

VIII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

JANAÍNA MACHADO STURZA

MARCIA ANDREA BÜHRING

MARIO JORGE PHILOCREON DE CASTRO LIMA

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 Haydêe 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

Educação Jurídica

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

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

Comissão Especial

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

B615

Biodireito e direitos dos animais [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Janaína Machado Sturza; Marcia Andrea Buhring; Mario Jorge Philocreon De Castro Lima. – Florianópolis: CONPEDI, 2025.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-197-4

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito Governança e Políticas de Inclusão

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Bio direito. 3. Direito dos animais. VIII Encontro Virtual do CONPEDI (2; 2025; Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



VIII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

Apresentação

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

Janaína Machado Sturza

Marcia Andrea Bühring

Mario Jorge Philocreon De Castro Lima

O VIII Encontro Virtual do CONPEDI cujo tema é “Direito, Governança e Políticas de Inclusão” aconteceu no mês de junho de 2025 e, como tradicionalmente vem ocorrendo, consolida o Biodireito e o Direito dos Animais como um GT de apresentações de trabalhos que congrega áreas de ampla produção acadêmica entre programas dos mais diversos, situados em diferentes partes do Brasil.

O biodireito e sua interlocução direta com e na sociedade contemporânea, bem como as transformações constantes que envolvem o direito dos animais, possibilitaram vislumbrar “outros olhares” e novas transformações para a sociedade, e são justamente estas novas possibilidades que constituem o campo da ciência, da pesquisa científica e, por fim, as novas perspectivas jurídicas.

Convidamos a todos que leiam os textos apresentados neste GT:

Os primeiros textos apresentados, versam sobre o tema do Biodireito:

CADASTRO NACIONAL DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: AUTONOMIA E DIGNIDADE NA VIDA E NA MORTE, de Ana Carolina Gondim de Albuquerque Oliveira, Paulo Henrique Tavares da Silva, Jéssica Feitosa Ferreira, propõe a criação de um Cadastro Nacional para as Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e acessível às operadoras de saúde suplementar, como meio de assegurar autonomia e dignidade dos pacientes em situações que não possam expressar suas vontades direta e conclusivamente.

A ANTECIPAÇÃO DA MORTE: UM ESTUDO A PARTIR DOS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA de Daniela Zilio, tem como objetivo geral investigar a antecipação da morte (eutanásia e suicídio assistido) a partir dos princípios da bioética (beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia).

REPRODUÇÃO PÓSTUMA: UMA COLETÂNEA DE FONTES PARA INTRODUÇÃO AO ESTUDO, de Ana Paula Bagaiolo Moraes Barbosa, André Luis Jardini Barbosa, Pedro Lucas Comarella Schatzmann, busca compreender esse discurso, assim como apresentar alguns dos conceitos fundamentais para que se possa tomar parte nesses debates, apontando algumas das vozes mais eminentes nessas argumentações.

AS REDES CONTRATUAIS E A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO CONTRATURAL DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA, de Stella Maris Guergolet de Moura, Rita de Cassia Resquetti Tarifa Espolador, Lucas Mendonça Trevisan, tem como objetivo analisar a contratualização em rede frente a tradicional doutrina contratual, com destaque para a sua adequação as hipóteses de contratos que tenham por objeto a reprodução humana assistida, diante da necessária interpretação constitucional que deve ser dada a temática.

A IMPORTÂNCIA DAS COLEÇÕES CIENTÍFICAS BIOLÓGICAS PARA DIVULGAÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA NA TERRA: UM DIREITO DO CIDADÃO À INFORMAÇÃO AMBIENTAL E SOBRE A DIVERSIDADE, de Ana Cláudia Cardoso Lopes e Maraluce Maria Custódio trazem o olhar da Biologia, para a necessidade do conhecimento coletivo a respeito dos processos evolutivos da Vida no planeta, como complemento da formação do cidadão.

Em seguimento ao Biodireito, o Direitos dos Animais:

ANTROPOCENTRISMO EM CRISE E NOVO PARADIGMA BIOCÊNTRICO: DIGNIDADE PARA ALÉM DO SER HUMANO, de Leticia de Quadros, que se inspira nas lições de Thomas Kuhn para assinalar a atual transformação do paradigma científico de antropocentrismo para biocentrismo.

A PERSPECTIVA JURÍDICA DA PRESENÇA DE ANIMAIS DE APOIO EMOCIONAL NOS HOSPITAIS, de Edy Cesar Batista Oliveira, Laura Sampaio dos Santos Silva e Tanise Zago Thomasi, desenvolvem pesquisa da viabilidade de elaboração de legislação específica a respeito do uso de animais como apoio emocional para pacientes humanos em tratamento hospitalar.

A PROTEÇÃO JURÍDICA DOS ANIMAIS EM SITUAÇÕES DE DESASTRES NATURAIS E EMERGÊNCIAS de Bruna Cardoso Diogo que nos traz à reflexão para os sofrimentos de animais nas situações de desastre, em paralelo aos sofrimentos dos humanos, não raro causados por esses últimos, e a necessidade da extensão dos socorros públicos a esses seres sencientes.

CAPACIDADE PROCESSUAL DOS ANIMAIS: ACESSO À JUSTIÇA EM RAZÃO DE MAUS-TRATOS, de Marcia Andrea Bühring e Guilherme Chaves Lima, propõe analisar a questão da capacidade processual dos animais, explorando suas implicações jurídicas, éticas e sociais, e verificando como a lei deve reconhecer e proteger os interesses dos animais.

DA IDENTIFICAÇÃO À DIGNIDADE: O CADASTRO NACIONAL DE CÃES E GATOS SOB A PERSPECTIVA DO DIREITO ANIMAL INTERNACIONAL, de Patrícia Cristina Vasques de Souza Gorisch, apresenta, o Cadastro Nacional de Cães e Gatos (SinPatinhas), sistema gratuito que reúne microchipagem, número de RG Animal e banco de dados unificado a fim de alinhar-se a padrões internacionais como a Declaração Universal dos Direitos dos Animais (UNESCO), as diretrizes da WOAHA e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ONU).

DA POSSIBILIDADE DE SUCESSÃO TESTAMENTÁRIA PARA ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO EM SUBSTITUIÇÃO AOS LEGADOS de Simone Alvarez Lima e Larissa Menezes Pereira tem como objetivo explicar a possibilidade de sucessão testamentária para animais, e o convite à reflexão sobre o motivo pelo qual o direito civil deveria permitir a contemplação destes em testamento.

EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO JURÍDICO DOS ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO NO BRASIL: ALGUMAS REFLEXÕES COM BASE NAS DECISÕES DE TRIBUNAIS BRASILEIROS E NA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO DO CÓDIGO CIVIL de Laura Vitória Pavão Borges, Joseane Ceolin Mariani de Andrade Pedroso e Edenise Andrade da Silva, busca responder como as transformações legislativas e as decisões dos tribunais têm redefinido o tratamento jurídico dispensado aos animais de estimação no Brasil e assim mostrar a proposta no projeto de atualização do Código Civil para que os animais deixem de ser categorizados como coisas.

