

As Diretivas Antecipadas de Vontade, a Terminalidade da Vida e o Idoso

JOSÉ LUIZ BARBOSA PIMENTA JÚNIOR*¹

TATIANA ROCHA SEIXAS**²

RESUMO

A morte se traduz em um evento certo, sabido por todos desde o nascer, representado pelo inevitável fim da vida. Com os avanços da medicina tornou-se possível prolongar o processo de morte, porém, nem sempre esta medida se mostra a mais acertada.

Deve-se pensar na qualidade da vida e não meramente na quantidade de tempo vivido, principalmente quando o tratamento só adia o inevitável fim.

O enfoque principal deve ser o cuidado com o paciente que se encontra em momento de grande vulnerabilidade, devendo este participar da tomada das decisões acerca de seu tratamento, seja, quando consciente, manifestando sua vontade, ou, quando impossibilitado de fazê-lo, tendo respeitadas as suas diretivas antecipadas.

Deve-se refletir que o melhor tratamento nem sempre é o que propõe um prolongamento do tempo de vida, mas sim o que permite uma morte digna, só com os cuidados paliativos necessários para o conforto do paciente.

¹ *Advogado que atua na área da Saúde e do Direito Médico. Membro da Comissão de Bioética e Biodireito da Ordem dos Advogados do Rio de Janeiro – Seção do Estado do Rio de Janeiro. Membro da Comissão de Direito Médico da Ordem dos Advogados do Rio de Janeiro – Subseção Barra da Tijuca. Pós-graduado em Responsabilidade Civil e Direito do Consumidor pela Universidade Cândido Mendes. Portador do Título do Curso de Extensão em Direito Médico ministrado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

² **Bacharel em Direito. Especialista em Direito Especial da Criança e do Adolescente. Funcionária do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Certificada no Curso de Extensão Universitária na Modalidade de Difusão: Integração de Competências no Desempenho da Atividade Judiciária com Usuários e Dependentes de Drogas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professora convidada da Pós-Graduação em Direito Especial da Criança e do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - DECA/UERJ. Membro do IBDFAM - Instituto Brasileiro de Direito de Família.

A constatação do envelhecimento da população do país remete a atenção ao doente idoso terminal, cujos direitos são protegidos pelo Estatuto do Idoso. Deve ser ressaltada a idéia da singular inclusão do doente idoso ao moderno sistema *hospice*, que valoriza os cuidados paliativos, a fim de consolidar a prática da Ortotanásia, com uma visão positiva da Terminalidade da Vida, guardadas as devidas proporções, mediante a efetividade das Diretivas Antecipadas de Vontade.

ABSTRACT

Advance directives will, life ending and elderly. Death translates into a certain event, known by everyone from birth, represented by the inevitable end of life.

The advances in medicine have made it possible to prolong the dying process, however, this measure is not always the right one.

It should be think of quality of life and not merely the amount of time lived, especially when treatment only postpones the inevitable end.

The main focus should be the care to the patient lying in a moment of great vulnerability, which must participate in making decisions about his or her treatment, either, when conscious, manifesting your will, or, if unable to do so, having respected their advance directives.

We think that the best treatment is not always the one who proposes a prolongation of life, but the one which allows a dignified death, with only palliative care needed for the patient's comfort.

The finding of an ageing population in the country, leads the attention to the terminally elderly patient, whose rights are protected by the Statue of the Elderly. It must be emphasized the idea of the singular inclusion of sick elderly to modern "hospice" system, that values the palliative cares, in order to consolidate the practice of Orthothanasia, with a positive outlook on Ending Life, saved the appropriate proportions, by the effectiveness of Advance Directives Living Will

INTRODUÇÃO

“Eu te escrevo esta carta com tal estado de ânimo como se a morte fosse me chamar enquanto a escrevo; estou preparado a sair da vida e, por isso, a desfrutar a vida porque em nada me preocupa a sua duração. Antes de me tornar velho, procurei viver bem; agora que sou velho, procuro morrer bem; contudo, morrer bem significa morrer livremente.” (SÊNECA, 4 a.C.)

A morte se traduz em um evento certo, sabido por todos desde o nascer, representado pelo inevitável fim do processo de vida. Pode-se dizer que ela conjuga vários sentimentos, levando a reflexões que, ao longo do tempo, impõem, em regra, amadurecimento ao homem.

Em alguns casos excepcionais, a morte se apresenta em idade tenra, de forma não natural, acidental, violenta, repentina, inexplicável, despertando impulsos imprevisíveis que podem resultar em revolta e não aceitação, refletindo esta perda precoce nos familiares e amigos. Por vezes, a morte surge com requintes de crueldade, de forma planejada, decorrente de sentimentos menores, como a maldade e o ciúme, ou por motivo torpe, aparentemente sem qualquer fundamento que a justifique.

Em casos opostos, pode ser desferida por sentimentos nobres de compaixão, para alívio da dor e do sofrimento, tendo como agente um terceiro próximo que não mais suporta participar como testemunha desta triste situação. Pode ainda chegar silenciosa, assistida pela Medicina, sem dor, sem traumas, como termo final da existência humana, fim natural da essência do homem.

Efetivamente, estar-se diante de um tema que ultrapassa o conhecimento teórico, a todos atingindo sem distinção. Encontram-se todos em meio a uma amplitude de técnicas de mecanização da vida e o cuidado na preservação da dignidade humana em todo processo de morte se apresenta como um enorme desafio ético.

Viver em sociedade é um grande exercício de saber onde começam e onde terminam determinados limites. O direito de viver a própria vida, bem como o direito de morrer a própria morte são os grandes desafios da nossa época.

Arte e realidade se misturam no dia a dia, sendo difícil determinar qual copia qual. É através da arte que muitas angústias da sociedade contemporânea são expressadas, trazendo à discussão novas formas de lidar com temas que, normalmente, são considerados

muito delicados, ou até tabus. Essa inquietação transcende a realidade, alcançando as artes, tendo sido expressada em várias oportunidades pela sétima arte.³

Recursos inovadores que criam, mantêm e prolongam a existência estão surgindo cada vez com maior frequência. O vocabulário empregado acompanha tais mudanças e termos como tratamento fútil, obstinação terapêutica, cuidados paliativos, entre outros, passaram a ser cada vez mais comuns, quando se discutem doenças como câncer terminal, AIDS terminal e/ou outras patologias de longa duração, tais como enfisema pulmonar, ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica.

