentos (Chemin e Souza, 2015).

Quanto aos termos relacionados às diretivas antecipadas de vontade, quais sejam, testamento vital e mandato duradouro, relacionam igualmente Monteiro e Silva Junior (2019) que ambas as espécies do gênero diretivas: mandato duradouro (*durable power of attorney for health*) e testamento vital (*living will*) foram consagradas no *Patient Self Determination Act (PSDA)*, ou seja, na lei que regula as Diretivas Antecipadas de Vontade nos Estados Unidos da América. É sempre imperioso ressaltar que as modalidades não excluem uma a outra, assim, há a possibilidade (e inclusive o aconselhamento) de que ambas estejam disciplinadas em um mesmo documento.

### 3 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO BRASIL: ATUALIDADES

Sobre as normativas atuais acerca das diretivas antecipadas de vontade é que se preocupa o estudo a partir do momento atual. Não há, na atualidade brasileira, legislação específica relacionada às diretivas antecipadas de vontade, muito embora elas estejam devidamente respaldadas juridicamente pela Constituição Federal, tanto pelo princípio da dignidade da pessoa humana<sup>3</sup> quanto pelos direitos fundamentais: à vida<sup>4</sup> (digna e consequentemente à morte digna) e à saúde<sup>5</sup>; proibição a tratamento desumano ou degradante; liberdade (autonomia); além dos direitos da personalidade<sup>6</sup> relacionados ao próprio corpo, à integridade psíquica, entre vários outros.

Deontologicamente, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução 1.995, de 2012, sobre o tema, ou seja, a normativa, no corrente ano de 2024, completou 12 anos. Traz-se o conteúdo da normativa deontológica aqui:

[...] CONSIDERANDO a necessidade, bem como a inexistência de regulamentação sobre diretivas antecipadas de vontade do paciente no contexto da

---

<sup>3</sup> Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: [...] III - a dignidade da pessoa humana; [...].

<sup>4</sup> Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição; II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; [...].

<sup>5</sup> Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. [...].

<sup>6</sup> Art. 11. Com exceção dos casos previstos em lei, os direitos da personalidade são intransmissíveis e irrenunciáveis, não podendo o seu exercício sofrer limitação voluntária. Art. 12. Pode-se exigir que cesse a ameaça, ou a lesão, a direito da personalidade, e reclamar perdas e danos, sem prejuízo de outras sanções previstas em lei. Parágrafo único. Em se tratando de morto, terá legitimação para requerer a medida prevista neste artigo o cônjuge sobrevivente, ou qualquer parente em linha reta, ou colateral até o quarto grau. Art. 13. Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes. Parágrafo único. O ato previsto neste artigo será admitido para fins de transplante, na forma estabelecida em lei especial. Art. 14. É válida, com objetivo científico, ou altruístico, a disposição gratuita do próprio corpo, no todo ou em parte, para depois da morte. Parágrafo único. O ato de disposição pode ser livremente revogado a qualquer tempo. Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica. Art. 16. Toda pessoa tem direito ao nome, nele compreendidos o prenome e o sobrenome. Art. 17. O nome da pessoa não pode ser empregado por outrem em publicações ou representações que a exponham ao desprezo público, ainda quando não haja intenção difamatória. Art. 18. Sem autorização, não se pode usar o nome alheio em propaganda comercial. Art. 19. O pseudônimo adotado para atividades lícitas goza da proteção que se dá ao nome. Art. 20. Salvo se autorizadas, ou se necessárias à administração da justiça ou à manutenção da ordem pública, a divulgação de escritos, a transmissão da palavra, ou a publicação, a exposição ou a utilização da imagem de uma pessoa poderão ser proibidas, a seu requerimento e sem prejuízo da indenização que couber, se lhe atingirem a honra, a boa fama ou a respeitabilidade, ou se se destinarem a fins comerciais. Parágrafo único. Em se tratando de morto ou de ausente, são partes legítimas para requerer essa proteção o cônjuge, os ascendentes ou os descendentes. Art. 21. A vida privada da pessoa natural é inviolável, e o juiz, a requerimento do interessado, adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a esta norma.