LEGITIMIDADE PROCESSUAL DOS ANIMAIS NÃO HUMANOS: CURATELA E REPRESENTAÇÃO EM AÇÕES DE DISSOLUÇÃO CONJUGAL de Helena Cinque,

busca analisar a legitimidade processual dos animais não humanos nas ações de dissolução da sociedade conjugal e sustentam que, diante da colisão de interesses entre seus guardiões, a nomeação de curador especial.

Janaína Machado Sturza – UNIJUÍ - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

Marcia Andrea Bühring – PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Mario Jorge Philocreon de Castro Lima – UFBA - Universidade Federal da Bahia

**CADASTRO NACIONAL DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE:
AUTONOMIA E DIGNIDADE NA VIDA E NA MORTE**

**NATIONAL REGISTRY OF ADVANCE DIRECTIVES: AUTONOMY AND
DIGNITY IN LIFE AND DEATH**

Ana Carolina Gondim de Albuquerque Oliveira ¹

Paulo Henrique Tavares da Silva ²

Jéssica Feitosa Ferreira ³

Resumo

Este artigo propõe a criação de um Cadastro Nacional para as Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e acessível às operadoras de saúde suplementar, como meio de assegurar autonomia e dignidade dos pacientes em situações que não possam expressar suas vontades direta e conclusivamente. A proposta explora a importância das DAV como expressão de autodeterminação e resistência às possibilidades de medicalização excessiva e de obstinação terapêutica. A ausência de um cadastro centralizado e acessível nacionalmente compromete a eficácia dessas diretivas e, conseqüentemente, a observância do direito à saúde e à morte digna, deixando os pacientes vulneráveis às decisões de terceiros. Desse modo, por meio de uma pesquisa bibliográfica e partindo da análise dos dados do sistema E-notariado, o estudo busca confirmar a hipótese de que um cadastro unificado poderia reforçar significativamente o respeito à vontade dos pacientes em todas as esferas de atendimento de saúde no país.

Palavras-chave: Diretivas antecipadas de vontade, Cadastro único, Morte digna, Saúde, Autonomia

Abstract/Resumen/Résumé

This article proposes the creation of a National Registry for Advance Directives in Brazil, integrated with the Unified Health System (SUS) and accessible to supplementary health insurance providers, as a means to ensure the autonomy and dignity of patients in situations where they are unable to express their wishes directly and conclusively. The proposal explores the importance of advance directives as an expression of self-determination and as a bulwark against the risks of excessive medicalization and therapeutic obstinacy. The absence

¹ Doutora em Direito pela UFPB. Estágio Pós-Doutoral em andamento no Programa de Pós-Graduação em Direito do Centro Universitário de João Pessoa (PPGDUNIPÊ). Bolsista CAPES.

² Doutor em Direito pela UFPB. Professor Permanente e Coordenador Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Direito do Centro Universitário de João Pessoa (PPGDUNIPÊ). Professor UFPB.

³ Mestra em Direito, área de concentração Direito e Desenvolvimento Sustentável, pelo Centro Universitário de João Pessoa (PPGDUNIPÊ). Assistente Jurídico do Tribunal de Justiça da Paraíba (TJPB).

of a centralized, nationally accessible registry undermines the effectiveness of these directives and, consequently, the safeguarding of the right to health and a dignified death, leaving patients vulnerable to the decisions of third parties. Thus, through bibliographic research and an analysis of data from the E-notary system, the study seeks to confirm the hypothesis that a unified registry could significantly reinforce the respect for patients' wishes across all levels of health care in the country.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Advance directives, Dignified death, Single registry, Health, Autonomy

1 INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objetivo propor a criação de um cadastro nacional de diretivas antecipadas de vontade, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e acessível à saúde suplementar. Isto porque a morte, apesar de ser um fenômeno natural, ainda provoca medo e insegurança, principalmente se a sua consumação ocorrer após um processo doloroso de enfermidade. Por isso, a decisão de prorrogar, abreviar ou permitir que o fim da vida ocorra de modo natural, conforme o tempo biológico de cada indivíduo, levanta questões éticas e jurídicas de grande relevância, pois coloca em confronto o direito à vida, como bem inviolável, com a autonomia do indivíduo para decidir sobre o curso de sua existência e, em última instância, sobre o momento e as condições de sua própria morte. De modo que, desta controvérsia emerge o debate sobre a morte digna ou humanizada.

Na perspectiva de que a vida e a morte são momentos igualmente essenciais da existência, torna-se imperativo que o direito assegure ao indivíduo a mesma proteção e respeito nesses dois extremos de sua trajetória. Para tanto, a decisão de manter uma vida à custa de protocolos e terapêuticas meramente paliativas (obstinação terapêutica¹) ou respeitar o seu curso natural não deve ser, exclusivamente, uma prerrogativa dos profissionais da saúde. A proteção do direito à vida está intimamente vinculada a uma gama de outros direitos, como o direito à saúde, o direito ao próprio corpo, à autodeterminação e à liberdade, de modo que cada indivíduo deve ter a possibilidade de participar ativamente desse processo decisivo.

É nesse contexto que as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) se destacam como ferramentas assecuratórias da vontade do paciente, sobretudo mediante alguma situação de incapacidade ou impossibilidade de comunicação. Fundamentadas no princípio da autonomia, as DAV permitem que as pessoas tomem decisões antecipadas sobre seus cuidados de saúde, sendo especialmente relevantes em contextos de incapacidade temporária ou permanente.

No Brasil, o respeito e a eficácia desses documentos enfrentam desafios significativos, em grande parte devido ao desconhecimento da sociedade como um todo, incluindo os profissionais de saúde, servidores dos cartórios e os juristas. Ademais, inexistente um sistema unificado e centralizado para registro e consulta, a exemplo de um cadastro nacional. Isto posto, questiona-se: qual a importância da criação de um cadastro nacional de diretivas antecipadas de vontade? Para responder ao problema de pesquisa e alcançar o objetivo proposto utilizou-se

¹ A obstinação terapêutica pode também ser denominada de distanásia ou retardamento máximo da morte. Para isto os médicos utilizam de todos os recursos para prolongar artificialmente a vida do paciente.

o método dedutivo através de uma revisão bibliográfica sobre a importância das Diretivas Antecipadas de Vontade e a necessidade da instituição de um cadastro nacional, através de fontes científicas procedentes de livros e artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, assim como em legislações e outras fontes (revistas, *sites*, dentre outros) publicadas.

A pesquisa foi realizada no período de fevereiro a abril de 2025. Os estudos foram selecionados a partir dos descritores: “diretivas antecipadas de vontade”, “morte digna”, “autonomia do paciente”, dentre outras. Utilizaram-se como critérios de inclusão artigos na íntegra publicados em português, espanhol e inglês. Como critério de exclusão definiu-se as referências bibliográficas que não respondiam à questão norteadora da pesquisa. Por fim, se efetuou a síntese integradora do material investigado que será apresentado em três categorias de análise, que dão título às seções que se seguem.