A polêmica, os questionamentos, as formas de abordagem, a sua proximidade do cotidiano, dentre outros fatores, nutrem a discussão e o fervor das posições assumidas no trato do tema. Pretende-se traçar a estreita associação existente entre a Medicina e o Direito, indicando os principais institutos que o cercam, sob o ponto de vista técnico, valendo-se da abordagem de como a Terminalidade da Vida é vista, por distintos ângulos. Neste contexto de reflexão está direcionado o presente trabalho, conjugando a Terminalidade da Vida, com seus principais aspectos relacionados ao morrer do indivíduo, dotado da sua ínsita autodeterminação, em livremente dispor de sua vontade, em hipóteses certas e bem definidas, enquanto paciente terminal, considerando sua condição de idoso, por ser a parcela que possui maior probabilidade de vivenciá-las.

AS DIMENSÕES DA TERMINALIDADE DA VIDA

Embora o assunto esteja em voga, como visto, revolvendo o passado, desde os idos da era pré-cristã e da antiguidade clássica, buscou-se conceber, encarar e justificar a morte, independentemente de suas múltiplas faces e distintos enfoques, mediante lições e ensinamentos advindos da filosofia, da religião e da pura espiritualidade. Com a

³ “Mar a dentro” – filme baseado em fatos reais, que relata a história de um marinheiro que fica tetraplégico em um acidente de mergulho. Ele luta pelo direito de acabar com a própria vida. “Direito de Morrer” - filme que aborda o conflito enfrentado por um casal de idosos, que após descobrirem que a esposa possui uma doença terminal, decidem, em um pacto, acabar com suas vidas. A filha, auxiliada por agências locais de serviço social, tenta dissuadi-los de seu plano. “Você não conhece Jack” – filme baseado no médico que ficou conhecido como Dr Morte, que auxilia doentes terminais a por fim às suas vidas, para que fosse indolor. “Uma prova de Amor” – filme que aborda a luta de uma criança para conseguir a emancipação médica de seus Pais para poder decidir se deseja ou não continuar a se submeter a procedimentos médicos que auxiliem no tratamento de sua Irmã mais velha. “Wit - uma lição de vida” – filme que aborda o drama da personagem principal que descobre estar com um câncer em estado avançado e neste ponto passa a avaliar sua vida e a dar importância à afetividade nas relações.

modernidade, as dimensões deste debate não ficaram exclusivamente no plano abstrato, passando a habitar o terreno da ciência, notadamente o da medicina, da ética, da bioética e do direito.

Quanto ao tratamento dado pela filosofia, sinteticamente expõe Armando Otávio Vilar de Araújo (2011, p. 149), que fixando a idéia grega sobre a morte, descreve-a como sendo positiva, por ser libertadora, pois a alma livre do corpo vai viver feliz, segundo sua natureza imortal. Além disso, estabelece, citando diversos Pensadores, que:

“para a filosofia a morte é fato natural para todos os outros e não tem significado específico para o homem”. Epicuro assim se expressava sobre a morte: “Quando nós estamos, a morte não está; quando a morte está, nós não estamos.” Platão chama a morte de “separação entre a alma e o corpo”. Para Schopenhauer, a “morte é comparável ao por do sol, que representa, ao mesmo tempo, o nascer do sol em outro lugar”. Hegel, por sua vez, considera a “morte como o fim do ciclo da existência individual ou finita, pela impossibilidade de adequar-se ao universal” (ARAÚJO, 2011, p. 148).

O renomado Armando Otávio Vilar de Araújo (2011, p. 145), ao também analisar o tema sobre o enfoque religioso, teceu os seguintes apontamentos conceituais:

“A tradição bíblica apresenta um Deus vivo e de amor, ou seja, o Deus que dá a vida ao homem e não a morte. Os conceitos de vida e morte não se esgotam no domínio da biologia, pois Deus “não é Deus de mortos, mas sim dos vivos” (MC 12,27)”.

Mais adiante, ainda no mesmo artigo, cita que:

“o modelo tradicionalmente usado na religião cristã recorre à idéia de que o homem seria composto de corpo e alma. Na morte, a alma se separa do corpo e entra em nova dimensão, chamada Eternidade, aí vivendo até o final dos tempos, onde acontecerá a Ressurreição do corpo e o Juízo Final.” (ARAÚJO, 2011, p. 145).

Ainda neste enfoque, têm-se exemplos de manifestações favoráveis em algumas Bulas Papais. Na Encíclica “Evangelium Vitae” do ano de 1995, o então Papa João Paulo II opõe-se ao excesso terapêutico, reconhecendo que:

“Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado ‘excesso terapêutico’, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência ‘renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento

precário e penoso da vida, sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes”. (2005, p.130)

Prossegue o Santo Papa, afirmando que a renúncia aos meios extraordinários ou desproporcionais para prolongar a vida não equivalem ao suicídio ou a eutanásia. Seria apenas a aceitação da condição humana defronte a morte. Em continuidade, assevera que:

“Há, sem dúvida, a obrigação moral de se tratar e procurar curar-se, mas essa obrigação há de medir-se segundo situações concretas, isto é, impõe-se avaliar se os meios terapêuticos à disposição são objetivamente proporcionados às perspectivas de melhoramento. A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime antes, a aceitação da condição humana defronte à morte.” (2005, p.131)

OS CONCEITOS QUE INTEGRAM A IDÉIA DE TERMINALIDADE DA VIDA

A bioética - através do seu segmento de estudo interdisciplinar da ética da vida, que busca o tratamento dos conflitos e dilemas provenientes do avançar científico e tecnológico da medicina - teve especial atenção no tratamento da Terminalidade da Vida, contribuindo para a distinção, segundo seus princípios condutores, entre os diversos institutos que caracterizariam, moderna e principalmente, o tempo e a forma como se daria a morte do enfermo. Por este giro, próximo ao aceito pelo Direito, restou consagrada a classificação dos institutos da eutanásia, seja passiva, seja ativa, mistanásia, distanásia e da ortotanásia, devendo as principais características ser frisadas, nos seguintes termos:

