

VIII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE II

JANAÍNA MACHADO STURZA

WILLIAM PAIVA MARQUES JÚNIOR

TANISE ZAGO THOMASI

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

D597

Direito e saúde II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Janaína Machado Sturza; Tanise Zago Thomasi; William Paiva Marques Júnior. – Florianópolis: CONPEDI, 2025.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-178-3

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. Direito. 3. Saúde. VIII Encontro Virtual do CONPEDI (2; 2025; Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



VIII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE II

Apresentação

A presente coletânea é composta dos trabalhos aprovados, apresentados e debatidos no Grupo de Trabalho: “Direito e Saúde II”, no âmbito do VIII Encontro Virtual do CONPEDI, realizado entre os dias 24 a 28 de junho de 2025, em formato online, que teve como temática central: “Direito, Governança e Políticas de Inclusão”.

Os trabalhos expostos desenvolveram de forma verticalizada diversas temáticas atinentes ao Direito e Saúde, especialmente na relação dialogal com o Direito Constitucional, o Direito Internacional, o meio ambiente e a conseqüente projeção interdisciplinar. As pesquisas ora apresentadas funcionam como canais indispensáveis nos debates e propostas das pendências existentes nos campos indicados e na busca de soluções efetivas para as problemáticas indicadas.

Janaína Machado Sturza, Renata Favoni Biudes e Juliana Luiza Mazaro abordam os aspectos críticos do acesso ao direito à saúde das pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) adultas, em especial, no que se reporta à efetividade das políticas públicas, bem como, como se comportam essas políticas para esse público, em especial quanto a efetivação desse acesso, visto que a legislação atualmente é vastamente consolidada.

Em outra pesquisa, Janaína Machado Sturza, Gabrielle Scola Dutra e Renata Favoni Biudes investigam os desafios impostos à complexa (in)efetivação do direito humano à saúde dos migrantes com deficiência sob a perspectiva da fraternidade, com fulcro na Teoria do Direito Fraternal, desenvolvida pelo jurista italiano Eligio Resta.

Gabrielle Scola Dutra e Tuani Josefa Wichinheski refletem sobre as políticas de resolução de conflitos no contexto migratório, tendo por objetivos específicos: 1) estudar os limites e possibilidades de acesso ao direito humano à saúde dos migrantes no Brasil; e 2) abordar a mediação sanitária enquanto um mecanismo de resolução de conflitos no âmbito do direito humano à saúde em prol dos migrantes.

Tuani Josefa Wichinheski, Wilian Lopes Rodrigues e Maria Eduarda Granel Copetti investigam os aspectos climáticos, e como o fenômeno impacta na saúde dos migrantes, a partir daí contextualiza como a mediação sanitária pode auxiliar os migrantes para garantir acesso e efetividade da saúde. O objetivo geral é investigar os impactos relacionados à

migração frente às mudanças climáticas, e os desafios que os migrantes enfrentam durante o processo de migração e como isso reverbera na saúde dessa população.

Elis Silva De Carvalho e Eliana Maria De Souza Franco Teixeira alertam sobre as questões relacionadas à negativa de cobertura para tratamentos não previstos contratualmente, mas cientificamente comprovados em sua eficácia, evidenciando conflitos entre limites contratuais e o direito constitucional à saúde, no tratamento ilimitado para pessoas com TEA, analisando a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) e demais normativas que têm contribuído para a consolidação dessa garantia.

Veridiana Salutti e Cristiane Ribeiro Assis tratam da proteção conferida às mulheres em relação à prática da assistolia fetal — indução de morte fetal com cloreto de potássio (KCl) — tem sido criticada por causar sofrimento ao feto após 15 semanas. Em 2024, o Conselho Federal de Medicina se posicionou contra esse método. No mesmo ano, o PL nº. 1904/2024 propôs criminalizar o aborto após 22 semanas, mesmo em casos de estupro. É urgente a implementação de políticas públicas que garantam acesso ao aborto legal, com estrutura, acolhimento, educação sexual e prevenção da violência.

Felipe Mota Barreto Martins realiza um estudo na análise dos limites e desafios da atuação das Defensorias Públicas diante do impacto do Tema nº. 1234 do STF, que alterou a competência para ações sobre fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS. A decisão atribuiu à Justiça Federal a competência para demandas cujo custo anual dos medicamentos supere 210 salários-mínimos ou que envolvam medicamentos sem registro na ANVISA. Aludida alteração agrava a exclusão de hipossuficientes do acesso à justiça, especialmente nas localidades sem presença da Defensoria Pública da União (DPU). A Defensoria Pública Estadual (DPE), apesar de sua capilaridade, é limitada à Justiça Estadual, salvo convênio formal com a DPU, cuja efetividade prática ainda é tímida. O artigo defende o fortalecimento dos convênios interinstitucionais e a ampliação da estrutura da DPU como medidas urgentes para garantir a efetividade do direito fundamental à saúde e ao acesso à justiça.

Franciele Caiu Vieira propõe uma análise sistêmica em torno do papel do Estado na promoção e estabelecimento de políticas públicas direcionadas ao resguardo do direito ao fornecimento de medicamentos, bem como a sua atuação pela via judicial, sob a repercussão geral do Tema nº 1.234 do Supremo Tribunal Federal (STF), a fim de proporcionar a promoção e implementação do direito constitucional à saúde dos hipossuficientes.

Patricia Cristina Vasques de Souza Gorisch investiga, sob a ótica do Direito Internacional, um alarmante enfraquecimento dos sistemas de imunização, impulsionado por movimentos antivacina, desinformação, desconfiança institucional e desigualdades no acesso às vacinas, revelando uma crise de governança da saúde pública e a fragilidade dos marcos normativos diante de ameaças sanitárias transfronteiriças. O presente estudo se debruça acerca dos desafios contemporâneos da saúde pública internacional à luz da reemergência do sarampo, da hesitação vacinal e das dificuldades na elaboração de um tratado internacional sobre pandemias.

Para Débora Cristina Rodrigues Pires, Felipe Gomes Santiago e Joice Cristina de Paula, a saúde sofreu variações ao longo da história da humanidade, até ser reconhecida como um direito de todos e dever do Estado. Inicialmente, foi conceituada como reflexo do mundo externo, uma vez que a saúde precária era mais acentuada nas camadas sociais de baixa renda. Com a descoberta dos causadores das doenças, surgiu um novo conceito de saúde: a ausência de doenças. Sendo assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1946 e a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948 foram pioneiras ao reconhecer a saúde como um direito humano. Com base na legislação internacional, a Constituição Federal ampliou o direito à saúde no plano interno, conforme artigo 196. Isto posto, a discussão repousa nos reflexos das leis internacionais no Brasil e na sua aplicabilidade.