2 AUTONOMIA DO PACIENTE E DIREITO À MORTE DIGNA

A única certeza na existência humana é a morte. Algo inevitável que se sobrepõe até mesmo ao nascimento, pois a gestação não garante o nascer. Nesse sentido, a morte emerge como uma consequência, e não como antítese da vida (Ariés, 2012, 2014). No Ocidente, a Revolução Industrial oportunizou o surgimento dos hospitais que, por sua vez, resultou no afastamento das famílias do processo de adoecimento e da perecimento da vida. Nas sociedades pré-modernas, os doentes eram tratados em casa, e a morte era uma experiência compartilhada pela família e pela comunidade (Ariés, 2012).

A vida, enquanto direito constitucionalmente protegido, é tutelada independentemente da vontade do indivíduo, sendo regra a sua inviolabilidade. Viver é o primeiro direito humano e marco do processo civilizatório contemporâneo (Barroso; Martel, 2010). Proteger uma vida significa salvaguardar todas as demais (Godinho, 2016). Essa proteção, contudo, exige um equilíbrio com a autonomia individual, que inclui a liberdade de cada pessoa decidir sobre o curso de sua própria existência, até mesmo em relação ao momento e às condições de sua morte.

Todavia, ao direito à vida soma-se a dignidade da pessoa humana que deve se manifestar em todas as etapas do existir humano, incluindo a morte, com a mesma relevância ética e jurídica, exigindo da sociedade e do Direito uma proteção equânime para esses dois extremos. Desse modo, a dignidade na morte está relacionada à possibilidade de o indivíduo fazer escolhas, especialmente diante de doenças terminais ou de condições clínicas irreversíveis, como elucida Dadalto (2019). Diante do exposto, o direito à morte digna está

estritamente vinculado à autonomia privada, que além de ser direito fundamental, é condição essencial para que o indivíduo exerça o controle sobre sua própria existência. Neste sentido, instrumento eficaz para a salvaguarda da autonomia do indivíduo são as diretivas antecipadas de vontade (DAV), que, dentre outras providências, visam evitar o prolongamento desnecessário do sofrimento, respeitando a autodeterminação do ser humano.

A perspectiva de morte digna, conforme Dadalto (2019), associa-se à ortotanásia, que consiste em não abreviar nem prolongar artificialmente a vida de um paciente terminal, respeitando o curso natural do ciclo vital e proporcionando todos os cuidados paliativos. A ortotanásia é disciplinada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução nº 1.805/2006 (Brasil, 2006), permitindo que o médico limite ou suspenda tratamentos que visem apenas prolongar a vida, quando isso se mostrar contrário à vontade expressa do paciente, contudo, se mantém os cuidados paliativos.

Nesse contexto, a liberdade, como direito fundamental (art. 5º, *caput* da CRFB/88), deve ser entendida à luz da dignidade da pessoa humana, conjugando valores como igualdade material e o caráter inviolável da vida e da saúde. A autonomia privada nas relações médico-paciente manifesta-se por meio do consentimento informado, que, segundo Godinho (2012), constitui a manifestação livre e esclarecida da vontade do paciente ao aceitar ou recusar tratamentos, com base em informações detalhadas sobre riscos e alternativas terapêuticas. Essa prática assegura que o paciente participe ativamente das decisões médicas, como parte do compromisso ético de respeito ao seu direito de autodeterminação.

Sobre a preservação desses valores em um cenário de mercantilização das relações, Bauman (2001, p. 153) alerta para o fato de que os “[...] laços e parcerias tendem a ser vistos e tratados como coisas destinadas a serem *consumidas*, e não produzidas; estão sujeitos aos mesmos critérios de avaliação de todos os outros objetos de consumo”. Essa mercantilização das relações humanas se reflete também na área da saúde, na qual a relação médico-paciente corre o risco de ser reduzida a uma mera troca ou uma prestação de serviços, esvaziada de seu aspecto humanitário e ético. Contra essa tendência, o consentimento informado se estabelece como uma prática fundamental, buscando resgatar o caráter dialógico e humanizado da relação entre profissional de saúde e paciente.

Outrossim, o consentimento informado deve ser prática contínua nas relações médico-paciente, com profissionais fornecendo todas as informações necessárias sobre o estado de saúde, os tratamentos e seus riscos, benefícios e alternativas. Esse consentimento deve ser formal e escrito, garantindo que a pessoa humana, na condição de paciente compreenda plenamente todas as implicações antes de consentir com qualquer procedimento (Godinho,

2012). Esse processo deve ser conduzido de forma clara e compreensível, evitando tecnicismos que poderiam obscurecer a compreensão do paciente, o qual, por não deter o conhecimento técnico, encontra-se em situação de vulnerabilidade, caracterizada por sua “hipossuficiência” no que tange ao conhecimento médico (Godinho, 2014, p. 109). Portanto, necessário se faz que as pessoas conheçam os seus direitos e conversem com as suas famílias sobre o que desejam caso cheguem a situações extremas nas quais se vejam impossibilitadas de decidir e expressar sua vontade. Deste modo, as pessoas mais indicadas para conversar e comunicar sua vontade é a família.

Imperioso explicitar que o consentimento só terá validade se for concedido por pessoa civilmente capaz², sendo indispensável que a autorização do paciente seja livre de erro, dolo ou coação. Diante dessas possibilidades, o consentimento estará viciado. Caso a declaração decorra de engano ou de ignorância sobre os fatos, ou até mesmo em virtude de intimidação física ou psicológica, também estará invalidada (Godinho, 2014). Apesar de sua relevância, sobretudo no contexto da dignidade do fim da vida, a exigência do consentimento informado não está legalmente especificada, sendo sua aplicabilidade amparada pela Constituição Federal (1988), em seu art. 5º, XIV, que reconhece o direito à informação como direito fundamental; pelo art. 15 do Código Civil (2002) e pelas resoluções do Conselho Federal de Medicina. Godinho (2014) também aponta a legislação consumerista, que, em seu art. 14, estabelece o direito à informação do consumidor.

Por sua vez, o Código de Ética Médica, em seu art. 34, proíbe que o médico se furte de “[...] informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento”, exceto quando essas informações possam causar danos ao paciente, caso em que devem ser comunicadas ao representante legal. A concordância do paciente em relação aos procedimentos a serem utilizados pela equipe médica se materializa no Termo de Consentimento Informado, no qual o paciente assume os riscos de tratamentos, desde que tenha recebido explicações claras e completas sobre protocolos, técnicas, riscos e benefícios (Godinho, 2014).

Portanto, o documento apresentado ao paciente deve ser inteligível, de forma que, como explica Godinho (2014, p. 109), “[...] só cabe falar em consentimento esclarecido se o paciente puder absorver as informações que lhes forem transmitidas, sendo imprescindível, assim, a compreensão”. O autor prossegue advertindo que, na ausência desse entendimento, não há manifestação de vontade deliberada, o que compromete a validade do consentimento.

² Às pessoas incapazes, o assentimento deve ser realizado pelos representantes legais.