A eutanásia se constitui na antecipação da morte do paciente, geralmente por ato de piedade e compaixão de seu agente, diante do sofrimento e da dor testemunhados, podendo ser de forma ativa, com emprego de substâncias e/ou procedimentos médicos, ou de forma passiva, quando revestida da omissão necessária para se atingir a morte do enfermo. Maria da Conceição Dinis Ferreira Moura, citando a definição da eutanásia dada pelo Professor Português Salvino Leone, esclarece que *“não consiste só em complementar uma acção directamente finalizada a suprimir um individuo mas também em omitir uma acção que poderia salvá-lo”* (2011, p. 145). É digna de nota a peculiar distinção entre a eutanásia e o suicídio assistido. Sua diferenciação repousa no fato que a primeira é levada a cabo por terceiro, aqui entendido como um profissional da saúde ou um leigo, enquanto que o segundo a morte é provocada pelo próprio paciente, que a deseja, auxiliado por terceiro.

A mistanásia se constitui na morte provocada pela péssima prestação de saúde pública à parcela mais carente e necessitada da população, seja porque o paciente sequer teve oportunizado pelo Estado sua admissão em um nosocômio, seja em virtude de uma assistência deficiente, na qual a morte pode ser produzida por causas decorrentes do não desejado erro médico ou por força da má prática médico-hospitalar, por motivos sócio-econômicos. É a conhecida eutanásia social, a morte miserável.

A distanásia se constitui na prática de se postergar a morte, mantendo-se o enfermo terminal artificialmente vivo, prolongando seu sofrimento, sua agonia, mediante atos e procedimentos médicos fúteis e extraordinários, consubstanciados na obstinação terapêutica, que visam dar quantidade de vida e não qualidade de vida, considerando o suporte tecnológico da medicina.

A ortotanásia, comumente referida como a morte ao tempo certo, constitui-se na prática de atos médicos que venham a dar conforto e tranquilidade ao paciente terminal, nos seus últimos e derradeiros dias, propiciando alívio da dor e do sofrimento físico e psicológico, mediante o manejo dos cuidados paliativos, hoje reconhecidos como área de atuação médica no Brasil⁴, com ênfase também ao auxílio no campo espiritual, se desejado, bem como ao respeito à autonomia da vontade do enfermo. O consagrado Genival Veloso França a define como sendo “a suspensão de meios medicamentosos ou artificiais de vida de um paciente em coma irreversível e considerado em “morte encefálica”, quando há grave comprometimento da coordenação da vida vegetativa e da vida de relação.” (2013, p. 510).

Já neste momento, não há que se confundir a ortotanásia e a eutanásia passiva, tendo em vista que a primeira pressupõe justamente o emprego da técnica médica, através dos cuidados paliativos, cujo conceito será disposto a frente, em uma perspectiva comissiva, em favor do paciente, até o desfecho do processo da vida; enquanto a segunda se caracteriza por uma conduta aleatória, em regra, distante da melhor técnica médica, de modo a abreviar a vida do paciente.

Outro traço marcante seria a atipicidade penal da prática da ortotanásia, defendida pelo Juiz de Direito José Henrique Rodrigues Torres (2011, p. 181) ao pontuar que:

⁴ Medicina Paliativa – Área de atuação profissional da Medicina, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM nº 2005/2012, publicada no D.O.U. de 21 de dezembro de 2012, Seção I, p. 937 a 940.

“Deixar morrer diante da impossibilidade terapêutica de cura, na hipótese prevista na Resolução CFM 1.805/06 e no parágrafo único do art. 41 do CEM, não é matar. Não se trata de praticar a “eutanásia”, nem “ativa” nem “passiva”. E também não se trata de “auxílio ao suicídio”. Trata-se, sim, de ortotanásia, procedimento absolutamente lícito e ético. A ortotanásia é a “boa morte”, natural, justa, sem sofrimentos.”

Mesmo entendimento é perfilhado por Damião Alexandre Tavares Oliveira (2012, p. 1040), também Magistrado, o qual, em suas conclusões, expõe que:

“Destarte, a ortotanásia e os cuidados paliativos constituem o caminho mais equilibrado para o enfrentamento dos problemas ligados ao fim da vida. Estão na linha da preponderância do princípio da dignidade da vida humana, constituindo o ponto de equilíbrio fundamental para a quebra de preconceitos, desde que discutido amplamente por todos. E o médico, ao praticá-la, de acordo com as balizas propostas pela doutrina, não comete ilícito civil ou criminal.”

OS CUIDADOS PALIATIVOS – TÉCNICA MÉDICA QUE MATERIALIZA A PRÁTICA DA ORTOTANÁSIA

Recentemente, vem se amoldando a filosofia *hospice* (ou kalotanásia), mencionada por Ciro Augusto Floriano (2013, p. 398), que se situaria também na ideia da boa morte, segundo práticas de assistência ao enfermo terminal, valendo-se de ações interdisciplinares e tendo como objetivo melhorar sua qualidade de vida, até o evento morte. Alia-se a isto o fato de se aprimorar o conceito da ortotanásia, contribuindo para sua efetividade, agregando preocupações com o ritual do luto, do morrer ao lado da família, afastando-se, dentro do possível, situações que venham a aumentar o sofrimento dos cuidadores e do próprio paciente, deixando de lado a sensação da morte como derrota, vendo-a como um processo a ser invariavelmente trilhado da forma mais positiva possível!

Seguindo este raciocínio, compartilham do mesmo lado de atuação, como siameses, a ortotanásia e os cuidados paliativos, tamanha é a ligação entre estes dois institutos. Os cuidados paliativos, conforme assinalado por Claudia Burlá (2011, p. 42), citando a recomendação da Organização Mundial da Saúde, constituem-se como sendo um conjunto de procedimentos e ferramentas utilizadas no atendimento e assistência aos enfermos acometidos de moléstias incuráveis, graves, irreversíveis, em fase adiantada de evolução,

para os quais são manejados todos os recursos indispensáveis para o alívio da dor e sofrimento, sejam eles físicos, psicossociais e espirituais.