Rosilene Neves de Oliveira Silva, Tanise Zago Thomasi, Carla Vila Nova de Oliveira, a partir do método descritivo-analítico, abordam a importância de proteger os territórios dos povos originários no Brasil como fator determinante para o bem-estar na infância e, conseqüentemente, para a consolidação da justiça ambiental no presente e no futuro. O objetivo geral é analisar o direito ao meio ambiente equilibrado como recurso essencial para a concretização dos direitos fundamentais das crianças indígenas. Concluem que políticas públicas específicas devem ser aprimoradas, normatizadas e implementadas de forma permanente para garantir assistência efetiva à primeira infância.

Jarbas Ricardo Almeida Cunha traça um panorama do histórico jurídico e doutrinário sobre o conceito do Mínimo Existencial, principalmente suas conseqüências e impactos para o Direito à Saúde no Brasil.

Gabriella Schmitz Kremer e Jéssica Fachin investigam a responsabilidade aplicável à pessoa ou empresa pela falha na segurança dos dados pessoais. Nesse sentido, analisam duas importantes decisões, sendo do Superior Tribunal de Justiça, no ARES 2130619-SP, e do Supremo Tribunal Federal, na ADI nº. 6393, a fim de verificar de que modo tem se aplicado a responsabilidade civil em casos dessa natureza. Os resultados e a conclusão da pesquisa

apresentada, referem-se à utilização do princípio do mínimo existencial em relação às demandas atinentes à política pública de saúde e ao direito constitucional e fundamental à saúde, principalmente em relação a seus objetivos, princípios e diretrizes, que deve ser interpretada com o máximo de cautela possível, para que não seja classificada como uma espécie de retrocesso sanitário, tendo em vista os ditames da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde.

Gabriel Castro Barbosa, Debora Maria Ferreira da Silva e André Studart Leitão reforçam a importância da análise do direito de planejamento familiar em contraponto com o equilíbrio econômico-financeiro das relações entre consumidores e as operadoras de saúde suplementar, bem como as consequências que a cobertura obrigatória dessas técnicas poderia causar tanto aos consumidores quanto às empresas prestadoras de serviço de saúde privada em torno das técnicas de reprodução assistida como um meio eficaz para viabilizar o planejamento familiar.

Beatriz Scandolera e Luciana Rodrigues Pimentel promovem uma discussão sobre as diretivas antecipadas de vontade (DAV), adentrando na sua conceitualização e no seu impacto como motor para a efetivação da autonomia da vontade enfatizado em pacientes terminais, buscando analisar de forma comparativa como Brasil e os Estados Unidos lidam com essas questões. A pesquisa traça uma retrospectiva histórica do conceito de dignidade da pessoa humana e investiga como as Diretivas Antecipadas de Vontade podem potencializar a efetivação do aludido princípio, por meio do estudo das legislações e das práticas médicas em ambos os países, revelando os desafios e avanços em cada sistema de saúde.

Por fim, em outro texto Luciana Rodrigues Pimentel e Beatriz Scandolera investigam o turismo médico na Tailândia, por meio da abordagem em torno dos desafios enfrentados pelo setor, como questões éticas, a regulação dos serviços, e a necessidade de garantir qualidade e segurança no atendimento. O que acaba gerando impacto econômico e social do turismo médico no país, bem como suas implicações para o desenvolvimento sustentável e a promoção da Tailândia como um hub internacional de saúde.

Com grande satisfação coordenamos e apresentamos a presente obra, agradecendo aos autores (as)/pesquisadores(as) envolvidos(as) em sua produção pelas profícuas reflexões surgidas e debatidas, bem como reiteram e louvam a dedicação e competência de toda a equipe do CONPEDI pela organização e realização do exitoso e arrojado evento, realizado em formato integralmente virtual.

Reiteramos a esperança que a obra ora apresentada sirva como parâmetro acadêmico para a compreensão dos problemas da complexa realidade social sob a óptica da priorização da

saúde como direito humano fundamental. Desejamos leituras proveitosas na construção de uma nova perspectiva para os desafios impostos ao Direito e Saúde no contexto contemporâneo transpandêmico de utilização dos mecanismos do Direito Constitucional e do Direito Internacional como força motriz da democratização do direito à saúde como conceito complexo e transdisciplinar.

Profa. Dra. Janaína Machado Sturza - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI

Profa. Dra. Tanise Zago Thomasi - Universidade Tiradentes e Universidade Federal de Sergipe- UFS

Prof. Dr. William Paiva Marques Júnior- Universidade Federal do Ceará- UFC

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE BRASIL E ESTADOS UNIDOS SOBRE O IMPACTO DO TEMA À LUZ DA AUTONOMIA DO PACIENTE E DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

ADVANCE DIRECTIVES: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN BRAZIL AND THE UNITED STATES ON THE IMPACT OF THE ISSUE IN LIGHT OF PATIENT AUTONOMY AND HUMAN DIGNITY

Beatriz Scandolera ¹
Luciana Rodrigues Pimentel ²

Resumo

O presente artigo tem como escopo promover uma discussão sobre as diretivas antecipadas de vontade (DAV), adentrando na sua conceitualização e no seu impacto como motor para a efetivação da autonomia da vontade focado em pacientes terminais, buscando analisar de forma comparativa como Brasil e os Estados Unidos lidam com tais questões. Este artigo traça uma retrospectiva histórica do conceito de dignidade da pessoa humana e analisará como as Diretivas Antecipadas de Vontade podem potencializar a efetivação de tal princípio. Ainda, se estudará e se explorará as legislações e as práticas médicas em ambos os países, analisando de forma pormenorizada as formas de proteger o paciente terminal e a sua autonomia, destacando-se desde já que, no Brasil há um ênfase maior no direito à tomada de decisão pautado na informação, enquanto que, em Estados Unidos, tem-se foco na implementação de diretrizes que favorecem a vontade do paciente, revelando os desafios e avanços em cada sistema de saúde. Assim, busca-se responder as seguintes indagações: As Diretivas de Última Vontade são um potencializador da dignidade do paciente? Quais os limites éticos do profissional da saúde nesses casos? Isso posto, a pesquisa é de cunho descritivo, mediante consultas a documentos, periódicos do CAPES, doutrinas e também de fontes internacionais. Com base em toda a análise realizada, pode-se concluir que o presente representa uma discussão importante para fins de promoção do avanço significativo na melhoria da matéria de efetivação da dignidade da pessoa humana e da autonomia do paciente terminal.

Palavras-chave: Terminalidade, Autonomia, Dignidade, Decisão, Lei

Abstract/Resumen/Résumé

This article aims to promote a discussion on advance directives of will (ADV), delving into their conceptualization and their impact as a driver for the implementation of autonomy of will focused on terminally ill patients, seeking to analyze in a comparative way how Brazil

¹ Mestranda em Direito da Saúde. Advogada formada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC-CAMPINAS.