ética médica brasileira; CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a conduta do médico em face das mesmas; CONSIDERANDO a atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as diretivas antecipadas de vontade; CONSIDERANDO que, na prática profissional, os médicos podem defrontar-se com esta situação de ordem ética ainda não prevista nos atuais dispositivos éticos nacionais; CONSIDERANDO que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 9 de agosto de 2012, RESOLVE: **Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. 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. § 2º 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. § 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares. § 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente. § 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. Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação (Conselho Federal de Medicina, 2012, grifo nosso).**

A acima reportada resolução define as diretivas antecipadas de vontade que sejam previamente manifestadas pelo paciente, acerca de cuidados e tratamentos que este quer ou não receber no momento em que estiver incapacitado de declarar sua manifestação. As diretivas deverão ser levadas em consideração pelo médico, no momento em que o paciente se encontrar nas situações reportadas (Zilio, 2016).

Conforme consabido, o paciente poderá manifestar sua vontade por meio de um representante designado, quando suas informações, da mesma forma, serão levadas em consideração. O que deve ser manifestado pelo representante é a vontade do paciente. A vontade do paciente prevalecerá sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre desejos de familiares. Entretanto, se porventura as diretivas antecipadas do paciente ou representante estejam em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica, não poderão ser aceitas pelo médico responsável. O profissional deverá registrar no prontuário do paciente as diretivas antecipadas de vontade que forem a ele diretamente comunicadas, já que a manifestação poderá também ser oral (Zilio, 2016).

Importante relacionar-se que no caso de não serem conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, e no caso de não haver representante designado, nem familiares disponíveis, ou sendo o caso de falta de consenso entre eles, o médico assistente deverá recorrer ao Comitê de Bioética da instituição, se existente, ou, à sua falta, à Comissão de Ética Médica do hospital ou do Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, caso o profissional entenda ser esta medida necessária e conveniente (Zilio, 2016).

O instrumento que corporifica as diretivas antecipadas de vontade e que delimita as práticas médicas em enfermos cujo estado se encontra já irreversível, tem se mostrado como um avanço na área da medicina, e reverbera o respeito à autonomia do paciente em face do antigo paternalismo médico. Na exposição de motivos da resolução 1.995, de 2012, tal respeito se acha expressamente previsto (Zilio, 2016).

As justificativas para a criação da resolução em comento são as que seguem: em primeiro plano na dificuldade que o paciente tem de se comunicar, no fim de sua vida, o que inegavelmente corrobora a importância das diretivas antecipadas; depois, outra justificativa não menos importante, e bastante ressaltada, é a atual receptividade dos médicos e dos pacientes a tal prática, já que o entendimento atual, de acordo com a exposição de motivos da própria resolução, é pelo respeito à autonomia dos pacientes; finalmente, a comparação com os Códigos de Ética Médica de outros países, que consentem a prática, foi ponderada para a aprovação da normativa em voga, que foi coerente com a tendência apontada. Apesar de não existir legislação específica, ainda, voltada às diretivas antecipadas de vontade, a Resolução 1.995, de 2012, foi e é considerada um marco extremamente positivo em prol da dignificação do processo de morte (Zilio, 2016).

Pode-se inferir, então, que em relação à deontologia médica, as diretivas antecipadas de vontade são um direito efetivado (Zilio, 2016).

Sobre a Resolução, ainda, Luciana Dadalto (2013, p. 108-109, grifo nosso) reconheceu seu caráter pioneiro, ainda na época:

No dia 31 de agosto de 2012 o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a Resolução 1.995, dispondo sobre diretivas antecipadas de vontade. **Esta é a primeira regulamentação sobre a matéria no país, com a qual o CFM segue a tradição de se posicionar sobre temas bioéticos antes do Poder Legislativo.** [...]

Também foi uma preocupação do Ministério da Saúde o respeito ao Procurador para assuntos de Saúde. Da Portaria do Ministério da Saúde n. 1.820 - Declaração dos Direitos e Deveres dos Usuários do SUS, de 13 de agosto de 2009, lê-se que:

Art. 5º Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe: [...] VII - **a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;** (Brasil, 2009, grifo nosso).

Tem-se, também, a Resolução 41/2018, do Ministério da Saúde, que estabelece princípios norteadores para a organização de cuidados paliativos, mencionando as diretivas antecipadas de vontade:

Art. 4º Serão princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos:  
[...]  
XI - respeito à autodeterminação do indivíduo;  
XII - **promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV);** e  
XIII - **esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV** (Brasil, 2018, grifo nosso).