Ademais, arremata que a assinatura do termo de consentimento não basta por si só, sendo “perfeitamente verossímil que [...] o processo de esclarecimento não foi suficientemente claro, não obstante o documento tenha sido lavrado” (Godinho, 2014, p. 11).

Desse modo, o consentimento informado legitima a autonomia do paciente, ao tempo em que sustenta a responsabilidade ética dos profissionais de saúde, que devem assegurar-se de que o paciente compreende o que foi transmitido. Isso também protege a manifestação da autonomia do indivíduo, essencial para uma relação médico-paciente baseada em confiança e honestidade. Contudo, o Termo de Consentimento Informado não é o único documento a ser utilizado para expressar a vontade privada dos indivíduos quando se trata do gozo de seu direito à saúde e à liberdade.

Antes, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) representam uma expressão antecipada e detalhada da vontade do paciente sobre tratamentos médicos que deseja ou não receber caso perca a capacidade de comunicação. Esse instrumento reforça a autonomia do indivíduo ao especificar, com clareza, quais procedimentos e intervenções ele autoriza ou recusa, garantindo que sua vontade seja respeitada, e protegendo-o de possíveis intervenções que contrariem suas convicções pessoais.

3 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) consistem em documentos legais por meio dos quais uma pessoa, em plena capacidade de discernimento, expressa previamente suas preferências e instruções sobre tratamentos médicos a serem aplicados ou recusados em situações em que esteja incapacitada de comunicar sua vontade de maneira consciente e autônoma. Em outras palavras, a DAV permite que o indivíduo, ao prever situações futuras de vulnerabilidade, registre seus desejos para que sejam respeitados, mesmo quando ele não puder manifestá-los diretamente.

Esse instrumento assegura que as decisões sobre o fim da vida e o controle de procedimentos médicos estejam alinhados aos valores pessoais de cada um, reforçando, assim, sua autonomia e dignidade, propondo que as ações dos indivíduos se deem conforme suas próprias regras morais, sem interferência externa. Sob essa ótica, as DAV tornam-se ferramentas que preservam a dignidade ao assegurar que o paciente possa decidir sobre o curso de sua vida e o momento de sua morte, uma escolha fundamental em sua trajetória existencial.

Para que as DAV sejam efetivamente respeitadas, o consentimento informado desempenha papel central, pois é princípio fundamental na prática médica e na bioética ao

assegurar que os pacientes tenham o direito de receber informações claras, completas e compreensíveis sobre seu estado de saúde, de acordo com o Código de Ética Médica, com o Código Civil (2002) e com a Resolução n.º 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina (CFM). No âmbito das DAV, o consentimento informado vai além de um simples aceite. Antes, funciona como um processo contínuo de esclarecimento sobre as condições, os riscos, os benefícios e as alternativas de tratamento disponíveis, garantindo que o paciente compreenda todas as implicações de suas escolhas. Esse entendimento é necessário para que a DAV realmente reflita as intenções do paciente, pois uma decisão informada e autônoma só é possível quando a pessoa dispõe de conhecimento pleno sobre sua condição de saúde e as possíveis intervenções médicas.

Dessa forma, as DAV não apenas registram as preferências do paciente, mas asseguram que essas decisões sejam o produto de sua própria reflexão e vontade, aspectos essenciais para a efetivação de uma autonomia verdadeira e digna. À vista disto, em situações futuras e eventuais de incapacidade, o paciente, por meio das DAV, continuará a exercer sua liberdade, garantindo que as escolhas feitas com lucidez e conhecimento sejam respeitadas (Dadalto, 2013; Sánchez, 2003; Blasco; Monfort e Palomer, 2010). Sob essa perspectiva, as DAV protegem o paciente não só de intervenções indesejadas, mas também de uma despersonalização forçada por práticas que poderiam prolongar o sofrimento sem considerar sua dignidade e bem-estar. Além disso, beneficiam indiretamente a equipe médica, protegendo-a de responsabilizações judiciais decorrentes das decisões tomadas durante o atendimento de pacientes que possuem DAV registrada.

Conforme Dahas e Silva (2022, p. 78): “[...] a pessoa, quando acometida por um quadro clínico irreversível, face ao processo do morrer, mas detentora de plena consciência no exercício de sua liberdade constitucional por intermédio do consentimento livre e esclarecido, após satisfatórias e compreensíveis informações, livre de escusas interferências extrínsecas, poderá esculpir o desenrolar de sua existência no que concerne às intervenções médico-terapêuticas que ambiciona ou não suportar, o que poderá ser aclarado por meio do instituto das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), que resultará do consentimento livre esclarecido e trasladará em seu cerne a derradeira vontade do resignado”.

Devido à sua importância e à amplitude de seu alcance, as DAVs se erguem como gênero do qual são espécies o Mandato Duradouro e o Testamento Vital. Em maio de 2024, a Portaria n.º 3.681 do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), no âmbito do SUS, elencou a observância das DAVs como princípio da política nacional, consignando que as diretivas “[...] compreendem 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”. Como esclarece Dadalto (2015), as diretivas podem ser aplicadas em diversos contextos médicos para garantir a autonomia dos pacientes. A título de exemplo: o Plano de Parto³, cuja utilização é recomendada pela Organização Mundial da Saúde desde 1996. Por meio dessa manifestação de vontade, as gestantes antecipam suas preferências e expectativas sobre os cuidados desejados durante o trabalho de parto e o parto, levando em conta seus valores, desejos e necessidades pessoais, com o objetivo de evitar intervenções indesejadas⁴ (Medeiros *et al.*, 2019).

No que concerne ao Mandato Duradouro, Dahas e Silva (2022) explicam tratar-se de documento por meio do qual uma pessoa nomeia um representante legal para tomar decisões médicas em seu nome, caso se torne incapaz de fazê-lo. Esse representante, também conhecido como ‘procurador de saúde’ ou ‘decisor substituto’, deve seguir as instruções pré-estabelecidas pelo paciente. Trata-se, aqui, da aplicação prática do juízo substitutivo de Beauchamp e Childress (1999), que estipulam critérios para que o representante atue de acordo com os valores e o melhor interesse do paciente, mantendo-se fiel à vontade expressa consignada no documento.

Outra espécie é o Testamento Vital, que consiste em um registro escrito da vontade do paciente sobre intervenções médicas futuras em caso de estado terminal ou doença grave que o impeça de se manifestar (Dadalto; Tupinambás; Greco, 2013). O testamento vital especifica os procedimentos, tratamentos ou até mesmo os cuidados paliativos que o paciente deseja ou não receber, representando uma declaração clara de sua liberdade de escolha. Esse documento é especialmente relevante, pois direciona a equipe médica e os familiares, proporcionando segurança jurídica e alinhamento entre as condutas adotadas e os valores pessoais do paciente.

Infere-se, nesse contexto, que o paciente possui o direito de exprimir previamente sua vontade, quando em condições de fazê-lo, deixando evidente quais as providências que devem ser tomadas e quais as que não devem em caso de sua impossibilidade (Blasco; Monfort; Palomer, 2010). Desta maneira, as diretivas configuram-se como uma declaração formal de

³ O Plano de Parto é a primeira de uma série de recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) denominadas “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” e preconizadas desde 1996, com o intuito de reorganizar e humanizar a assistência obstétrica em todo o mundo (Medeiros *et al.*, 2019).