² Mestranda em Direito da Saúde. Bióloga.

and the United States deal with such issues. This article traces a historical retrospective of the concept of human dignity and will analyze how Advance Directives of Will can enhance the implementation of such principle. Furthermore, it will study and explore the legislation and medical practices in both countries, analyzing in detail the ways to protect the terminally ill patient and their autonomy, highlighting from the outset that, in Brazil, there is a greater emphasis on the right to decision-making based on information, while, in the United States, the focus is on the implementation of guidelines that favor the patient's will, revealing the challenges and advances in each health system. Thus, it seeks to answer the following questions: Do Last Will Directives enhance patient dignity? What are the ethical limits of the health professional in these cases? That said, the research is descriptive in nature, through consultations of documents, CAPES journals, doctrines and also international sources. Based on all the analysis carried out, it can be concluded that this represents an important discussion for the purpose of promoting significant progress in improving the matter of realizing the dignity of the human person and the autonomy of the terminally ill patient.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Terminality, Autonomy, Dignity, Decision, Law

1. INTRODUÇÃO

As questões concernentes à finitude humana sempre geram debates e são permeadas de tabus, visto que, discussões acerca da morte muitas das vezes são evitadas ou subestimadas, principalmente em sociedades como as ocidentais onde a longevidade e a juventude são exaltadas e celebradas (COSTA, 2024).

Partindo desse pressuposto, de promoção da longevidade e busca por uma ampliação da expectativa de vida, surge-se a ideia de que a medicina e as ciências como um todo estariam voltadas à estudar, diagnosticar e intervir em patologias com o único objetivo de cura e de restauração da vida do paciente, tendo qualquer outro resultado tido como fracasso do profissional responsável.

Importante salientar que, com o avanço da longevidade, aumenta-se também a relutância em discutir a morte como algo natural à todos, o que dificulta, de certa forma, planejamentos futuros, como planos sucessórios, e, em algumas situações obsta um dos direitos mais importantes do indivíduo caso o mesmo enfrente algum tipo de comorbidade grave, a faculdade de se abster de eventuais tratamentos e/ou procedimentos médicos, direcionando a sua vontade para tanto.

Desta feita, é necessário entender e discutir acerca do custo da tentativa de prolongamento da vida e das implicações do tratamento proposto para o paciente, sendo que, em muitos dos casos, esse questionamento nem é cogitado pela pessoa acometida pela enfermidade, seja por crenças religiosas, questões familiares ou pelo fato de que a santidade que permeia a vida impede que a morte seja trazida à tona nesses tipos de discussões.

Assim, necessária se faz a preservação da dignidade do paciente durante todo o tratamento, vez que, é parte das estruturas basilares dos Ordenamentos Jurídicos atuais, devendo ser, de pronto, efetivada e implementada no mesmo, tendo como viés várias acepções, sendo uma delas, a morte digna.

Sobre a relação médico-paciente, faz-se uma breve retrospectiva histórica do cenário abordado, sendo possível notar que o médico possuía uma influência significativa nas sociedades anteriores, tendo em vista que na época, tal relação era pautada em um vínculo quase paternalista, ou seja, o médico detinha autoridade sob os quesitos da saúde deixando completamente apartada a opinião e autonomia de vontade do paciente quando do recebimento do diagnóstico.

Contudo, nos cenários contemporâneos essa visão foi sendo modificada e, aos poucos, a autonomia de vontade do paciente, principalmente daqueles em fase de terminalidade, passou

a ganhar maior espaço no campo da abstenção do tratamento quando se diz respeito ao quesito da manutenção da dignidade da pessoa humana e na qualidade de vida.

A relutância em discutir a morte como algo natural a todos, é considerada prejudicial pela doutrina especializada, pois dificulta, de certa forma, planejamentos futuros pelo indivíduo, como planos sucessórios, e uma de suas vertentes mais importantes, a faculdade de se abster de eventuais tratamentos e/ou procedimentos médicos.

Frisa-se que, o Brasil, apesar de conservador, acompanha boa parte das legislações ocidentais, principalmente da Europa e efetiva a morte digna, considerando esta outra “face” da dignidade humana, possibilitando as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e a abstenção de tratamento, como direitos inerentes à pessoa humana.

Por fim, incumbe destacar que a dignidade da pessoa humana é muito relevante para as ciências médicas, principalmente para a atuação do médico em relação ao paciente, haja vista, que é o profissional responsável por colocar em prática todos os tratamentos possíveis para cada caso em particular e também explicá-los detalhadamente para o paciente, para que este seja capaz e apto para exercer sua autonomia de vontade em relação a isso, ou seja, se irá optar ou não pelo tratamento.

2. METODOLOGIA

A pesquisa é de cunho descritivo, utiliza o método dedutivo, por meio da análise qualitativa mediante consultas a documentos, periódicos do CAPES, doutrinas nacionais e internacionais. A Revisão Bibliográfica será realizada por meio de uma extensa análise da literatura sobre as Diretrizes Antecipadas de Vontade (DAV), as resoluções e legislações existentes, traçando um comparativo com os Estados Unidos da América.

Por conseguinte, se buscará informações sobre o papel dos profissionais da saúde e a importância do esclarecimento e transparência com o paciente, nos cenários Brasileiro e Estadunidense. Essa revisão incluirá livros, artigos acadêmicos, periódicos do CAPES e documentos jurídicos pertinentes. Com a Análise Documental serão examinadas os avanços e retrocessos sobre o tema, destacando os principais pontos de convergência e de divergência.

Esta análise será acompanhada de uma contextualização histórica e social, com a qual se permitirá compreender a relevância e a evolução do tema até os dias atuais.

3. ABORDAGEM CONSTITUCIONAL E HISTÓRICA DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

KANT (2006), ao analisar o ser humano como um todo coloca o homem sobre um viés prático, não se respaldando apenas no seu agir, mas também na sua virtude, seu valor e na sua dignidade, esta última, segundo ele, que lhe confere o status de pessoa humana, diferenciando – se assim, dos demais seres.

O valor e até mesmo o conceito da dignidade da pessoa humana começou a ser buscado na antiguidade, tendo seus primeiros registros na Babilônia, no ano de 1694 a.C, com a constante necessidade de se viver em sociedade, e por consequente, a finalidade de uma sociedade respaldada em ordens sociais justas, excluindo portanto, toda e qualquer forma de repressão dos mais fracos pelos mais fortes, seja fisicamente ou economicamente.

Valendo-se ainda dos povos antigos, vislumbra-se que o conceito da dignidade da pessoa humana buscava seu alicerce na posição do indivíduo na sociedade, tendo, portanto, uma ótica de pirâmide social, e assim, um cidadão com menos posse e poder, vivendo em um estado de miserabilidade, era menos digno em todos os aspectos, do que àquele que era detentor de um patrimônio vistoso.

Com o avanço do tempo, os pensamentos foram se atualizando com base nos acontecimentos mundiais e com o direito não foi diferente, as discussões acerca da dignidade da pessoa humana tiveram uma grande força após as duas Grandes Guerras Mundiais, ocorridas em 1914 e 1939 respectivamente, mas principalmente na Segunda, com o Regime Nazista, que afrontava diretamente qualquer ideal de dignidade ao submeter judeus, ciganos e homossexuais aos campos de concentração e extermínio.