Ainda, o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, de 2017, do Conselho Nacional de Enfermagem, também inseriu as diretivas antecipadas de vontade em seu texto, no artigo 42, parágrafo único:

Art. 42 - Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais. Parágrafo único. **Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades** (Conselho Nacional de Enfermagem, 2017, grifo nosso).

A Portaria n. 1399, de 2019, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde, no artigo 23, inciso XI, alínea “e”, estatui que compete ao estabelecimento de saúde habilitado na alta complexidade em oncologia adotar conduta mínima de cuidados paliativos, observando, entre outros, os critérios de disposição de protocolo e fluxos estabelecidos para proceder às diretivas antecipadas de vontade (Brasil, 2019). Aqui fica evidente também a preocupação com o cumprimento das diretivas antecipadas de vontade:

Art. 23 Compete ao estabelecimento de saúde habilitado na alta complexidade em oncologia:

[...]

XI - adotar conduta mínima de cuidados paliativos, observando os seguintes critérios:

[...]

e) **dispor de protocolo e fluxos estabelecidos para proceder às diretivas antecipadas de vontade;**

[...] (Brasil, 2019, grifo nosso).

Em 2024, foi ainda instituída a Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. A Portaria institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. De tal documento, retira-se que:

Art. 2º São princípios da PNCP:

I - valorização da vida e consideração da morte como um processo natural;

II - respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada;

III - respeito à autonomia do indivíduo, com atenção especial na tomada de decisão substituta no caso de crianças e pessoas curateladas ou tuteladas, resguardados os princípios bioéticos dos códigos profissionais e das leis relacionadas ao tema;

IV - oferta dos cuidados paliativos em todo o ciclo de vida, de forma indistinta para pessoas em sofrimento por qualquer condição clínica que ameace a continuidade da vida;

V - início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas que ameacem a continuidade da vida;

VI - início precoce dos cuidados paliativos, ofertados em conjunto com o tratamento da doença;

VII - promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social;

VIII - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando a morte e recusando tratamentos e procedimentos diagnósticos que possam causar sofrimento ou medidas que venham a prolongar artificialmente o processo de morrer;

IX - promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto;

X - prestação do cuidado paliativo por equipe multiprofissional e interdisciplinar;

XI - comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pessoas cuidadas, familiares, cuidadores e profissionais; e

**XII - observância à Diretiva Antecipada de Vontade - DAV da pessoa cuidada.**

§ 1º No âmbito dos cuidados paliativos, as dimensões de que trata o inciso VII do caput podem ser compreendidas da seguinte forma:

I - física: compreende ações de tratamento e gerenciamento de sintomas como dor, dispneia, desconforto e náuseas, por meio do uso de medicamentos em tempo oportuno e dosagem adequada, técnicas não farmacológicas e abordagens terapêuticas para fornecer conforto à pessoa;

II - psicoemocional: suporte psicológico e emocional à pessoa cuidada, bem como aos seus familiares e/ou cuidadores, de forma contínua e humanizada, por meio de comunicação empática, escuta ativa e outras ações para promover o alívio do sofrimento;

III - espiritual: identificação do desejo da pessoa de comunicar suas necessidades espirituais, por meio de escuta competente e sensível, facilitando a discussão sobre questões espirituais e existenciais e, conforme o caso e a disponibilidade, viabilizando a assistência espiritual de acordo com a crença e a vontade da pessoa; e

IV - social: compreende ações para preservar a inserção e o convívio social da pessoa, viabilizando o acesso a todos os recursos necessários para que possa seguir com o seu tratamento e ter uma boa qualidade de vida com respeito à sua autonomia.

**§ 2º A DAV de que trata o inciso XII do caput compreende o testamento vital ou outro documento em que haja registro expresso das preferências da pessoa com relação a tratamentos ou outras medidas de cuidado quando em condições de saúde irreversíveis e potencialmente terminais** (Brasil, 2024, grifo nosso).

Assim, apesar de ainda não existir legislação a regulamentar o tema no ordenamento jurídico brasileiro, ele encontra respaldo em todas as normativas expostas. Aliás, conforme Zilio (2023a, p. 230, grifo nosso), as Resoluções relativas ao tema são verdadeiras políticas públicas. Senão, veja-se:

Em relação à ortotanásia, percebe-se nitidamente que é um meio efetivo de proporcionar aos pacientes terminais uma morte digna e humanizada, com menor carga de dor e sofrimento, e sem antecipações ou protelações no processo do óbito. Quanto a ela, o órgão da classe médica – Conselho Federal de Medicina, que tem natureza jurídica de autarquia - posicionou-se. As políticas públicas acerca do tema são, assim, duas resoluções do Conselho: a resolução 1.805/2006 e a **resolução 1.995/2012** [...].