⁴ O uso dessa diretiva antecipada de vontade, no contexto puerperal, permite que a mulher exerça sua autonomia e tenha um papel ativo nas decisões sobre seu corpo e seu parto, promovendo uma experiência de nascimento que respeite seus valores e preferências. A implementação de um plano de parto como uma forma de DAV pode contribuir significativamente para uma experiência de parto mais humanizada e empoderadora, respeitando os direitos reprodutivos e a dignidade da mulher.

instruções sobre tratamentos médicos que o indivíduo deseja ou não receber em situações específicas. Conforme observa Dadalto (2015), as diretivas representam um espaço no qual o paciente pode manifestar suas decisões de modo pessoal, autônomo e livre de imposições externas.

As DAVs são documentos facultativos, podendo ser elaborados, revogados ou alterados a qualquer momento, sempre que o paciente julgar necessário. No entanto, devido à ausência de uma norma jurídica específica no ordenamento brasileiro (o que dificulta a sua popularização e utilização), é recomendável que o paciente tome precauções adicionais para assegurar sua validade legal. Preferencialmente, as diretivas devem ser redigidas e registradas em cartório; o paciente deve estar em pleno gozo de sua capacidade civil, e o documento pode ser subscrito por advogado para maior segurança. Demais disso, deve ser apresentada à equipe médica e anexada ao prontuário hospitalar, de modo a orientar toda a equipe envolvida no cuidado (Dadalto, 2009, 2013a, 2025; Godinho, 2016).

Existem, ainda, outros aspectos a serem observados, conforme elucida Dadalto (2013a): as diretivas não devem conter dispositivos de ordem patrimonial; as disposições relativas à saúde em situação de terminalidade de vida devem ser registradas em documento próprio, não em escrituras públicas de união estável ou testamento sucessório; deve-se evitar disposições sobre doações de órgãos, dado que no Brasil há legislação específica sobre o assunto. No caso do Mandato Duradouro, é necessário que o mandatário assine o documento sinalizando que aceitou o mandato; e, no caso de pacientes com doenças incuráveis, recomenda-se a anexação de um laudo médico que ateste o discernimento do paciente no momento da elaboração do documento. Godinho (2016) observa que o representante do paciente deve agir de acordo com os interesses expressos no mandato, mantendo-se fiel às preferências previamente declaradas.

As DAVs têm efeito vinculante e aplicam-se a todos (*erga omnes*), desde que respeitem os limites legais e não exijam ações que contrariem a prática médica (Dadalto, 2013b). Desse modo, particulares têm liberdade para criar categorias de diretivas, sendo necessária, como outrora mencionado, a capacidade civil comprovada no momento da assinatura (Godinho, 2016). Sánchez (2003) destaca dois elementos importantes no conteúdo das diretivas: primeiro, as disposições relativas ao tratamento médico, como recusas a procedimentos específicos e o desejo de ser informado sobre condições de saúde, incluindo doenças fatais; segundo, a nomeação de um procurador, caso o paciente opte pelo mandato duradouro.

Não obstante a lacuna legislativa, as diretivas antecipadas de vontade são amparadas pela Constituição Federal (1988), que garante a autonomia da vontade e a dignidade da pessoa humana, bem como o direito de não se submeter a tratamentos desumanos ou degradantes, o

que legitima o documento no âmbito jurídico brasileiro (Dadalto, 2013a, 2013b). Administrativamente, a Resolução CFM nº 1.995/2012 reconhece a validade das DAVs para orientar a conduta médica, estabelecendo critérios para que qualquer pessoa possa definir com os médicos que a acompanham os limites terapêuticos em casos de terminalidade. Conforme a resolução, o médico deve respeitar a vontade do paciente expressa verbalmente ou por meio das DAVs, caso esteja impedido de se manifestar diretamente.

Importante ressaltar, todavia, que o médico pode recusar cumprir a DAV se houver conflito com os princípios do Código de Ética Médica. Nesse caso, o profissional deve justificar sua decisão e encaminhar o paciente para outro médico disposto a seguir as diretivas (Dadalto, 2015). Além disso, o artigo 2º, § 3º da Resolução CFM nº 1.995/2012 especifica que as DAVs do paciente prevalecerão sobre qualquer outra opinião não médica, inclusive a dos familiares, reafirmando o respeito à autonomia individual. Contudo, apesar da vigência dessa normativa, ainda há muitas dúvidas quanto às possibilidades das DAVs, pois a resolução não prescreve maiores detalhes. Em verdade, apenas disciplina os atos médicos.

Comparativamente ao Brasil, nos Estados Unidos, a Lei de Autodeterminação do Paciente, da década de 1990, instituiu um direito mais consolidado à autodeterminação, proporcionando maior segurança jurídica para pacientes e profissionais. Anualmente, mais de 73% das pessoas que morrem em hospitais americanos optam por renunciar ao tratamento de manutenção da vida (Penders *et al.*, 2020), uma prática amplamente aceita e que se tornou parte da cultura de respeito à autonomia. Nos termos da lei, os prestadores de cuidados de saúde devem esclarecer aos pacientes quais são as suas opções para formular uma diretiva escrita que seja legalmente reconhecida. Também devem definir políticas claras para implementar essas diretrizes, de modo que se assegure o cumprimento da vontade do paciente (Mulholland, 1991).

Em países como Portugal, Espanha, Argentina, Uruguai e Reino Unido, a existência de normas específicas facilita o reconhecimento e o respeito pelas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), promovendo uma abordagem mais consolidada da autonomia do paciente (Godinho, 2016). Entretanto, o ordenamento jurídico brasileiro impõe algumas limitações às DAV. Por exemplo: as diretivas não podem incluir a exigência de eutanásia⁵ (ativa ou passiva)⁶,

⁵ Na eutanásia, o paciente solicita ao médico a abreviação de sua vida, que, muitas vezes, pode assentir por compaixão devido a uma doença grave, incurável ou em estágio terminal, com o objetivo de minimizar o sofrimento físico e psíquico (Godinho, 2016; Dadalto, 2019). Godinho (2016, p. 37) questiona se, para caracterizar a eutanásia, bastaria a existência de dor e sofrimento persistentes, mesmo na ausência de uma condição irreversível ou que leve necessariamente à morte.

⁶ A eutanásia pode ser dividida em duas modalidades principais: a ativa, na qual o médico realiza uma intervenção direta para provocar a morte do paciente, e a passiva, em que se opta por não administrar cuidados ou tratamentos que poderiam prolongar a vida, permitindo, assim, que a morte ocorra naturalmente (Godinho, 2016). O suicídio

suicídio assistido⁷ ou a recusa de cuidados paliativos. No Brasil, embora o suicídio, em si, não seja passível de punição, incitar ou auxiliar na sua prática é considerado crime, conforme o art. 122 do Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940) que também prevê a atenuação da pena caso o crime seja motivado por um valor social ou moral relevante (art. 65, III, a). Dessa forma, a inclusão de eutanásia ou suicídio assistido nas DAVs é vetada pela Constituição Federal (1988), em razão da inviolabilidade do direito à vida (art. 5º, *caput*) e pela legislação infraconstitucional, conforme citado. Além disso, as diretivas devem observar o princípio da legalidade (art. 5º, II da CRFB/88), excluindo disposições que possam violar o ordenamento jurídico vigente.