Findando-se a Segunda Guerra Mundial e tendo como saldo aproximadamente 72 mil mortos, sendo desse total 62% civis caçados pelo regime nazista, buscou-se implementar a proteção do ser humano e, conseqüentemente, proteger a dignidade da pessoa humana, com isso, houve o que é hoje considerado o grande marco protecionista do aludido princípio, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, escrita em 1948, podendo-se destacar o seu preâmbulo, que considera a dignidade como um princípio inerente a todos, e também seus artigos 1º, este que enaltece a liberdade e a dignidade de todos os cidadãos e 2º, que invoca novamente a dignidade de todos os cidadãos serem quem são, não podendo sofrer qualquer forma de retaliação que afronte sua dignidade.

Com o advento da Declaração Universal dos Direitos Humanos, os Estados passaram a se dedicar veementemente à promulgação de legislações que não tutelassem apenas a dignidade

da pessoa humana como um princípio intrínseco nos ordenamentos jurídicos, ou até como algo que deveria ser o ponto de partida para todas as demais leis, mas sim, como um instrumento de defesa do ser humano, buscando a prática de tais regras, e assim buscando a máxima efetividade desse princípio.

No que tange ao Brasil, a primeira disposição acerca do assunto, encontra-se na Constituição Federal de 1824, ainda no Império, e na mesma, em seu artigo 179, podendo - se destacar o inciso V, que prevê a impossibilidade de perseguição religiosa, aspecto relevante para implementação da dignidade da pessoa humana. Em 1891, na Carta Magna do mesmo ano, foi assegurado aos brasileiros o direito à liberdade, à segurança e a propriedade, sendo encontrados na seção intitulada Declaração de Direitos, contidas no Título IV.

Como nada ocorre de forma pacífica, não foi diferente com a busca pela dignidade, tendo uma brusca supressão com o regime militar, este que passou a vigorar em 1964, findando-se em 1985; cabendo elencar como principais afrontas ao aludido princípio os Atos Institucionais, em especial o nº 5, de 13 de dezembro de 1968, que aboliu a concessão de *Habeas Corpus*, e praticamente acabou como todo o histórico protecionista e mantedor da dignidade dos cidadãos que vinha se mantendo ao longo do tempo.

Após o fim do período obscuro da Ditadura Militar, o Estado Brasileiro se reergueu no que diz respeito à proteção e implementação da dignidade humana, e assim, em 5 de outubro de 1988 promulgou sua Constituição mais completa acerca do assunto, esta que projeta a Construção de um Estado Democrático de Direito.

Acerca da conceitualização da Dignidade da Pessoa Humana, a mesma é aberta à várias discussões doutrinárias, principalmente se a mesma seria um valor ou um princípio incrustado na Carta Magna Brasileira.

Vale ressaltar, primeiramente, a diferença entre valor e princípio, sendo o primeiro uma estimação ou até mesmo um apreço que se dá a um determinado bem ou conduta, e o último, uma base nuclear de todo um sistema, que dele se ramificam várias vertentes.

É de suma importância relembrar que, tanto valores quanto princípios sofrem alterações com o passar do tempo, e conseqüentemente, com a evolução da sociedade, um exemplo bastante claro dessa mudança de pensamento pode ser visto com a queda do regime escravocrata, que alguns séculos atrás era uma prática tida como cotidiana, e que nos dias atuais não é mais aceita por nenhuma nação.

Levando – se em conta o funcionamento do ordenamento jurídico brasileiro, é possível vislumbrar que a Dignidade da Pessoa humana se “enquadra” tanto como um princípio, ao ser

positivado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em quase todos os incisos do artigo 5º, quanto um valor intrínseco da sociedade mundial que tem a proteção do ser humano como ponto central. SARLET (2015, p. 30) leciona sobre o conceito da Dignidade da Pessoa Humana, conforme segue:

“Temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão dos demais seres humanos”.

Ante a breve conceitualização feita, a dignidade da pessoa humana como valor e princípio pode ser elencada como um direito que nasce e morre com o próprio indivíduo, sendo portanto, inerente à este.

No que tange o Brasil, através desse princípio, é assegurado à todos os brasileiros o direito à uma existência digna, sendo respeitada sua integridade física e moral, e efetivada pelo direito à vida, liberdade, saúde, e educação.

Assim sendo, viver com dignidade seria possibilitar aos cidadãos que seus direitos sejam respeitados e efetivados pelo Poder Judiciário, devendo este agir em prol do indivíduo, tutelando – o, dado que, todo ordenamento jurídico deve ter como foco o cidadão e sua proteção.

4. A MORTE DIGNA COMO UM DIREITO INERENTE À PERSONALIDADE

Antes de se conceituar qualquer segmento da concepção de morte digna, é mister realizar algumas considerações a respeito do que o Ordenamento Jurídico entende como direitos da personalidade.

Os direitos da personalidade estão intimamente ligados à ideia de pessoa, ou seja, todo aquele indivíduo nascido com vida é dotado de personalidade, sendo esta, portanto, um atributo do ser humano, e que somente com ela este último pode contrair direitos e obrigações. Para GONÇALVES (2021, p. 94) “A personalidade é, portanto, o conceito básico da ordem jurídica, que a estende a todos os homens, consagrando – a na legislação civil e nos direitos constitucionais de vida, liberdade e igualdade”.

O Código Civil Brasileiro (2002), positiva os atributos da personalidade, como um direito inerente aos seres humanos ao elencar, em seu artigo 1º, que toda pessoa é capaz de

possuir direitos e também contrair obrigações na esfera civil, mas aqui, cabe uma ressalva, ao mesmo tempo que buscou – se a efetivação e positivação dos direitos da personalidade, o aludido códex também elencou uma exceção em seu artigo 2º, este prevendo que, os direitos supra somente se adquirem quando há nascimento com vida.

Em se tratando da aquisição dos direitos da personalidade, é de extrema relevância tratar de outro ponto nuclear do presente trabalho, a extinção dos aludidos direitos, esta que ocorre através da morte.

Ao versar sobre a extinção dos direitos da personalidade, o dispositivo normativo preceitua em seu artigo 6º que a existência da pessoa natural termina com a morte. Doutrinariamente existem quatro tipos de mortes previstas no Ordenamento Jurídico, sendo apenas a morte real de relevância fática ao presente trabalho, essa que será exposta de forma breve a seguir.

A morte real, é aquela em que se tem o término da atividade encefálica, segundo o que se dispõe na Lei de Transplantes (Lei 9.434/97), com isso, o falecido deixa de ser sujeito de direitos e obrigações, tendo portanto, finda sua personalidade.

Portanto, com a chamada morte real está extinta a personalidade do sujeito, findando seu tempo no plano terreno, esperando-se que este tenha alcançado esse fim, da forma mais digna possível e com suas vontades respeitadas, seguindo as vias de efetivação que serão tratadas logo mais.

5. DA AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE NO DIREITO BRASILEIRO

Com o passar do tempo, áreas voltadas ao pensamento passaram a ganhar maior destaque no cenário nacional e internacional, áreas essas como a Filosofia, Sociologia e a Antropologia, todas dispostas a se debruçarem sobre discussões extremamente relacionadas ao mundo jurídico, sendo uma delas o ponto nuclear do presente trabalho, a abstenção de tratamento nos casos de doenças terminais.