Os cuidados paliativos, segundo José Humberto Belmiro Chaves, Vera Lucia Gama de Mendonça, Leo Pessini, Guilhermina Rego e Rui Nunes (2011, p 250/251), originaram-se na Inglaterra, na década de 1960, tendo como objetivo a diferenciada assistência aos portadores de câncer, com vistas a melhorar o final de suas vidas. Prosseguindo, passaram os cuidados paliativos a integrar o atendimento, quando da fase terminal de outras patologias, diante de doentes de diversas faixas etárias, com especial atenção aos então pacientes vítimas da AIDS.

Nos idos da década de 1980, na França, foram os cuidados paliativos beneficiados pelo grande avanço, em serviços de gerontologia. Este aperfeiçoamento vem se consolidando, transportando-se para outros países da Europa, Estados Unidos da América, voltando-se para chamar a atenção para o sofrimento dos enfermos incuráveis, de modo a proporcionar meios como resposta a dor e ao sofrimento, mediante a adoção de cuidados especializados, em ambiente adequado, que promova e assegure a sua dignidade.

Neste mesmo vértice, merece realce o dito por Rachel Aisengart Menezes (2011, p. 1440), no qual:

“basicamente, a proposta dos profissionais de cuidados paliativos consiste em assistir o moribundo até seus últimos momentos, buscando minimizar tanto quanto possível seu desconforto e em dar suporte emocional e espiritual a seus familiares. Os paliativistas – em outros termos, militantes da causa da boa morte – consideram que o ideal é que a pessoa que está vivenciando o processo do morrer tenha controle deste processo, realizando escolhas a partir das informações transmitidas pelo médico, sobre as técnicas e possibilidades terapêuticas.”

Contextualizando o tema, arremata a Ensaísta Rachel Aisengart Menezes (2011, p. 1440) aduzindo que o enfermo, na visão da assistência dos cuidados paliativos, tem voz própria, devendo ser valorizadas suas vontades. Na medida em que são explicitados os limites de atuação do médico e a autonomia do enfermo terminal, torna-se possível se deliberar sobre o período de vida ainda restante, bem como o emprego de determinados procedimentos que garantam sua despedida dos entes queridos. O centro de gravidade dos cuidados paliativos é a dignidade e humanização da morte, estas configuradas pela ortotanásia, investindo-se no paciente mesmo quando não há mais nada do que se fazer para a obtenção da cura.

AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE. COMO MEIO DE VALORIZAÇÃO E EFETIVIDADE DO DIREITO À AUTODETERMINAÇÃO DO PACIENTE TERMINAL

Concebidos os cuidados paliativos como forma de se alcançar a prática da ortotanásia, resta por posicionar no enredo da Terminalidade da Vida, o exercício do direito à autodeterminação do paciente terminal. Neste prisma, Otavio Luiz Rodrigues Junior (2004, p. 127), lembra que a autodeterminação abrangeria a autonomia privada de vontade, de modo a fazer escolhas individuais quanto às ideologias, às religiões e até mesmo ao direito de renunciar à própria vida. Aduz a este último o seguinte:

“quanto ao problema do *direito de morrer*, há uma forte tendência no direito anglo-saxão a que seja considerado uma prerrogativa ínsita à esfera de autodeterminação da pessoa humana, encontrando-se no Brasil a obra de Rachel Sztajn (2002, p. 180) como exemplo dessa linha argumentativa.” (2004, p. 127).

Na projeção da autonomia da vontade individual, posicionando-se o exercício deste direito ao Princípio da Dignidade Humana, de índole constitucional, quando da hipótese de acometimento de doença terminal, poderia se dispor a forma pela qual seria o enfermo assistido pela equipe interdisciplinar de saúde? Poderia ele negar autorização a esta equipe interdisciplinar de saúde para o uso de meios extraordinários, vedando a prática da obstinação terapêutica?

Para dar resposta a estas e outras indagações, quanto à possibilidade de se dispor sobre a forma como pretende o enfermo ser assistido, na hipótese de doenças terminais, incuráveis e graves, há de se abordar ao que hoje se entende como Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), seu histórico, reconhecimento, prática, formalização e base ético-legal. As DAV, segundo Luciana Dadalto (2013, p.464), são na realidade gênero da manifestação de vontade para tratamento médico, tendo como espécies de categorias próprias, o tratamento vital e o mandato duradouro. O *living will*, cuja tradução livre aponta para o termo testamento vital, surgiu nos Estados Unidos da América, no final da década de 1960, como documento pelo qual se protegeria o direito individual de se recusar a se submeter a tratamento médico, que tivesse por finalidade prolongar a vida, quando o estado clínico do

enfermo fosse irreversível ou quando estivesse no, hoje intitulado, estado vegetativo persistente. Continua Luciana Dadalto (2013, p.464), mencionando o aprimoramento legal sobre o assunto, com advento da lei federal americana, que reconhecia o direito a autodeterminação do paciente, o que se tornou rapidamente aceito em todos os estados, sendo duas as modalidades das diretivas: o citado *living will* e o *durable power of attorney for health care*. Reveste-se este último no mandato duradouro, pelo qual seria conferida a nomeação de um terceiro, o qual tomaria decisões referentes ao tratamento médico a ser dispensado ao enfermo, no curso de sua incapacidade temporária ou permanente.

Em termos de Convenções Internacionais, deve ser destacada a Convenção Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que foi adotada por aclamação na 33ª Assembléia Geral da UNESCO (SERRÃO et al, 2004) que determina a necessidade de se respeitar a autonomia da pessoa concernente aos cuidados de saúde que lhe serão prestados, sob pena de violação da sua dignidade. Destaca este ato internacional, ainda, que em qualquer intervenção médica de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico deve ser realizada com o consentimento prévio, baseado na informação adequada. Há previsão que o incapaz de consentir mereça tratamento especial, inclusive com a nomeação de um procurador. A Convenção Européia sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (SILVA, 1997), que foi adotada pelo Conselho da Europa de 1997, prevê que toda intervenção da saúde apenas pode ser efetuada, após o consentimento livre e esclarecido.