Essa visão é corroborada pela análise de Bauman (2001) sobre a modernidade líquida, de acordo com a qual a autonomia do indivíduo é ameaçada pela medicalização e pela tecnocracia que dificultam a experiência pessoal e digna do morrer. Com isso, argumenta que em uma sociedade marcada pela instabilidade e pelo controle institucional sobre a vida, a possibilidade de definir o próprio final de vida e suas condições torna-se uma forma de resistência contra a despersonalização.

4 CADASTRO NACIONAL DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (CINDAV): UMA PROPOSTA

Resta claro que a autonomia do paciente e as diretivas antecipadas de vontade (DAV) são pilares fundamentais no direito médico e na bioética, pois asseguram que os pacientes possam tomar decisões informadas sobre seus cuidados de saúde. Contudo, no Brasil, a eficácia das DAVs, além das limitações outrora apresentadas, enfrenta desafios significativos, como a ausência de informação para a população sobre a possibilidade de registrar um ‘mandato próprio’ ou um ‘testamento vital’; e, existindo a DAV, o desconhecimento dos seus termos tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos familiares, e até mesmo de muitos profissionais do mundo jurídico. Além disto, a ausência de previsão normativa acerca das diretivas e de um modo centralizado de registro e consulta também se apresentam como obstáculos, não só para a utilização das diretivas pela população, mas também para a garantia do melhor interesse do paciente e do respeito à sua autonomia. A consequência prática dessas barreiras pode resultar

assistido, por outro lado, consiste em o próprio paciente provocar sua morte, mas com a colaboração de um médico que fornece os meios para tal (Dadalto, 2019).

⁷ O suicídio assistido consiste em o próprio paciente provocar sua morte, com a colaboração do médico que providencia os meios para tal (Dadalto, 2019).

em decisões que não refletem os desejos previamente expressos pelos pacientes, o que, por conseguinte, compromete a autonomia e a dignidade no final da vida.

Para sanar o primeiro entrave (desconhecimento do instituto da DAV), é essencial implementar campanhas de conscientização pública, promovidas por entes governamentais ou não governamentais, utilizando diversos meios de comunicação, como televisão, rádio, jornais e redes sociais, bem como a realização de eventos e palestras educativas em comunidades, escolas e universidades. Além disso, deve-se investir na educação e capacitação contínua dos profissionais de saúde, integrando o ensino sobre DAV nos currículos acadêmicos e desenvolvendo guias práticos e protocolos específicos.

Nos Estados Unidos, por exemplo, diversas campanhas são promovidas para aumentar a conscientização sobre DAV. O *The Conversation Project*, iniciado pelo *Institute for Healthcare Improvement*, oferece kits gratuitos em vários idiomas para ajudar as pessoas a iniciar conversas sobre cuidados de fim de vida. Esse projeto visa retirar as conversas sobre as DAV do rol de temas que são considerados *tabus* pela sociedade e trazê-lo para o diálogo aberto e contínuo (Institute for Healthcare Improvement, [s/d]). De forma semelhante, o Canadá possui um programa nacional que promove o planejamento antecipado de cuidados de saúde. Denominadas *Speak Up Campaigns*, essas campanhas oferecem recursos, vídeos, guias e kits de ferramentas para pessoas ‘comuns’ e profissionais de saúde, incentivando a discussão sobre as preferências de cuidados de fim de vida com suas famílias e médicos (The Joint Commission, [s/d]).

No Brasil, todavia, ainda não há um plano específico sobre diretivas antecipadas de vontade promovido por um órgão governamental. De fato, existem algumas iniciativas privadas, como a *Ophicina* de Cuidados Paliativos, que tem promovido campanhas com o intuito de informar e educar tanto o público em geral quanto os profissionais de saúde sobre a importância das diretivas antecipadas de vontade. No entanto, a falta de uma campanha de âmbito nacional coloca mais um obstáculo em um tema que ainda é considerado tormentoso no país (*Ophicina*, [s/d]).

Essa falta de discernimento sobre a relevância da DAV pode justificar a disparidade entre o número de óbitos notificados e a quantidade de diretivas antecipadas de vontade registradas nos cartórios. De acordo com a Central de Informações do Registro Civil das Pessoas Naturais (CRC Nacional), entre 2015 e 2023 foram emitidos 12.090.267 registros de óbitos no país e, conforme a Central Eletrônica Notarial de Serviços Compartilhados (CENSEC), o número de diretivas registradas no mesmo período foi de 7.825, no contexto nacional. Ou seja, menos de 1% (aproximadamente 0,065%) de pessoas falecidas nesse período

possuem registro de Diretivas Antecipadas de Vontade. Na Paraíba, por exemplo, o número de registros de falecimentos, no mesmo período, foi de 255.387, mas a quantidade de DAV registradas não ultrapassou 0,009% do quantitativo de anotação de óbito na região.

Essa realidade reflete um fenômeno mais amplo da modernidade, como aponta Bauman (2001, p. 203): “A chegada, o fim definitivo de toda escolha, parece muito mais tediosa e consideravelmente mais assustadora do que a perspectiva de que as escolhas de amanhã anulem as de hoje. Só o desejar é desejável — quase nunca sua satisfação”. Esse constante adiamento e o esvaziamento do significado da morte contribuem para o distanciamento das pessoas em relação às decisões sobre o fim de vida, resultando no baixo índice de registros de DAVs.

Os números apresentados acima revelam uma lacuna significativa na conscientização e na prática de registro das diretivas. A maioria dos brasileiros parece desconhecer a possibilidade de formalizar suas preferências sobre tratamentos médicos futuros, o que explica a ínfima proporção de DAVs registradas em relação ao total de óbitos. Esse desconhecimento não só compromete a autonomia dos pacientes, mas também dificulta o trabalho dos profissionais de saúde, que muitas vezes não têm acesso às diretrizes que poderiam orientar as decisões médicas em situações críticas.

Além das aludidas campanhas educativas, a criação de políticas internas em hospitais e clínicas com o intuito de incentivar a discussão e o registro das DAVs, juntamente com a disponibilização de informações e suporte em unidades básicas de saúde podem reverter esse cenário. Nesse ponto, propõe-se a criação de um cadastro integrado nacional de registro e acesso das diretivas antecipadas de vontade que, nessa pesquisa, denominou-se de Cadastro Nacional de Diretivas Antecipadas de Vontade, cuja sigla seria CINDAV, como forma de garantir que as preferências dos pacientes sobre tratamentos médicos ou a indicação do representante de saúde sejam conhecidas e respeitadas em todas as instâncias do atendimento de saúde, sobretudo frente à crescente demanda por respeito à autonomia dos pacientes, especialmente no contexto de cuidados paliativos e decisões médicas críticas.