A presente discussão passou a ganhar força com a implementação do Código Civil de 2002, onde há a previsão da possibilidade da abstenção e tratamento e com o Código de Ética Médica, do Conselho Federal de Medicina, situação essa que não era positivada no códex de 1916, sendo os dois primeiros abordados a seguir.

Ao tratar do instituto da morte digna sob o viés judicial, COLTRO e TELLES (2010, p. 147) discorrem acerca da morte contemporânea, definição esta que segue:

“Finalmente, a ‘morte contemporânea’, trazendo à balia o direito de morrer bem, o que inclui o direito de preferir a morte ao tratamento de doença incurável ou em estado terminal, movimento iniciado na Inglaterra, no final da década de 1960 e a partir da possibilidade dos cuidados paliativos. De acordo com esse ideário, um dos requisitos para alcançar a ‘boa morte’ se constituiria no fato de o próprio moribundo expressar seus desejos”.

Ante esse conceito, o Código Civil de 2002, ao dispor dos direitos da personalidade, tem como base a dignidade da pessoa humana e elenca a possibilidade, em seu artigo 15, do paciente abster – se de tratamento em casos de risco de vida. Nessa seara GONÇALVES (2021, p. 197):

“A regra obriga os médicos, nos casos mais graves, a não atuarem sem prévia autorização do paciente, que tem a prerrogativa de se recusar a se submeter a um tratamento perigoso. A sua finalidade é proteger a inviolabilidade do corpo humano”.

Vale ressaltar, *in casu*, que o presente artigo deve ser interpretado de forma ampliativa, e se entendendo o “tratamento de risco” como qualquer forma de intervenção médica, seja ela cirúrgica de pequeno ou grande porte, o uso de medicamentos que eventualmente possam desencadear efeitos colaterais para o paciente, ainda, entende – se também que a aludida abstenção pode ser feita em casos de tratamentos que não apresentem riscos à integridade do paciente, pelo simples fato do mesmo assim desejar.

O Código de Ética Médica, ao elencar as diretrizes para atuação desse profissional aborda, em seu Capítulo II, os direitos dos médicos, sendo um deles previsto em seu artigo 2º:

“Artigo 2º, Código de Ética Médica: Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente”.

Ainda se valendo das diretrizes do Conselho Federal de Medicina, a possibilidade da recusa do paciente em realizar procedimento que lhe causará danos ou que lhe gravará seu estado de saúde encontra fundamento no Capítulo IV do *códex* supra, como uma conduta vetada ao médico, ou seja, o mesmo deve demonstrar ao paciente os riscos do procedimento, e respeitá-lo caso deseje interrompê-lo ou simplesmente se recusar a fazê-lo, onde o mesmo trata sobre direitos humanos, em seu artigo 22 e 24, sendo nesse último, uma diretiva imperativa para que o profissional da área da saúde não o faça e um motivo para eventuais sanções frente ao aludido Conselho, conforme segue:

“Artigo 22, Código de Ética Médica: Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”.

“Artigo 24, Código de Ética Médica: Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”.

Acerca dos direitos do paciente, ensina o GAUDEBER, enquanto citado na obra de KFOURI (2007, p. 31) que:

“Temos o direito de solicitar que os profissionais se reúnam para discutir a nossa doença. O médico seguro de sua competência não fará objeções. Temos direito a uma morte digna escolhendo onde e como morrer, e de recusar tratamentos, internações, intervenções cirúrgicas”.

Ainda sobre o aludido assunto, o mesmo encontra – se respaldado pelo parecer referente à consulta nº 51.380/00, este aprovado na 2.635ª Reunião Plenária do Conselho Federal de Medicina, a qual transfere ao paciente a autonomia de realizar ou não determinado procedimento cirúrgico, conforme segue:

“Parecer: A autonomia do paciente deve ser respeitada. Se o cidadão é informado sobre o diagnóstico e a proposta de tratamento e rejeitada a medicação, nada a fazer. Deve ser cientificado dos riscos e a sua opinião respeitada. Os devidos documentos devem ser feitos e o paciente deve assinar um termo de responsabilidade. Mas, quando há risco de vida, o médico pode administrar o tratamento, independente da vontade do paciente, baseando-se no artigo 46 do Código de Ética Médica, que rege: É vedado ao médico: Artigo 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Deve-se destacar que a abstenção de tratamento e a utilização das diretivas antecipadas de vontade não se confundem com eutanásia ou suicídio, sendo uma vertente da dignidade humana que busca a morte digna como algo esperado e necessário ao paciente que já se encontra em uma situação de terminalidade, e não uma forma de abreviar a vida.

O atual Código Civil (2002) é bem apropriado em afastar qualquer obrigatoriedade no que tange o tratamento médico, deixando ao paciente o livre arbítrio para tomada de tal decisão, desde que o profissional médico o tenha cientificado de todos os riscos e possibilidades deste, bem como efeitos colaterais, afastando sua responsabilidade civil e agindo conforme os ditames do Conselho Federal de Medicina, podendo ainda a decisão ser tomada por meio testamentário, que culmina nas Diretrizes Antecipadas de Vontade.

Portanto, ante o que explanado brevemente acerca dos institutos da eutanásia e do suicídio, os mesmos se diferem da abstenção de tratamento já em sua origem, não podendo se entender que, esse último seja comparado e até confundido com os demais, visto que, neste a pessoa se abstém do tratamento visando morrer com dignidade, encontrando respaldo na legislação e em resoluções do Conselho Nacional de Medicina.

5.1. DO DEVER DE INFORMAÇÃO DO MÉDICO

A relação médico – paciente teve uma evolução com o passar do tempo, na antiguidade mais remota, tinha – se a figura mística do curandeiro ou sacerdote, que atuavam na cura dos enfermos se valendo de técnicas naturais, sendo necessário um longo percurso para que o médico assumisse efetivamente seu papel como tal.

Ainda a pouco, o médico era visto como um amigo familiar, não sendo escolhido por sua capacidade técnica, mas sim por uma tradição, costume esse incrustado no seio da sociedade à época.

Com o avanço da medicina, esse costume sagrado fadado pela confiança perdeu força, não se quer dizer que o mesmo deixou de existir, mas a visão quanto ao profissional da saúde mudou seu foco, tendo os hospitais como centros de medicina, com profissionais e aparatos especializados, despersonalizando a relação médico – paciente e deixando a mesma cada vez mais com caráter profissional.

Em se tratando da obrigação do médico a doutrina entende de forma majoritária de que sua conceitualização é como de meio, ou seja, o paciente não contrata a cura, mas sim o procedimento médico necessário para sanar determinada enfermidade, não ficando o profissional vinculado ao dever de curá-lo mas sim, ao de se valer de todos os meios que estão ao seu alcance para fazê-lo, salvo algumas exceções, como os cirurgiões plásticos, mas que não serão abordados aqui, visto o foco distinto do presente trabalho.