No continente Europeu, os primeiros países a legislar sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) foram Finlândia, Holanda e Hungria.

A Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano em face das Aplicações da Biologia e da Medicina ficou também conhecida como Convenção de Direitos Humanos e Biomedicina ou Convênio de Oviedo, tendo como signatários os Estados Membros do Conselho da Europa.

Na Itália temos o *istituto da amministrazione di sostegno* que foi inserido por meio da Lei nº 6, de 9 de janeiro de 2004, modificando artigos do Código Civil (404-413). Trata-se de um instituto que modula a tutela jurídica de acordo com a situação de vida e as concretas exigências do beneficiário. (PERLINGIERI e STANZIONE, Pasquale, 2005, p.125).

Na Espanha existe a Lei de Vontades Antecipadas (2000), com a previsão do Testamento Vital. A Lei nº 41, de 2002, trata da autonomia do paciente e dos direitos e deveres de informação e documentação clínicas. Com base no Código Civil Espanhol, qualquer pessoa com plena capacidade de fato, poderá em documento público adotar disposições

relativas à sua própria pessoa ou a seus bens, inclusive podendo designar um futuro tutor. (LASARTE ALVAREZ, 2007, p. 152).

A França possui legislação sobre o tema desde o ano de 2005, mas lá o médico não fica vinculado às disposições do documento. Em Portugal a Lei nº 25, de 16 de agosto de 2012 regula as Diretivas Antecipadas de Vontade, sob a forma de testamento vital, e a nomeação de um procurador de cuidados de saúde e cria o Registro Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Lá as diretivas antecipadas de vontade são um documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio. Há a expressa necessidade da vontade ser exteriorizada por pessoa capaz de agir juridicamente e maior de idade. Visa a assegurar a autodeterminação de seus interesses e bens jurídicos no âmbito dos atos médicos no caso do outorgante se tornar incapaz de fato.

Na América Latina, Porto Rico foi o primeiro país a legislar, no ano de 2001, sobre as DAV (PORTO RICO, 2001). No ano de 2012, o Senado Argentino aprovou a lei da morte digna, dando mais poder de decidir acerca da recusa de tratamento. Há disposição legal que retira do médico qualquer responsabilidade judicial quando estiver seguindo o desejo do paciente e proíbe a eutanásia e o suicídio assistido.

No Brasil, à mercê de um vázio legal sobre o tema, o Conselho Federal de Medicina, inicialmente, ao baixar a Resolução CFM nº 1805/2006, passou a legislar, com amplitude *interna corporis*, sobre a possibilidade da prática da ortotanásia, autorizando o profissional médico a assim proceder, respeitada a vontade do paciente terminal, pavimentando, a partir deste precedente regulamentador, o caminho para aplicação das DAV.⁵

O passo seguinte se deu quando da publicação da Resolução CFM nº 1995/2012, medida que regulamentou especificamente o respeito às DAV, estabelecendo critérios e formalidades a ser cumpridos, para sua implementação no meio médico.⁶

⁵ Mediante decisão proferida a pedido do Ministério Público Federal, nos autos da Ação Civil Pública proposta contra o Conselho Federal de Medicina, que tramitou perante a 14ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal (Processo nº 2007.34.00.014809-3), foi concedida antecipação dos feitos da tutela que suspendeu os jurídicos efeitos da Resolução nº 1805/2006, baixada para regulamentação da prática da ortotanásia. Quando da apreciação do mérito desta ação foi julgado improcedente o pedido de nulidade da citada Resolução, a qual teve seus jurídicos efeitos novamente reconhecidos judicialmente, desde então.

⁶ A Resolução CFM nº 1995/2012 define as Diretivas Antecipadas de Vontade como sendo o conjunto de desejos, prévios e expressamente manifestados pelo paciente, sobre os cuidados e tratamentos que quer ou não receber, no momento em que estiver incapacitado de manifestar sua vontade.

Tangenciando esta regulamentação meramente deontológica e corporativa, tanto o Poder Judiciário, como o Poder Legislativo pouco avançaram na apreciação e discussão e posicionamento sobre a matéria.

Uma das poucas notícias que se tem sobre a análise judicial de um pedido de reconhecimento da autonomia da vontade do paciente para não se submeter a procedimentos extraordinários, quando acometido de moléstia crônica e grave, em que pese não formalmente estabelecida por quaisquer diretivas, veio ementada pelo E. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, tendo assim se manifestado de forma definitiva:

“Há de se dar valor ao enunciado constitucional da dignidade humana que, alias, sobrepõe-se até aos textos normativos, seja qual for sua hierarquia. O desejo de ter a ‘morte no seu tempo certo’, evitados sofrimentos inúteis, não pode ser ignorado, notadamente em face de meros interesses econômicos atrelados a eventual responsabilidade indenizatória. No caso dos autos, a vontade da paciente em não se submeter à hemodiálise, de resultados altamente duvidosos, afora o sofrimento que impõe, traduzida na declaração do filho, há de ser respeitada, notadamente quando a ela se contrapõe a já referida preocupação patrimonial da entidade hospitalar que, assim se colocando, não dispõe nem de legitimação, muito menos de interesse de agir”⁷

No tocante ao tratamento legislativo que visa dar um lastro legal próprio às DAV, tem-se que ainda tramita no Senado Federal o Projeto de Lei do Senado nº 524 de 2009, que dispõe sobre os Direitos da Pessoa em Fase Terminal de Doença, cuja atual fase de tramitação do respectivo processo legislativo se encontra pendente de análise junto à Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado Federal, desde 02/04/2013. Visa este Projeto de Lei, dentre outros aspectos, segundo seu original teor, reconhecer a manifestação favorável do paciente em fase terminal de doença, permitindo a limitação ou a suspensão de procedimentos desproporcionais ou extraordinários, destinados a prolongar artificialmente a vida. Estabelece, por sua vez, a continuidade dos cuidados básicos normais ou ordinários necessários à manutenção da sua vida e da sua dignidade, além dos procedimentos proporcionas terapêuticos, paliativos ou mitigadores do sofrimento inerente

⁷ PROCESSO Nº 70042509562 – 21ª CÂMARA CÍVEL DO TJ/RS. Data do julgamento: 01 de junho de 2011.

ao seu estado terminal, assegurados o conforto físico, psíquico, social e espiritual e o direito à alta hospitalar.