Isto posto, nos termos das normas constitucionais vigentes, a criação do CINDAV reivindica a edição de lei específica para estabelecer as diretrizes para o registro, o acesso e a execução das DAVs. Isso porque a criação desse cadastro: i) envolve a regulamentação de direitos e deveres, tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde (art. 5º, II, CF/88); ii) impacta diretamente a organização dos serviços de saúde e a proteção dos direitos dos pacientes (art. 84, VI, ‘a’, CF/88); e, iii) requer a definição clara das competências administrativas, estrutura e funcionamento do sistema (art. 37, *caput*, CF/88). Ademais, como no contexto da

saúde, os pacientes podem ser considerados consumidores de serviços de saúde, a proteção de seus direitos também requer regulamentação específica por meio de lei ordinária.

Relevante consignar, nesse ponto, que a edição dessa norma para a criação de um cadastro nacional permitiria a integração das DAVs aos prontuários eletrônicos dos pacientes, assegurando que essas informações estejam disponíveis e sejam consultadas em qualquer estabelecimento de saúde. Nesse aspecto, é de suma importância a vinculação ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o acesso dos profissionais que atuam na saúde suplementar a esse registro unificado. Essa integração é fundamental para assegurar que todos os hospitais, clínicas e profissionais de saúde tenham acesso a um banco de dados centralizado onde as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes estejam registradas.

Os principais objetivos desse sistema incluem: i) promover o conhecimento sobre as DAVs entre a população e os profissionais de saúde; ii) facilitar o registro das diretivas, de forma acessível e segura; iii) assegurar o respeito à vontade expressa em todas as instâncias do atendimento médico; e, iv) proteger a autonomia dos pacientes, garantindo, inclusive, uma morte digna. Para alcançar esses objetivos, o registro unificado e nacional deverá ser feito de maneira simples e segura, por meio de plataformas digitais acessíveis em unidades básicas de saúde, hospitais e clínicas, bem como em plataformas virtuais (aplicativos e *sites*). O registro poderá ser feito presencialmente ou *online*, com a garantia de segurança e confidencialidade dos dados, nos termos do que determina a Lei Geral de Proteção de Dados.

Nesses termos, o CINDAV deverá ser concebido como uma plataforma digital integrada, apta a assegurar a compatibilidade com sistemas já em uso, tais como o e-SUS e os diversos prontuários eletrônicos adotados pela rede privada. A arquitetura deverá seguir o modelo de microsserviços, de forma a garantir a escalabilidade e facilitar eventuais atualizações futuras. No que concerne à privacidade e à segurança dos dados, torna-se imperativo que o cadastro contemple autenticação em múltiplos fatores, possibilitando diferentes níveis de acesso para pacientes, profissionais de saúde e gestores, bem como criptografia de ponta a ponta para a totalidade das informações armazenadas e transmitidas. Ademais, o registro de todas as consultas e modificações realizadas nas diretivas deverá ser imutável, a fim de assegurar a rastreabilidade e segurança jurídica de todo o procedimento.

O cadastro deverá ser inteiramente compatível com as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), com a adoção de um registro detalhado do consentimento do titular para o tratamento de seus dados, procedimentos claros para o exercício dos direitos do titular, políticas específicas para retenção e eliminação dos dados, além de protocolos rigorosos de notificação em casos de incidentes de segurança. A integração com sistemas existentes ocorrerá

por meio de interfaces seguras de programação, permitindo a conexão direta com o sistema e-SUS, de modo que profissionais do SUS possam acessar as diretivas diretamente pela interface habitual. Ademais, recomenda-se que o cadastro ofereça conectividade com a Central Eletrônica Notarial de Serviços Compartilhados (CENSEC) para validação e registro dessas diretivas, bem como com o ConecteSUS, proporcionando ao cidadão a possibilidade de acessar suas diretivas antecipadas de vontade por meio da plataforma usual para demais serviços de saúde.

Ademais, um componente fundamental do CINDAV será a capacitação contínua dos profissionais de saúde sobre a importância das DAVs e a forma correta de consultá-las e respeitá-las. Cursos e treinamentos serão oferecidos regularmente, promovendo uma cultura de respeito à autonomia do paciente. Além disso, para garantir o sucesso do CINDAV, campanhas de divulgação e conscientização serão implementadas em todo o país. Essas campanhas visam informar a população sobre a importância de registrar diretivas, seus limites e possibilidades. A participação ativa da sociedade civil também será fundamental para o sucesso do CINDAV. Exemplo da importância da união de esforços para que os direitos dos pacientes sejam conhecidos e respeitados é o aplicativo ‘Minhas Vontades’, criado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em 2020. Surgido no contexto da pandemia do Covid-19, além de registrar os desejos e preferências no que se refere aos cuidados à saúde, em caso de incapacidade de discernimento, é possível indicar uma pessoa para figurar como ‘representante de saúde’.

Destarte, a criação de um cadastro nacional de diretivas antecipadas de vontade representará um avanço significativo na proteção da autonomia e da dignidade dos pacientes no Brasil. Ao instituir um registro nacional unificado e acessível, disciplinado por lei ordinária, garantir-se-á que os direitos e as decisões dos pacientes sejam conhecidos e respeitados por todos os profissionais de saúde, em todas as esferas de atendimento, bem como pelos familiares. Isto posto, a criação de aludido cadastro não apenas resolverá as barreiras atuais relacionadas ao desconhecimento e à falta de acesso, mas também fortalecerá a relação médico-paciente, promovendo um cuidado mais humanizado e centrado no paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução terapêutica da medicina é inegável, promovendo um aumento da expectativa de vida graças a avanços como novos medicamentos, técnicas cirúrgicas inovadoras, vacinas e melhores condições sanitárias. No entanto, mesmo com esses avanços, a

medicina ainda não é capaz de curar todas as enfermidades, e a inevitabilidade da morte permanece. De modo que a morte é algo natural e o prolongamento da vida deve respeitar a dignidade e a autonomia do indivíduo. Prolongar a vida sem considerar a qualidade dessa existência pode significar, em muitos casos, impor um sofrimento desnecessário ao paciente e a seus familiares, transformando a prática médica em um meio de subverter o próprio valor da autonomia.

No contexto das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), o paciente tem o direito inalienável de decidir sobre seu tratamento de saúde, mesmo quando incapacitado de comunicar-se, como no caso de algumas situações de terminalidade. Por meio do testamento vital ou do mandato duradouro, o paciente pode estabelecer com clareza suas preferências, evitando possíveis conflitos entre a conduta médica, sua própria vontade e a de seus familiares. As diretivas se consubstanciam como a expressão mais clara de autonomia, permitindo que o paciente se posicione de maneira racional e digna em relação ao fim da vida, além de reforçarem direitos constitucionalmente garantidos.