No que tange o dever de informar dos profissionais liberais, com uma atenção especial ao médico dada sua importância à temática do presente trabalho, é mister ressaltar que o mesmo se encontra previsto no artigo 6º, III, do Código de Defesa do Consumidor, configurando o rol de direitos básicos inerentes a este.

Em se tratando dos profissionais médicos, estes possuem como deveres inerentes à sua atividade o de orientar seu paciente, bem como seus familiares, quando necessário, acerca dos riscos existentes quanto ao tratamento e aos medicamentos que serão utilizados.

O médico deve, ao informar o paciente, respeitar sua vontade em casos de abstenção de tratamento, dado que este é um direito inerente à personalidade humana, conforme será abordado a seguir.

6. DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E SEU PAPEL NA EFETIVAÇÃO DA MORTE DIGNA

Tendo em vista todos os pontos elencados sobre dignidade, morte e autonomia do paciente, as Diretrizes Antecipadas de Vontade poder ser vistas como uma forma de tentativa de se morrer dignamente no Brasil, uma vez que, a eutanásia não é permitida.

Importante pontuar que, as Diretrizes Antecipadas de Vontade se dividem em duas espécies: mandato duradouro (*durable power of attorney for health*) e testamento vital (*living will*) que podem se encontrar conjuntamente no mesmo documento.

O mandando duradouro consiste na nomeação de um procurador pelo paciente, denominado “procurador da saúde”, por meio de documento onde constará registrado a amplitude dos poderes e quais as decisões que o paciente deseja que sejam tomadas quando se encontrar permanente ou temporariamente incapaz e tomá-las, certificando que a vontade do paciente será cumprida na medida do que estiver escrito.

Já o Testamento Vital encontra embasamento no § 2º do artigo 1.857 do Código Civil de 2002 que prevê a validade das disposições testamentárias de caráter não patrimonial, sendo que, neste caso, o paciente irá lavrar um documento dispondo sobre suas vontades quanto à realização de tratamentos ou de tomada de providências médicas, devendo ser assinado na presença de um funcionário habilitado do Registro Nacional do Testamento Vital ou de um notário.

DADALTO (2015), entende que pelo testamento vital “a pessoa capaz manifesta seus desejos sobre suspensão de tratamentos, a ser utilizado quando o outorgante estiver em estado terminal, em estado vegetativo persistente ou com uma doença crônica incurável, impossibilitado de manifestar livre e conscientemente sua vontade”.

Ao se valer de qualquer uma das modalidades, o paciente plenamente capaz manifesta, através de um ato jurídico, seu desejo de não receber determinado tratamento ou intervenção médica, que possibilitariam, de forma dolorosa, um prolongamento de sua existência, se valendo do direito de abstenção de tratamento prescrito pelo médico.

Em ambos os casos, entende-se como forma de o paciente possuir um “resguardo jurídico” do cumprimento de sua vontade, ante uma eventual impossibilidade de manifestar seus desejos em virtude da enfermidade que o acomete, ressaltando-se que, tais diretivas podem ser revogadas ou alteradas à qualquer tempo.

A Diretrizes Antecipadas de Vontade estão intimamente relacionadas com a autonomia da vontade, princípio próprio do direito contratual que possibilita as partes acordarem como

lhes convém acerca daquele contrato, nos limites da lei, e nos preceitos da Dignidade da Pessoa Humana que já foram discutidos anteriormente, não sendo nenhuma ilicitude ao médico acolher a vontade do paciente nesses casos, pois, o profissional apenas suspenderá o tratamento em virtude do desejo manifestado pelo paciente, não atuando ativamente na interrupção da vida deste. Nesse sentido, cita-se CARVALHO e CARVALHO (2011, p.147 – 148):

“Assim, não constitui qualquer ilícito acolher a vontade do paciente expressa no testamento vital, pois a pessoa humana tem o direito de liberdade em não querer se submeter a tratamentos desnecessários para prolongar a agonia e o sofrimento da vida meramente vegetativa. Além do sofrimento causado à própria pessoa, violando à dignidade, também sofrem os familiares. Portanto, perfeitamente possível e legal a disposição de vontade expressada em testamento vital, por pessoa capaz e consciente, quanto aos procedimentos médicos que aceita ou rejeita em caso de enfermidade terminal, quando já estiver impossibilitada de manifestar sua vontade. O testamento pode ser efetuado na forma pública, perante o tabelião de notas, mediante escritura declaratória, ou escrito particular autêntico, já que, como não é previsto legalmente, não exigem os mesmos requisitos dos testamentos comuns”.

Por fim, o descumprimento do Testamento Vital pode ensejar compensação de natureza pecuniária, nas modalidades de dano moral ou material, dependendo da espécie do dano, visto que, os direitos da personalidade devem ser cumpridos de toda e qualquer forma, e a morte digna como sendo um deles, também deve ser respeitada e efetivada.

6.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS DIRETRIZES ANTECIPADAS DE VONTADE NO BRASIL - ANÁLISE DA RESOLUÇÃO Nº 1.995/2012 DO CFM NO BRASIL E DO PROJETO DE LEI Nº 2986/2022

No Brasil pouco se discute efetivamente sobre o tema das Diretrizes Antecipadas de Vontade, estando qualquer possibilidade de avanço em fase inicial, como se restará demonstrado, sendo certo que, a falta de atenção dos políticos resulta em uma lacuna na legislação, gerando insegurança entre os profissionais de saúde, sobre como proceder nesses casos.

Um dos grandes avanços no tema foi o reconhecimento formal das Diretrizes Antecipadas de Vontade pelo Conselho Federal de Medicina em sua Resolução de nº 1995/2012, que prevê e estabelece as normas para registro e aplicação das DAV, conforme trecho:

“Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e

independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

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

Ou seja, de acordo com o documento do Órgão Federal, o profissional da saúde ficará adstrito à vontade do paciente, quando o mesmo tiver formulado uma Diretriz Antecipada de Vontade, zelando sempre pela sua autonomia e conforto ante uma situação de terminalidade.

Legislativamente falando, inexistente uma lei federal que norteie e positivie o instituto das Diretrizes Antecipadas de Vontade no Ordenamento Jurídico Brasileiro, o que se tem são artigos de leis estaduais, como a Lei 14.254/2003 do Estado do Paraná e a Lei 16.279/2006 do Estado de Minas Gerais, que possibilitam a disposição sobre tratamento, mas apenas para pacientes capazes, além de interpretações e aplicações principiológicas da dignidade da pessoa humana à luz da Resolução nº 1995/2012 do CFM.

Recentemente, tendo em vista essa lacuna legislativa, a discussão ganhou força, pois, o Senador Lasier Martins (PODEMOS-RS) apresentou um Projeto de Lei (PL nº 2986/2022), que dispõe sobre o instituto, mas trata apenas de situações especificadas no corpo da lei, limitando a autonomia do paciente.