Única Lei, em sentido estrito, em plena vigência no Estado de São Paulo, constitui-se na Lei Estadual nº 10.241, de 17 de março de 1999, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde, a qual assegura o direito do paciente se recusar a se submeter a tratamentos dolorosos e extraordinários que visem prolongar sua vida.

Ainda por este viés, em que pese o pequeno quilate normativo, apresenta-se a Resolução nº 41/1995 baixada pelo Ministério da Justiça, através do seu Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, que assegura ao paciente jovem o direito de ter uma morte digna, junto aos seus familiares, uma vez esgotadas todas as possibilidades e recursos terapêuticos disponíveis, suficientes para reversão do seu estado de saúde.

Quanto ao cabimento das DAV serem lavradas por instrumento publico em um Ofício de Notas, nos dias de hoje, sem que haja Lei em sentido estrito que estabeleça a forma de sua celebração, insta sublinhar, por seu turno, que a Lei nº 8935/1994, que dispõe sobre os serviços notariais e de registro, atribui competência a estes cartórios para “formalizar juridicamente a vontade das partes”, reconhecendo-se o conteúdo declaratório da respectiva escritura, não havendo, em consequência, qualquer óbice.

Em trabalho específico sobre a análise dos reflexos jurídicos da supracitada Resolução CFM nº 1995/2012, Luciana Dadalto (2013, p.110) enfrentou relevante questão para pronta eficácia das DAV, especificando os tratamentos que podem ser aceitos ou recusados pelo paciente terminal, fundamentando seu pronunciamento na classificação dos procedimentos como passíveis de ser considerados como sendo parte integrante do rol dos cuidados paliativos ou dos tratamentos extraordinários que se prendem à obstinação terapêutica. Aprofundou-se na matéria, ao destacar quais seriam estes princípios⁸ que consagram os cuidados paliativos, para ao final arrematar, afirmando que “deste modo, qualquer tratamento ou procedimento que não esteja orientado por estes princípios pode ser considerado extraordinário e, portanto, passível de ser recusado pelo paciente, até mesmo a

⁸ Princípio da Proporcionalidade, segundo o qual há obrigação moral de se implementar todas as medidas terapêuticas que tenham proporção entre os meios empregados e os resultados previsíveis; Princípio do Duplo Efeito que dispõe sobre a necessidade de se averiguar a razão proporcional entre os tratamentos que tenham duplo efeito; Princípio da Prevenção, em que se deve prever possíveis complicações e sintomas que frequentemente se apresentam em portadores de determinada doença; Princípio do Não Abandono e do Tratamento da Dor, no qual o médico não pode abandonar o paciente, exceto na hipótese de objeção da consciência, devendo controlar a dor.

hidratação e nutrição, pois restou provado em vários estudos que em casos extremos o organismo do paciente não absorve nutrientes e a nutrição e hidratação podem, até mesmo, causar desconforto. Logo é imperioso que nova resolução do CFM e até mesmo uma legislação federal aclarem esta situação.”

Os principais elementos que devem nortear a confecção das DAV são estabelecidos por Luciana Datalto, Unai Tupinambás e Dirceu Bartolomeu Greco (2013, p. 474), mediante completo modelo que contempla, em especial, os termos de sua vontade na ultima parte da vida, nos quais são especificados os procedimentos e medicamentos que não deverão ser realizados ou ministrados, caso padeça seu signatário/outorgante de doença terminal, incurável e irreversível, sem que haja perspectiva de cura ou melhora, bem como demência em estado avançado e irreversível ou enfermidade degenerativa do sistema nervoso ou muscular, com indicação de procurador para os cuidados de sua saúde no fim da vida, com possibilidade de revogação, dentre outras disposições.

OS TRAÇOS LEGAIS DE PROTEÇÃO À VULNERABILIDADE DO IDOSO

A Constituição de 1988, trás em seu art. 225 a chamada responsabilidade geracional. O princípio da solidariedade, onde todos somos coresponsáveis pelo bem-estar social, assume cada vez maior relevância. Segundo Edneia de Oliveira Matos Tancredo (2012, p. 57) :

“ O princípio da solidariedade constitui um dos temas centrais para a elaboração de alternativas à nova conformação social que vem ocorrendo neste milênio. Assim, da obscuridade em que foi deixado por séculos ressurgiu, com força, o valor da solidariedade para se tentar resolver mais esse impasse da história deste ‘novo’ capitalismo.”

No ordenamento pátrio, o Código Civil, afirma que toda pessoa possui capacidade de exercer direitos e deveres, mas que determinadas condições podem vir a gerar limitações ou restrições a tal capacidade.

A expectativa de vida no Brasil tem crescido e com ela há maior probabilidade das pessoas virem a necessitar de cuidados de saúde. O perfil demográfico mundial vem mudando ao longo dos anos. O Censo de 2010 apresenta mais de 20 milhões de pessoas acima dos 60 anos, o que significa aproximadamente 12% da população brasileira. O envelhecimento é um processo complexo que vem tendo atenção em todo mundo. A nossa Constituição

instaurou uma ordem jurídica com amplo comprometimento com a cidadania e proteção aos direitos da pessoa humana.

Esta constatação vem sendo bem assinalada, sob o ponto de vista estatístico, merecendo registro:

“O Brasil envelhece rapidamente. A expectativa média de vida se amplia de tal forma que grande parte da população atual irá alcançar a velhice. Os grandes centros urbanos, embora já apresentem um perfil demográfico semelhante ao dos países mais desenvolvidos, ainda não dispõem de uma infraestrutura de serviços que dê conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes” (Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil – 2009, IBGE).

