



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Monteiro, Renata da Silva Fontes; Silva Junior, Aluísio Gomes da
Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina
Revista Bioética, vol. 27, núm. 1, 2019, Janeiro-Março, pp. 86-97
Conselho Federal de Medicina

DOI: 10.1590/1983-80422019271290

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361559096011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto



PESQUISA

Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina

Renata da Silva Fontes Monteiro¹, Aluísio Gomes da Silva Junior¹

1. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói/RJ, Brasil.

Resumo

As diretivas antecipadas de vontade são instrumento para garantir ao paciente o direito de decidir sobre seus cuidados de saúde, especialmente os relacionados ao fim da vida. Neste artigo, por meio de revisão integrativa da literatura realizada entre dezembro de 2017 e janeiro de 2018, objetivou-se compreender o uso desse instrumento e traçar seu percurso histórico nos países da América Latina que já têm legislação consolidada, como Porto Rico, Argentina, México, Uruguai e Colômbia. No Brasil, como ainda não há lei sobre o tema, as diretivas são tratadas e discutidas pela Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, o que pode gerar insegurança jurídica nos envolvidos. Observou-se, como característica comum nos países estudados, dificuldade quanto à divulgação e utilização desse recurso.

Palavras-chave: Diretivas antecipadas. Direito a morrer. Bioética. Autonomia pessoal. América Latina.

Resumen

Directivas anticipadas de voluntad: recorrido histórico en América Latina

Las directivas anticipadas de voluntad constituyen un instrumento para garantizar al paciente el derecho a decidir sobre sus cuidados de salud, especialmente los relacionados con el fin de la vida. En este artículo, a través de una revisión integrativa de la literatura, realizada entre diciembre de 2017 y enero de 2018, se tuvo como objetivo comprender la utilización de este instrumento y trazar un recorrido histórico en los países de América Latina que ya poseen una legislación consolidada, como Puerto Rico, Argentina, México, Uruguay y Colombia. En Brasil, como aún no hay una ley sobre el tema, las directivas son tratadas y discutidas por la Resolución 1.995/2012 del Consejo Federal de Medicina, lo que puede generar inseguridad jurídica para los involucrados. Se observó, como característica común en los países estudiados, una dificultad en la divulgación y la utilización de este recurso.

Palabras clave: Directivas anticipadas. Derecho a morir. Bioética. Autonomía personal. América Latina.

Abstract

Advance Directive: historical course in Latin America

Advance directives are instruments to guarantee the patient the right to decide about their health care, especially those related to the end of life. In this article, through an integrative review of the literature conducted between December 2017 and January 2018, the objective was to understand the use of this instrument and to trace its historical course in Latin American countries that already have a consolidated legislation, such as Puerto Rico, Argentina, México, Uruguay and Colombia. In Brazil, since there is still no law on the subject, the directives are treated and discussed through Resolution 1995/2012 of the Federal Council of Medicine, which may generate legal uncertainty in those involved. It was observed, as a common feature in the countries studied, difficulty in the dissemination and use of this resource.

Keywords: Advance directives. Right to die. Bioethics. Personal autonomy. Latin America.

Declararam não haver conflito de interesse.

Ao longo da história, a morte foi muitas vezes tema de preocupação e fonte de angústia para a humanidade. Reconhecida como única certeza da vida e pensada popularmente como sua antagonista, a morte e o processo de morrer são fenômenos sociais *vivido[s] de distintas formas, de acordo com o significado compartilhado por esta experiência*¹.

Ariès observa como o modelo tradicional, em que a morte era cotidiana, familiar, uma vez que ocorria na própria casa do indivíduo, e pública, por ser partilhada com a comunidade em que estava inserido, transforma-se, a partir do século XX, no modelo moderno de morte, percebida como *inconveniente e suja*². O processo de morrer transfere-se para o hospital, onde, *com o desenvolvimento de recursos destinados à manutenção e ao prolongamento da vida, a medicina produziu uma morte medicamente monitorizada e controlada, inconsciente, silenciosa e escondida*³. Expropria-se assim aquele que está morrendo do controle do processo, uma vez que é gerenciado por horários, procedimentos e intervenções dos profissionais de saúde.

No campo biomédico, gerou-se *assimetria nas relações entre profissionais da saúde (detentor de conhecimento) e pacientes (portador de enfermidade)*⁴, mas, no decorrer dos séculos XX e XXI, esta relação vem lentamente se modificando. A pessoa doente tem deixado de ser mero paciente, objeto do cuidado, para assumir papel mais ativo na relação com o profissional de saúde quanto às decisões sobre procedimentos, intervenções e tratamentos. Esta mudança reflete o desenvolvimento da autonomia do paciente, porém é importante que não signifique transferência da responsabilidade da decisão⁵, mas exercício de escuta, de reconhecimento do outro. Dessa forma, torna-se cada vez mais necessário *recolocar a pessoa no centro do processo, favorecendo a dignidade e autonomia de suas escolhas*⁶.

Neste sentido, as diretivas antecipadas de vontade (DAV) surgem *em resposta ao avanço tecnológico e ao tratamento médico agressivo empregados em situações ambíguas, como no caso de prognóstico ruim*⁷. Para Bussinguer e Barcellos, a *manifestação da vontade do paciente, expressa antecipadamente, garantindo-lhe o direito de decidir como deseja conduzir os últimos momentos de sua vida, tem o condão de resgatar a dignidade e a autonomia*⁸.