A Legislação, apesar de inovadora no tema, se faz restritiva, pois, a manifestação de vontade está diretamente relacionada com o estado de saúde do paciente (terminal/ crônico e/ou neurodegenerativo/ vegetativo/ condições irreversíveis), devendo, inclusive, ser atestada por dois médicos diferentes.

Ou seja, em se tratando do panorama nacional, apesar de limitador da autonomia do paciente, principalmente pelo fato de não bastar apenas que o médico responsável pelo caso ateste o quadro de saúde do paciente, dependendo de uma segunda opção para se ter validade, o Projeto de Lei nº 2986/2022 é o início de um caminho para a normatização das Diretrizes Antecipadas de Vontade dentro do Ordenamento Jurídico Brasileiro.

7. AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NOS ESTADOS UNIDOS

Em se tratando dos Estados Unidos, o país foi precursor no tema, tendo as discussões sobre a vontade do paciente se iniciado em 1967, com proposta da *Euthanasia Society of America (ESA)*, que passou a utilizar o termo *living will* para tratar do assunto.

Posteriormente, em 1969, o advogado Luis Kutner desenvolveu um estudo de nome “*Due process of euthanasia: the living will, a proposal*”, onde apresentou premissas para a elaboração de um modelo de documento para que o paciente pudesse afirmar a sua vontade de

recusar o tratamento, tendo como base fundamental o direito à privacidade daquele que se encontra em um quadro incurável e irreversível.

O primeiro marco legislativo sobre o tema ocorreu em 1976, quando o Estado da Califórnia elaborou o *Natural Death Act*, garantindo ao paciente a autonomia e o direito protegido por lei para recusar ou suspender o tratamento prescrito pelo profissional da saúde.

Essa Legislação foi importante, pois, além de resguardar e dar protagonismo ao paciente em um momento tão delicado, assegurando-lhe o direito à morte natural, protegia também o médico de eventuais processos judiciais por ter acatado a diretiva do paciente em não se tratar.

Após a Lei do Estado da Califórnia, houveram vários outros movimentos a fim de proporcionar aos pacientes autonomia e dignidade, culminando no *Patient self-determination act of 1990 (PDSA)*, lei criada pelo congresso dos Estados Unidos que regula os direitos inerentes ao paciente quanto à tomada de decisões envolvendo sua saúde.

Atualmente, as discussões sobre o assunto já estão bem avançadas nos EUA, existindo, inclusive, outros tipos de documentos que possuem validade e também buscam efetivar os direitos do paciente e lhe garantir que sua vontade seja cumprida, como: *Advance medical care directive*, consiste em um “formulário” a ser preenchido que especifica os desejos do paciente quanto aos seus cuidados médicos, em caso de o mesmo não conseguir expressar sua vontade após conversar com a equipe médica responsável, *Value history*, método pelo qual o paciente descreve sua vida, sua história e seus valores, guiando o profissional para a compreensão do paciente como um todo e o que objetivou àquela decisão, *Combined directive*, nesses casos há à nomeação de um procurador que é escolhido pelo paciente para proceder com a tomada das decisões e tal nomeação também é baseada em seus valores e, por fim, as *Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (Polst)*, que consistem em um formulário a ser preenchido pelo médico, onde este indicará tratamentos alternativos ao paciente, após a decisão do mesmo em suspender ou não acatar o anteriormente proposto pelo profissional.

8. ANÁLISE COMPARATIVA DO TEMA ENTRE BRASIL E ESTADOS UNIDOS COM BASE NAS LEGISLAÇÕES APRESENTADAS

Primeiramente, destaca-se que ambos os países, mesmo que de forma distintas, buscam se valer das Diretrizes Antecipadas de Vontade, a fim de efetivação da vontade, da autonomia do paciente e da dignidade humana do mesmo.

Ocorre que, por ter iniciado as discussões em meados da década de 60, os Estados Unidos se encontram extremamente avançados em relação às discussões sobre o tema, se valendo, inclusive de outras formas de diretivas além do *living will* (testamento vital) e da procuração para cuidados da saúde, tais como as anteriormente citadas.

Outrossim, esse avanço se faz de suma importância para o cenário internacional, pois, primeiramente, dá visibilidade ao tema e também acaba servindo como modelo para implementação em outros países, como é o caso do Brasil, onde o Conselho Federal de Medicina (CFM) absorveu algumas ideias do *Patient self-determination act of 1990 (PDSA)* quando elaborou a Resolução nº 1995/2012 e também na redação do PL nº 2986/2022.

Pode-se analisar que, o Brasil ainda anda à passos lentos em relação aos outros países, tendo uma diferença de avanço legislativo gigantesca em relação aos Estados Unidos no que concerne direito à morte, sendo tal estagnação reflexo principal da interferência do pensamento individual na política, onde o fanatismo de ideais próprios ultrapassa a busca pela efetivação da dignidade.

O Projeto de Lei elaborado para versar sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade se faz importante para trazer à tona essa discussão sobre temas que já possuem espaço no cenário legislativo mundial há muito tempo, como a autonomia da vontade, abstenção de tratamento, terminalidade, morte e, principalmente, dignidade do paciente.

9. CONCLUSÃO

Esse estudo buscou analisar como as Diretrizes Antecipadas de Vontade podem efetivar a dignidade da pessoa humana, por meio da autonomia da vontade do paciente, que muitas das vezes se encontra em grau de terminalidade ou com quadros irreversíveis, comparando a aplicação do instituto nos ordenamentos jurídicos do Brasil e dos Estados Unidos da América.

Ainda, o presente trabalho buscou superar as divergências envolvendo a recusa de tratamento, enquanto direito da personalidade pela busca de uma morte digna, bem como, o dever do médico em informar seus pacientes sobre o tratamento.

Como se denota, toda a discussão aqui levantada se pauta na dignidade da pessoa humana, conceito que faz presente em todas as nações, consoante às crenças morais e ideológicas de cada uma delas, tendo o conceito sofrido diversas alterações em virtude de alguns períodos ofuscados por brutalidades, tais como as Ditaduras Militares, o Período Nazista, e as próprias nações colonizadoras que se valiam da mão-de-obra escrava,

considerando estes como coisas, degradando totalmente qualquer noção, mesmo que mínima, de dignidade.

Apontou-se como fundamental que o paciente seja escutado e que sua vontade seja levada em consideração para que seja dado ou não seguimento ao tratamento prescrito pelo profissional da saúde, tal qual já entendido pelo Conselho Federal de Medicina.

Tal questão se fundamenta nos direitos da personalidade, são inerentes a todo ser humano e, portanto, considerados como um viés da dignidade da pessoa humana, enquanto que o direito de abstenção de tratamento é uma inovação prevista no Código Civil de 2002, e de extrema importância para aqueles pacientes que se encontravam em estágios terminais ou simplesmente se recusavam a realizar determinada intervenção médica, não podendo exprimir sua vontade.

Considerado neste estudo como ponto chave para fundamentar a escolha do paciente é o dever de informação do profissional da saúde, em que, por força do mesmo o médico deve obrigatoriamente informar seus pacientes de todos os eventuais riscos e efeitos colaterais, decorrentes do tratamento, facultando ao mesmo aderir ou não tal prescrição.