Assim, restou claro que o idoso merecia (e merece continuar a) ser tutelado de forma diferenciada, como ocorreu com o advento do Estatuto do Idoso (EI) - Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Uma das grandes inovações do EI foi com relação à prestação de alimentos em face dos idosos. Fazendo referência ao Código Civil (arts. 1694/1710) bem como à Lei de Alimentos (Lei nº 5.478/68). Há ainda a expressa previsão de solidariedade da obrigação alimentar em face do idoso requerente, facultando ao autor o direito de acionar um único réu, que deverá honrar a totalidade da obrigação. No caso de existirem outros devedores, caberá o direito de regresso em face dos demais obrigados. De igual modo, o EI prevê a possibilidade de acordos referentes a alimentos, desde que referendados perante o Promotor de Justiça ou Defensor Público, passarem a ter força de título executivo extrajudicial, nos termos da lei processual civil.

Quando inicia o Capítulo I - Do Direito à Vida, O EI, quando das disposições sobre o direito à vida, andou bem ao resguardar o momento do envelhecimento, considerando-o como direito personalíssimo e sua devida proteção, verdadeiro direito social. A partir daí, a Lei reconhece que envelhecer é inerente à condição humana. É garantido ao idoso o direito à vida e à saúde, mediante políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. Assim, fica garantido o acesso ao Sistema Único de Saúde, para todo o tratamento (inclusive com atendimento domiciliar nos casos em que o idoso não pode se locomover). O EI garante ao idoso internado ou em observação o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a

permanência do mesmo em tempo integral, segundo critério médico. Em paralelo, fica assegurado ao idoso optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Aqui cabem algumas considerações, tendo como ponto de partida o EI, sobre a autonomia de vontade do idoso, quando da necessidade de assistência médica, nas hipóteses que possibilitem a prática das ortonasia. Inicialmente, precisa ser verificado se foram previamente assentadas as DAV, enquanto o idoso ainda estava no domínio de suas faculdades. Em caso positivo estas diretivas devem ser respeitadas, sempre tendo em mira o propósito de oferecer o tratamento de saúde, reputado como mais favorável ao paciente idoso. Os demais legitimados, que integram o rol previsto no parágrafo único do artigo 17 do EI, só poderão ser chamados a decidir, na ausência das DAV ou enquanto estas não são apresentadas (nos casos dos incisos III e IV enquanto o médico não tem conhecimento das DAV).

Merece destaque o art. 6º EI, que prevê expressamente que todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento. Assim, ao conjugar com o art. 17 do EI, havendo as DAV, previamente estabelecidas, estas deverão ser reconhecidas como a opção de tratamento que o idoso escolheu como sendo a que julgou melhor para si, e esta vontade, por estar expressa, deve ser respeitada.

Os idosos - por se constituírem na parcela da população com maior possibilidade de serem acometidos por doenças incuráveis, em virtude dos longos anos de vida – passaram a ser considerados mais vulneráveis, notadamente e em decorrência da dor e do sofrimento enfrentados, na condição de pacientes. Cabe destacar que a vulnerabilidade está diretamente relacionada ao princípio da igualdade, onde aquele que é vulnerável se encontra em uma relação desigual. No caso específico dos idosos, para que fosse caracterizada sua vulnerabilidade alguns aspectos foram levados em consideração como a crescente debilitação física, a cessação da produtividade, a perda de autonomia.

Tratar um paciente com dor requer conhecimento das técnicas e medicamentos disponíveis. Cuidar de um enfermo requer um manejo da dor, dor essa que muda de paciente para paciente. O grau de tolerância é pessoal, e, por essa razão BURLA diz que “dor é aquilo que o paciente diz que incomoda”. (BARBOZA et al., 2010, p. 120).

Segundo VERAS (1999, p.158) deve-se preservar a capacidade funcional dos idosos, protegendo as habilidades físicas e mentais necessárias à manutenção de uma vida independente e autônoma, ainda que convivendo com limites. A saúde pública deve adotar

ações preventivas, assistenciais e de reabilitação para preservar e/ou recuperar a capacidade funcional dos idosos.

Neste cenário, em que pese a presença de instrumentos de proteção no EI, carecendo de legislação própria as DAV, permanece a vulnerabilidade do idoso, enquanto doente terminal, a merecer a atenção devida de toda a sociedade. Em outras palavras, reconhecido que o EI salvaguardou o idoso, segundo sua hipossuficiência, a legislação própria das DAV serviriam como contraponto a esta vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Admitida a relevância da Terminalidade da Vida, com o necessário afastamento da eutanásia e suicídio assistido, tendo-se a devida atenção ao estabelecimento de mecanismos que levem a concretização da autonomia de vontade, para o atingimento do que se entende pelo momento da boa morte, seguindo-se o conceito maior da ortotanásia, amplamente previstos e consagrados pela melhor técnica médica, mediante cuidados paliativos, passam as DAV ter especial importância como meio de proteção à inata vulnerabilidade do idoso, enquanto doente terminal.

A percepção, por sua vez, de que este paciente idoso, quando integrante das camadas menos favorecidas da população, está mais próximo dos revezes do Sistema Único de Saúde, que em regra não disponibiliza meios e instrumentos de atendimento e assistência médica suficientes para seu restabelecimento, leva a constatação de que as DAV, mesmo não especificamente reguladas por Lei própria, podem servir como forma de proteção dos direitos estabelecidos no EI. Isto porque, uma vez formalizadas e respeitadas, as DAV serviriam como antídoto ao que sinteticamente se constata como práticas de mistanásia, a morte infelizmente miserável de muitos idosos, que sequer chegam a ter acesso aos hospitais públicos deste país. De igual modo, seguindo este raciocínio, serviriam as DAV como meio de se evitar a distanásia, prática compreendida como sendo aquela que posterga a morte, mantendo-se os pacientes, muitas vezes idosos, de qualquer seguimento social, artificialmente vivos.