A autora se posiciona em relação à ortotanásia, que é a morte ocorrida a seu tempo, mediante a priorização aos cuidados paliativos e o respeito à autonomia do paciente. Assim, ela entende ter efetividade a Resolução 1.995, de 2012, do Conselho Federal de Medicina, acima transcrita, para a concretização do direito de morrer com dignidade mediante o acatamento às diretivas dos pacientes.

#### **4 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO BRASIL: PERSPECTIVAS FUTURAS**

Conforme reportado na seção acima, não existe regulamentação das diretivas antecipadas de vontade por lei, hoje, no Brasil. Entretanto, está em tramitação no Congresso Nacional o Projeto de Lei n. 2986, de 2022, de autoria do Senador Lasier Martins, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade acerca de cuidados médicos a serem submetidos os pacientes (nas situações especificadas no Projeto).

Atualmente, o Projeto de Lei está aguardando designação de relator na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania.

Do texto inicial do Projeto de Lei, em sua justificção, extrai-se que:

Nas últimas décadas, temos testemunhado grande desenvolvimento tecnológico na área médica, o que tem contribuído para o prolongamento da vida por meio de suporte

clínico intensivo. De um lado, não se pode negar que os avanços observados trouxeram benefícios para inúmeras pessoas com doenças graves. De outro lado, **surgiram diversos questionamentos no campo da bioética, principalmente no tocante a temas como a terminalidade da vida e a autonomia das pessoas em decidir sobre os tratamentos aos quais desejam se submeter, especialmente daquelas com doença em estágio avançado e sem nenhuma perspectiva de cura. Em face da lacuna legal existente e para regulamentar questões ético-profissionais envolvidas com a terminalidade da vida, o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou duas normas: a Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006, que permite 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; e a Resolução nº 1.995, de 31 de agosto de 2012, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.** Inúmeros países contam com legislação desse tipo, a exemplo dos Estados Unidos da América, da Argentina e de diversos países da Comunidade Europeia, como Espanha, Itália, Portugal, Suíça e Holanda. **Assim, é necessário colocar o Brasil em consonância com a tendência mundial de garantir, por meio de lei, a possibilidade de o paciente manifestar, e ter respeitada, a sua vontade, antecipadamente ao aparecimento ou ao agravamento de uma enfermidade grave, indicando expressamente a quais tratamentos concorda ou recusa se submeter, ou mesmo nomeando um representante para decidir por ele em caso de se tornar incapaz. Seguindo essa tendência mundial, apresentamos o presente projeto de lei, que tem como objetivo suprir a lacuna legal existente em nosso país no que tange às diretivas antecipadas de vontade. A proposição legislativa que ora submetemos à apreciação desta Casa pauta-se pelo respeito à dignidade e à autonomia do paciente, pela sua qualidade de vida e pela humanização da morte, razões que nos levam a solicitar o apoio dos nobres Pares para o seu acolhimento** (Brasil, 2022, grifo nosso).

O importante Projeto busca a regulamentação legal das diretivas antecipadas de vontade, detalhando em seu artigo 1º que toda pessoa civilmente capaz tem o direito de, livre e conscientemente, manifestar sua vontade documentada acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos de saúde aos quais deseja ou não se submeter, e que terão validade apenas nas seguintes situações, atestadas por dois médicos diferentes: doenças terminais; doenças crônicas e/ou neurodegenerativas em fase avançada; estado vegetativo crônico; demais condições irreversíveis de saúde (Brasil, 2022).

De acordo com o texto, ainda, no artigo 2º, parágrafo 1º, pode-se verificar que para o Projeto de Lei são espécies de diretivas antecipadas de vontade para o fim de vida: o testamento vital, assim considerado o documento no qual uma pessoa manifesta sua vontade, explicitando os cuidados, tratamentos e procedimentos aos quais deseja ou não ser submetida nas situações previstas no Projeto; a procuração para cuidados de saúde, assim considerado o documento no qual uma pessoa designa uma ou mais pessoas, em ordem de preferência, para decidir por ela sobre os cuidados à sua saúde; e as diretivas para demência, assim considerado o documento no qual uma pessoa manifesta sua vontade, explicitando os cuidados, tratamentos e procedimentos aos quais deseja ou não ser submetida especificamente no caso de diagnóstico de demência (Brasil, 2022).