Ao analisar o sistema Brasileiro, notou-se que não há uma lei federal que norteie e positivie o instituto das Diretrizes Antecipadas de Vontade no Ordenamento Jurídico, e todas as diretivas realizadas de baseiam na Resolução nº 1995/2012 do CFM, que possibilita e faculta ao paciente que tome uma decisão frente à adesão ou não do tratamento proposto pelo médico.

Analisou-se que, desse instituto surgiu a ideia do Testamento Vital, onde o paciente pode dispor sobre quais tratamentos deseja ou não realizar, caso esteja em uma situação de terminalidade, com quadro de reversão impossível ou quando não estiver em suas plenas faculdades mentais.

Ainda, concluiu-se que, mesmo com tais avanços, o Brasil não possui uma lei que positivie o instituto das Diretrizes Antecipadas de Vontade no Ordenamento Jurídico, tendo apenas o Projeto de Lei (PL nº 2986/2022), que dispõe sobre o instituto, mas trata apenas de situações especificadas no corpo da lei, limitando a autonomia do paciente, mas, há de se considerar que já é avanço.

Diferentemente do cenário nacional, ao buscar informações sobre o tema nos Estados Unidos, pode-se investigar que o país já possui discussões mais avançadas, que datam um início em 1967 e buscam colocar o paciente na condição de protagonista do seu tratamento, implementando outras formas de Diretivas, todas priorizando a autonomia e a dignidade do indivíduo.

Por fim, ao comparar o sistema Brasileiro com o modelo adotado nos Estados Unidos, observa-se que, embora exista semelhanças entre os países aqui elencados, e ambos reconheçam a validade dessas diretivas, há diferenças significativas em sua aplicação, regulamentação e desenvolvimento sobre o tema.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALA, Vitor. **Expectativa de vida no Brasil em 2023 chega a 76,4 anos**. Disponível em: . Acesso em: 28 nov. 2024.

BACON, Frank. "**Historia vitae et mortis**". In: MENEZES, Evandro Corrêa de. Direito de Matar, Bibliografia Jurídica Freitas Bastos, 2 ed., 1977.

BARROSO, Luís R. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo - Os conceitos Fundamentais**. Editora Saraiva, 2022. E-book. Disponível em: . Acesso em: 02 de nov. 2024.

BESSA, Leonardo Roscoe; MOURA, Walter José Faiad de e SILVA, Juliana Pereira da. **Manual de direito do consumidor**. 4ª ed. Brasília: Escola Nacional de Defesa do Consumidor, 2014.

BORGES, Roxanna C. B. **Direitos da Personalidade e Autonomia Privada**. 2ª ed. Saraiva: São Paulo, 2009.

BRASIL. **Código Civil**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm>. Acesso em: 28 ago 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 03 dez. 2024.

BRASIL. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm>. Acesso em: 03 dez. 2024.

CARVALHO, Dimas Messias de e CARVALHO, Dimas Daniel de. **Direito das Sucessões – Inventário e Partilha**. 3ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2011.

CONGRESSO BRASILEIRO DE DIREITO DE FAMÍLIA (7.: 2009: Belo Horizonte, MG). **Família e Responsabilidade: Teoria e Prática do Direito de Família**. Coordenado por Rodrigo da Cunha Pereira. Porto Alegre: Magister/IBDFAM, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122>. Acesso em: 07 dez. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer Consulta nº 51.380/00**.

Disponível: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/SP/2000/51380_2000.pdf . Acesso em: 02 de set de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1995/2012.**

Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf. Acesso em: 02 de dez. de 2024.

DA SILVA COSTA, Luís Henrique. **O dilema chamado morte.** Revista Cedigma, v. 1, n.1, p. 1-12, 2024.

Dadalto, Luciana. **Testamento vital.** São Paulo: Atlas; 2015.

DINIZ, Maria H. **O estado atual do biodireito.** Editora Saraiva, 2017. E-book. Disponível em: . Acesso em: 02 de dez de 2024.

DURKHEIM, Émile. "**O Suicídio - estudo sociológico**". Rio de Janeiro, Ed. ZAHAR, 1982.

EHRHARDT JR, Marcos. **Direito Civil: LICC e Parte Geral. Volume 1.** Salvador: JusPodivm, 2009.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro - Vol. 1– Parte Geral.** São Paulo: Saraiva, 2021, 561 p.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro - Vol. 4 - Responsabilidade Civil.** São Paulo: Saraiva, 2012.

GRACIA, Diego. **Pensar e bioética: metas e desafios.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2010.

KANT, Immanuel. **Antropologia de um Ponto de Vista Pragmático.** 1ª Ed. São Paulo: Iluminuras, 2006.

KFOURI Neto, Miguel. **Responsabilidade civil do médico.** 6ª ed. rev., atual. e ampl. com novas especialidades (...) – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

MENEZES, Evandro Corrêa de. **Direito de Matar.** Bibliografia Jurídica Freitas Bastos, 2 ed, 1977.

MONTEIRO, Renata da Silva Fontes e JÚNIOR, Aluísio Gomes da Silva. **Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina.** Revista Bioética. vol.27 nº.1 Brasília. Jan./Mar. 2019.

PIOVESAN, Flávia. **O princípio da dignidade da pessoa humana e a Constituição Brasileira de 1988.** Revista dos Tribunais, ano 94, vol. 833.

REALE, Miguel. Os Direitos da Personalidade. Disponível em: <http://www.miguelreale.com.br/artigos/dirpers.htm>. Acesso em: 03 de dez. de 2024.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade (da pessoa) Humana e os Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei nº 2.986/2022**. Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade acerca de cuidados médicos a serem submetidos os pacientes nas situações especificadas. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleggetter/documento?dm=9224134&ts=16710458>>. Acesso em: 03 de dez. de 2024.

SOUZA, Iara Antunes de. **Aconselhamento Genético e responsabilidade Civil: As ações por concepção indevida (wrongful conception), nascimento indevido (wrongfulbirth) e vida indevida (wrongfullife)**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2014.

STATE OF NEW JERSEY - DEPARTMENT OF HEALTH. **Preactitioner orders for life-sustaining treatment (Polst)**. Disponível em: <<https://bit.ly/2sDqoVf>>. 02 de dez. de 2024.

TORRES, José Henrique Rodrigues. **Ortotanásia não é homicídio, nem eutanásia. Quando deixar morrer não é matar**. Manual de Cuidados Paliativos, Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, v. 2, n. 2, p. 415-438, Ago. 2012.

UNITED STATES' CONGRESS. **Patient self-determination act of 1990**. Regula os direitos do paciente quanto a tomar decisões relativas a cuidados de saúde. 1990. Disponível em: <<https://bit.ly/2aw2UqU>>. 02 de dez. de 2024.

UNIVERSITY OF NEW MEXICO. **Values history: a form to assist you in making health care choices in accordance with your values**. Disponível em: <<https://bit.ly/2DIEWPn>>. 02 de dez. de 2024.