Trilhando esta via, seriam as DAV fonte de inclusão do paciente terminal, idoso ou não, ao moderno e recente sistema de atendimento médico, presente nas pequenas ilhas de excelência hospitalar, públicas e privadas, que reúnem as práticas de ortotanásia,

concebido pela filosofia *hospice*, segundo os preceitos médicos que consolidam os cuidados paliativos, com vistas a garantir a maior dignidade possível, diante da espera da morte, muitas vezes, como um doloroso fim da vida. Este singular conceito de inclusão visa proporcionar um novo enfoque do tratamento dos pacientes terminais, abandonando a ideia da morte decorrente de doenças graves e incuráveis, como odioso tabu - e tudo que a ela é conjugado como ruim e doloroso - para ser também algo, na medida do possível positivo, um momento de reflexão e encontro consigo mesmo, no campo espiritual, experimentando sensações de crescimento pessoal, com a oportunidade de fazer um balanço da vida vivida, no campo psicossocial, desde que querido e permitido pelo paciente. O citado e novo enfrentamento da morte, nestas circunstâncias, perpassa logicamente pela plena assistência do paciente e de sua família, que poderão permanecer juntos pelos derradeiros dias, sempre (e desde que tenham) assistência plena psicológica e de saúde. Com efeito, aproximando-se do desfecho destas considerações finais, merece ser destacado o conceito do movimento *hospice*, nos dizeres de sua fundadora *Cicely Saunders*, que congrega o aludido e peculiar mecanismo de inclusão, ora retratado, *in verbis*:

“ ... Nosso trabalho, então, é o de alterar a característica desse inevitável processo, de modo que ele não seja visto como uma derrota da vida, mas como positiva conquista no [processo do] morrer; um feito heroico intensamente individual para o paciente”
(FLORIANI, 2013, p. 401)

Nesta perspectiva, mesmo considerando que todo novo modo de pensamento, novos conceitos e práticas provocam uma gama de reações e sentimentos, quer sejam de aceitação, quer sejam de repulsa, o certo é que deve a sociedade enfrentar a Terminalidade da Vida, com vistas ao amadurecimento de um posicionamento coletivo, já alcançado em outros países, de modo a possibilitar a devida e necessária regulamentação legal da matéria, partindo-se do processo legislativo que ora tramita no Senado Federal, de modo a fortalecer a segurança jurídica das DAV.

Por fim, mas não menos importante, a era dos respiradores artificiais, e aparelhos afins, indiscriminadamente utilizados, pode está com os dias contados!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Armando Otávio Vilar de. Múltiplos enfoques sobre a morte e o morrer. Brasília: CFM, 2011 (org. Rachel Duarte Moritz). **Conflitos Bioéticos do Viver e do Morrer**.

BARBOZA, Heloisa Helena; MENEZES, Raquel Aisengart; PEREIRA, Tânia da Silva. **Vida, Morte e Dignidade Humana**. São Paulo: GZ, 2010, p. 120.

BURLÁ, Claudio. **Cuidados paliativos: afinal, do que se trata?** Brasília: CFM, 2011 (org. Rachel Duarte Moritz). **Conflitos Bioéticos do Viver e do Morrer**.

CHAVES, José Humberto Belmino et al. **Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético**. Revista Dor, São Paulo: Sociedade Brasileira para o estudo da dor, 2011

DADALTO, Luciana. **Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro**. Revista Bioética, Brasília: CFM, 2013.

_____. **Reflexos jurídicos da resolução CFM 1.995/2012**. Revista Bioética, Brasília: CFM, 2013.

FLORIANI, Ciro Augusto. **Moderno Movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte**. Revista Bioética, Brasília: CFM, 2013.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

JOÃO PAULO II. Carta Encíclica Evangelium Vitae. São Paulo: Paulinas, 2005.

LASARTE ALVAREZ, Carlos (Dir.). **La protección de las personas mayores**. Madrid: Tecnos, 2007, p. 152-153.

MENEZES, Rachel Aisengart. Entre normas e práticas: tomada de decisões no processo saúde/ doença. Physis Revista de Saúde Coletiva. UERJ: Rio de Janeiro: 2011

MOURA, Maria da Conceição Diniz Ferreira. **A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a filosofia e a bioética**. Lisboa: Coisas de Ler, 2011.

OLIVEIRA, Damião Alexandre Tavares. **Dignidade da pessoa humana, cuidados paliativos e ortotanásia: a visão de um juiz**. Revista do Instituto do Direito Brasileiro. Lisboa, Portugal: 2012.

PERLINGIERI, Pietro; STANZIONE, Pasquale. **Manuale di diritto civile**. 5.ed. Napoli: ESI, 2005, p.125

RODRIGUES JUNIOR, Otavio Luiz. **Autonomia da vontade, autonomia privada e autodeterminação. Notas sobre a evolução de um conceito Modernidade e na Pós-modernidade**. Brasília, a. 41, n. 163, julho/setembro de 2004, 113/130, Revista de Informação Legislativa.

SENECA, Lúcio Anneo. **Aprendendo a Viver**. Porto Alegre: L&PM, 2011.

TORRE, José Henrique Rodrigues. **Ortotanásia não é homicídio nem eutanásia**. Brasília: CFM, 2011 (org. Rachel Duarte Moritz). **Conflitos Bioéticos do Viver e do Morrer**.

VERAS, Renato Peixoto. **Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999, p.158-159

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS

Act on the status and rights of patients. Disponível em <http://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/1992/en19920785.pdf>. Acessado em 22 jan. 2014

Health Care Act. Disponível em <http://www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/eur/lxwehun.htm>. Acessado em 22 jan. 2014

Medical Treatment Contract Act. Disponível em <http://europatientsrights.eu/countries/signed/netherlands/netherlands/html>. Acessado em 22 jan. 2014

UNIÃO EUROPÉIA. Carta dos Direitos Fundamentais da União Européia. Disponível em: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf Acessado em 22 jan. 2014

França. Loi n° 2005-370, relative aux droits des malades et à la fin de vie. Disponível em <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl04-090.html> Acessado em 22 jan. 2014

Porto Rico. Ley n. 160 del año de 2001. Ley de declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico en caso de sufrir una condición de salud terminal o de estado vegetativo persistente. Disponível em <http://www.lexjuris.com/LEXLEX/Leyes2001/lex2001160.htm>. Acessado em 22 jan. 2014