O artigo 4º, parágrafo primeiro, estatui ainda que o declarante poderá recusar cuidados, tratamentos e procedimentos de saúde que tenham o objetivo de prolongar a vida biológica, entre outros, os seguintes: reanimação cardiopulmonar; respiração artificial; nutrição e hidratação artificiais; internação em Unidade de Terapia Intensiva; cirurgias que não tenham potencial curativo; diálise; quimioterapia e radioterapia; antibióticos; demais cuidados, procedimentos e tratamentos sem potencial de modificar o curso natural da doença (Brasil, 2022).

Do parágrafo segundo do mesmo artigo extrai-se que o declarante, em seu testamento vital ou em suas diretivas para demência, poderá: manifestar-se acerca dos seguintes assuntos: doação de órgãos *post mortem*, com caráter vinculante; solicitação de alta hospitalar e assistência domiciliar para que possa chegar ao fim da sua vida no lugar que julgar mais adequado, podendo inclusive, escolher ir para sua casa; disposição acerca de ritos fúnebres, cremação e enterro (Brasil, 2022).

Lê-se, ainda, do artigo 5º do Projeto, que a procuração para cuidados de saúde (também chamada de mandato duradouro) poderá ser outorgada a qualquer pessoa maior e capaz, não sendo necessário que o procurador tenha vínculo de parentesco com o outorgante. No parágrafo primeiro fica claro que o procurador para cuidados de saúde terá os seguintes poderes: a) decidir em nome do paciente quando este estiver impossibilitado de se autodeterminar e não tiver deixado testamento vital ou diretivas para demência; b) esclarecer a vontade do paciente prevista no testamento vital ou nas diretivas para demência; c) decidir diante de eventual lacuna quanto aos cuidados à saúde do paciente, mesmo contrariando manifestação de familiares (Brasil, 2022).

Assim, em termos de perspectivas futuras, o Projeto de Lei explicitado representa uma expectativa de regulamentação legal das diretivas antecipadas de vontade, já possíveis no Brasil, mas que carecem da segurança a ser trazida por eventual futura legislação.

## **5 CONCLUSÃO**

Concluindo-se o estudo que teve como objetivo geral entender as diretivas antecipadas de vontade historicamente, atualmente e em termos de perspectivas futuras, pode-se concluir que:

a) Historicamente, as diretivas antecipadas de vontade surgiram em solo estadunidense, propostas inicialmente no ano de 1969. Difundiram-se e hoje são regulamentadas legalmente em muitos países.

b) No Brasil, atualmente, as diretivas antecipadas de vontade são possíveis de efetivação. Não existe lei específica que regule a matéria, mas há o respaldo do Conselho Federal de Medicina, do Conselho Nacional de Enfermagem e do Ministério da Saúde.

c) Em perspectiva futura para regulamentação legal do tema no Brasil, tem-se o Projeto de Lei 2986, de 2022, em tramitação.

Logo, os objetivos específicos da pesquisa, pontuados na fase introdutória, foram concluídos, uma vez que em cada uma das três seções do texto foram abordadas as proposições, em ordem sequencial: foram estudadas as diretivas antecipadas de vontade, historicamente; após, foram analisadas as diretivas antecipadas de vontade na atualidade do ordenamento jurídico brasileiro; por fim, na seção final do estudo, foram levantadas e entendidas as perspectivas futuras das diretivas antecipadas de vontade no Brasil.

O problema de pesquisa proposto na seção introdutória foi o que segue: como ocorreu historicamente o desenvolvimento das diretivas antecipadas de vontade, qual o seu tratamento atual no ordenamento jurídico brasileiro e quais são as perspectivas futuras em relação ao assunto, no Brasil?

O problema foi resolvido e restou sanado pelos resultados encontrados, já que a pesquisa bibliográfica realizada demonstrou o estudo histórico, a análise atual e as perspectivas do tema. A partir do que foi evidenciado no estudo bibliográfico conduzido pelo método dedutivo, pode-se concluir pela relevância do tema, e pode-se refletir-se que, para uma ainda maior segurança aos pacientes e profissionais, ele deveria (e espera-se que aconteça) ser regulamentado por via legislativa.