Na atualidade, mesmo a despeito das discussões sobre a relação médico-paciente, esta relação, em muitas situações, ainda é pautada por posturas paternalistas, na qual as decisões sobre o tratamento não priorizam a liberdade e a autodeterminação do paciente. As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) surgem como uma resposta a essa abordagem, propondo uma mudança significativa na prática clínica, pois introduzem um modelo de cuidado que respeita profundamente as escolhas do paciente, promovendo a sua autonomia como um valor essencial e inalienável.

Embora as diretivas ainda careçam de regulamentação explícita no Brasil, sua utilização encontra respaldo nos princípios constitucionais, especialmente naqueles que asseguram a dignidade e a liberdade individual. Dessa forma, as diretivas tornam-se acessíveis à população brasileira como um exercício dos direitos fundamentais, reforçando o papel do paciente como agente central de suas próprias decisões e alinhando a prática médica a um modelo de cuidado mais humanizado e eticamente responsável.

Nesse contexto, a criação de um cadastro nacional para o registro das DAV e seu acompanhamento é importante e necessário, pois representa um avanço significativo na proteção da autonomia e dignidade dos pacientes no Brasil, proporcionando-lhes um cuidado mais humanizado e respeitoso de suas escolhas. Outrossim, tem o potencial de transformar a abordagem dos cuidados paliativos no Brasil – impulsionado recentemente pela Portaria n.º 3.681, do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). Por conseguinte, um cadastro centralizado e informatizado facilitaria, por exemplo, o registro,

a consulta e a atualização das DAV, garantindo que as vontades dos pacientes sejam prontamente acessíveis, assegurando o respeito às preferências em todas as esferas de atendimento.

REFERÊNCIAS

ARIÉS, Philippe. **História da morte no Ocidente**. Trad. Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

ARIÉS, Philippe. **O homem diante da morte**. Trad. Luiza Ribeiro. São Paulo: Unesp, 2014.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BARROSO, L. R.; MARTEL, L. C. V. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. **Revista da Faculdade de Direito**, Uberlândia, v. 38, p. 235-274, 2010. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/18530>. Acesso em: 6 abr. 2025.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. Barcelona: Masson, 1999.

BLASCO, A. C.; MONFORT, F. C.; PALOMER, R. M. Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas. **Atención Primaria**, Barcelona, fev. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7024446/>. Acesso em: 7 mar. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988**. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil brasileiro. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 5 mar. 2025.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Institui o Código Penal Brasileiro. Rio de Janeiro, DF: Presidência da República, 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 2 fev. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 8 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n.º 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: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 10 mar. 2025.

CENTRAL DE INFORMAÇÕES DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS (CRC NACIONAL). Cartórios de Registro Civil do Brasil. **Registro Civil**. Disponível em: <https://www.registrocivil.org.br/>. Acesso em: 4 fev. 2025.

COLÉGIO NOTARIAL DO BRASIL. **Central Eletrônica Notarial de Serviços Compartilhados (CENSEC)**, 2024. Disponível em: <https://censec.org.br/>. Acesso em: 4 fev. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.805, de 09 de novembro de 2006**. Brasília, DF: CFM, 2006. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=6640&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1805&situacao=VIGENTE&data=09-11-2006/>. Acesso em: 10 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.931, de 24 de setembro de 2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/resolucao-cfm-no-1931-2009>. Acesso em: 10 fev. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.995, de 31 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, DF: CFM, 2012. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=244750>. Acesso em: 14 fev. 2025.

DADALTO, Luciana. Aspectos registrais das diretivas antecipadas de vontade. **Revista Civilista.com**, Rio de Janeiro, a. 2, nº 4, 2013a, [s.p.]. Disponível em: <https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/135>. Acesso em: 8 fev. 2025.

DADALTO, Luciana. **Testamento vital**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

DADALTO, Luciana. Morte digna para quem? O direito fundamental de escolha do próprio fim. **Pensar: Revista de Ciências Jurídicas**, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 1-11, jul./set. 2019. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rpen/article/view/9555>. Acesso em: 3 fev. 2024.

DADALTO, Luciana. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). **Revista de Bioética y Derecho**, Barcelona, n. 28, maio 2013b. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1886-58872013000200006&script=sci_abstract&lng=es. Acesso em: 3 set. 2023.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, U.; GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 463-476, set./dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/SzZm7jf3WDTczJXfVfP7GL/?lang=pt#>. Acesso em: 13 mar. 2025.

DADALTO, Luciana. **Declaração prévia de vontade do paciente terminal**. 2009. 183f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Praduação em Direito, PUCMG, Minas Gerais, 2009. Disponível em: https://biblioteca.pucminas.br/teses/Direito_PenalvaLD_1.pdf. Acesso em: 30 mar. 2025.

DAHAS, Eduardo Augusto Gonçalves; SILVA, Vagner Alves da. **Diretivas antecipadas de vontade: a interface entre autonomia privada e o ordenamento jurídico brasileiro**. São Paulo: Dialética, 2022.

GODINHO, Adriano M. Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. **Revista do Instituto do Direito Brasileiro**, São Paulo, a. 1, n. 2, p. 945-978, 2012. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/ridb/2012/02/2012_02_0945_0978.pdf. Acesso em: 6 abr. 2025.

GODINHO, Adriano M. **Direito ao próprio corpo: direitos da personalidade e os atos de limitação voluntária**. Curitiba: Juruá, 2014.

GODINHO, Adriano M. **Eutanásia, ortotanásia e diretivas antecipadas de vontade: o sentido de viver e morrer com dignidade**. Curitiba: Juruá, 2016.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **The Conversation Project**, [(s/d)]. Disponível em: <https://theconversationproject.org/>. Acesso em: 8 abr. 2024.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp; FIGUEIREDO, Grazielle; CORREA, Áurea Christina de Paula; BARBIERI, Márcia. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. 1-12, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>. Acesso em: 8 abr. 2025.

MULHOLLAND, Kelly. Protecting the right to die: the patient self-determination act of 1990. **Harvard Journal on Legislation**, v. 28, p. 609-630, 1991. Disponível em: <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/hjl28&div=30&id=&page=>. Acesso em: 10 abr. 2025.

OPHICINA. **Ophicina de Cuidados Paliativos**, [(s/d)]. Disponível em: <https://www.ophicinascgg.com/>. Acesso em: 8 jul. 2024.

PENDERS, Yolanda W. H.; BOPP, Matias; ZELLWEGER, Ueli; BOSSHARD, Georg. Continuing, withdrawing, and withholding medical treatment at the end of life and associated characteristics: a mortality follow-back study. **J GEN INTERN MED**, v. 35, p. 126-132, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05344-5>. Acesso em: 8 jul. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Aplicativo Minhas Vontades: uma ferramenta para exercício de autonomia em saúde**. Disponível em: <https://sbgg.org.br/aplicativo-minhas-vontades-uma-ferramenta-para-exercicio-de-autonomia-em-saude/>. Acesso em: 8 abr. 2025.

THE JOINT COMMISSION. **Speak Up Campaigns**. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/resources/for-consumers/speak-up-campaigns/#sort=%40z95xz95xcontentdate%20descending>. Acesso em: 8 jul. 2024.