## REFERÊNCIAS

ANGELUCI, Cleber Affonso. Considerações sobre o existir: as diretivas antecipadas de vontade e a morte digna. **Revista Brasileira de Direito Civil**, Belo Horizonte, v. 21, p. 39-59, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/464-1220-1-SM%20(1).pdf>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BONAMIGO, Elcio Luiz *et al.* A inserção do Testamento Vital na Deontologia Médica Brasileira. **Revista Síntese Direito de Família**, v. 80, n. 15, p. 83-93, 2013.

BONAMIGO, Elcio Luiz. **Manual de Bioética: teoria e prática**. 5. ed. Joaçaba: Editora

Unoesc, 2023. 376 p.

BRASIL. **Código Civil**. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm)>. Acesso em: 11 jun. 2024.

BRASIL. **Constituição**: República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 14 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 3.681**, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília-DF, 2024. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681\\_22\\_05\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html)>. Acesso em: 13 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.820**, 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2009/01\\_set\\_carta.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAES/MS n. 1399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília-DF. **Diário Oficial da União**, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-saes-ms-1399-17-dezembro-2019>>. Acesso em: 5 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41**, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília –DF, 2018. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html)>. Acesso em: 23 jun. 2024.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei 2986 de 2022**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade acerca de cuidados médicos a serem submetidos os pacientes nas situações especificadas. Brasília, DF, 15 dez. 2022. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/155441>>. Acesso em: 22 jun. 2024.

CHEMIN, Marcia Regina Chizini; SOUZA, Waldir. Diretivas Antecipadas de Vontade e Testamento Vital: uma questão semântica? **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, v. 55, n. 2, p. 374-386, 2015. Disponível em: <[http://periodicos.est.edu.br/index.php/estudos\\_teologicos/article/view/1512/2412](http://periodicos.est.edu.br/index.php/estudos_teologicos/article/view/1512/2412)>. Acesso em: 20 jun. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.995, de 9 de agosto de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 ago. 2012. Seção I, p. 269-270. Disponível

em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>>. Acesso em: 16 jun. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n. 564/2017**. Aprova o Novo Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem. 2017. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem/>>. Acesso em: 21 jun. 2024.

DADALTO, Luciana. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 106-112, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/jt5d9PVQgWkffwMLzvDM7h/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 jun. 2024.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n.3, p. 463-476, 2013. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/855/926](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/855/926)>. Acesso em: 16 jun. 2024.

KUTNER, Luis. Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal. **Indiana Law Journal**, Indiana, v. 44, n. 4, p. 539-554, 1969. Disponível em: <[https://www.repository.law.indiana.edu/ilj/vol44/iss4/2/?utm\\_source=www.repository.law.indiana.edu%2Fij%2Fvol44%2Fiss4%2F2&utm\\_medium=PDF&utm\\_campaign=PDFCoverPages](https://www.repository.law.indiana.edu/ilj/vol44/iss4/2/?utm_source=www.repository.law.indiana.edu%2Fij%2Fvol44%2Fiss4%2F2&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages)>. Acesso em: 21 jun. 2024.

MABTUM, Matheus Massaro; MARCHETTO, Patrícia Borba. Diretivas antecipadas de vontade como dissentimento livre e esclarecido e a necessidade de aconselhamento médico e jurídico. In: **O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

MONTEIRO, Renata da Silva Fontes; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. **Revista Bioética**, Brasília, v.27, n. 1, p. 86-97, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/j9xLqRQmYnpQWPPn87QfZHH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 jun. 2024.

ZILIO, Daniela. **A autonomia decisória do paciente terminal como alicerce para a efetivação do direito de morrer com dignidade pessoal**: o direito à morte (digna) como corolário do direito à vida (digna). 2016. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Direitos Fundamentais) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Chapecó, 2016.

ZILIO, Daniela. Bioética, terminalidade da vida e políticas públicas no Brasil: a possibilidade de realização da ortotanásia. **Conpedi Law Review**, v. 9, n. 1, p. 217-233, 2023a. Disponível em: <<https://www.indexlaw.org/index.php/conpedireview/article/view/9908/pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2024.

ZILIO, Daniela. **Privacidade em decisões de fim de vida**: a construção e efetivação da autonomia decisória na perspectiva dos pacientes oncológicos em tratamento no Hospital

Universitário Santa Terezinha de Joaçaba-SC. 2023. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Chapecó, 2023b.