As DAV constituem documento escrito por pessoa lúcida, em pleno exercício de suas capacidades, orientada e consciente das decisões que estão sendo tomadas e de seus desdobramentos. Objetiva manifestar a vontade a respeito de cuidados, tratamentos e intervenções às quais deseja (ou não) ser submetida quando estiver impossibilitada de se

expressar. As diretivas podem ser revogadas a qualquer momento pelo paciente, mas, caso não o faça, entrarão em vigor quando este se tornar incapaz de tomar as próprias decisões^{9,10}.

Tecnicamente, há duas espécies de diretivas: mandato duradouro (*durable power of attorney for health*) e testamento vital (*living will*). Esta divisão foi estabelecida no Patient Self-Determination Act (PSDA)¹¹, legislação que regulamenta este recurso nos Estados Unidos (EUA). No entanto, uma modalidade não exclui a outra, e há ainda a possibilidade de ambas coexistirem em documento único¹².

O mandato duradouro prevê a nomeação de procurador de saúde e registra a amplitude de seus poderes. Há países onde a lei permite que o procurador seja responsável pelas decisões quando o paciente for permanente ou temporariamente incapaz de fazê-lo⁹; em outros, o procurador é apenas espécie de guardião da vontade do paciente, velando para que o documento seja cumprido exatamente como escrito.

Esse tipo de diretiva encaixa-se no modelo de julgamento substituto, que supõe que *a intimidade do decisor substituto com o paciente seja suficientemente profunda e relevante para que o julgamento reflita os objetivos e as opiniões do paciente*¹³. O maior problema é selecionar o procurador, considerando que a proximidade entre as partes deve bastar para que a pessoa escolhida saiba qual seria a decisão do paciente, de modo a não se embasar em suas próprias vontades. Sendo assim, ficam excluídos aqueles que poderiam ser tomados como imparciais – desconhecidos, funcionários do hospital, juízes etc. Então, para resolver a questão da proximidade, é preciso nomear familiar ou amigo, o que, no entanto, pode acarretar outro problema, uma vez que a afetividade entre as partes pode dificultar a tomada de decisão.

Por outro lado, o testamento vital (TV) é documento em que *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*¹⁴. Este documento encaixa-se no modelo de pura autonomia, posto que é feita a vontade comunicada pelo paciente, e pretende evitar práticas de obstinação terapêutica, pois delibera sobre a aceitação ou recusa de intervenções¹⁵.

Para compor a revisão integrativa deste trabalho, foi feita pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores “testamento vital” e “diretivas antecipadas de vontade” em inglês, português e espanhol. A pesquisa inicial revelou 51 artigos, dos quais

16 foram selecionados^{10,16-30}. Utilizaram-se as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)¹⁰, Scientific Electronic Library Online (SciELO)¹⁶⁻¹⁸, Medical Literature Analysis and

Retrieval System (Medline)¹⁹⁻²⁶ e Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (Ibecs)²⁷⁻³⁰ (Quadro 1). Além disso, leis sobre o tema foram pesquisadas em sites oficiais dos países envolvidos.

Quadro 1. *Corpus do estudo*

Base	Autores	Título do artigo	Revista
Medline (n=8)	Grinberg M, Chehaibar GZ ¹⁹	Testamento vital	Arq Bras Cardiol. 2012;99(6):1166.
	Alfonso H ²⁰	The importance of living wills and advance directives	J Gerontol Nurs. 2009;35(10):42-5.
	Allen SL, Davis KS, Rousseau PC, Iverson PJ, Mauldin PD, Moran WP ²¹	Advanced care directives: overcoming the obstacles	J Grad Med Educ. 2015;7(1):91-4.
	Muller LS ²²	Polst: something new has been added	Prof Case Manag. 2012;17(2):90-3.
	Mitchell M ²³	An analysis of common arguments against advance directives	Nurs Ethics. 2012;19(2): 245-51.
	White DB, Arnold RM ²⁴	The evolution of advance directives	Jama. 2011;306(3):1485-6.
	Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM ²⁵	Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death	N Engl J Med. 2010;362: 211-8.
	Shaw D ²⁶	A direct advance on advance directives	Bioethics. 2012;26(5): 267-74.
Ibecs (n=4)	Nebot C, Ortega B, Joaquín Mira J, Ortiz L ²⁷	Morir con dignidad: estudio sobre voluntades anticipadas	Gac Sanit. 2010;24(6): 437-45.
	Pezzano LC ²⁸	Diretivas antecipadas en el ámbito de la salud: evolución y situación actual	Rev Hosp Ital B Aires. 2013;33(1):18-22.
	Cantú G, Alberú J ²⁹	Ley de la voluntad anticipada en México	Nefrología. 2013; 33(1):142-3.
	Martínez S, Lima A ³⁰	O testamento vital e a relação médico-paciente na perspectiva da autonomia privada e da dignidade da pessoa humana	Rev Bioét Derecho. 2016;37:103-20.
SciELO (n=3)	Dadalto L ¹⁶	Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12	Rev. bioét. (Impr.). 2013;21(1):106-12.
	Nunes MI, Fabri MA ¹⁷	Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites	Rev. bioét. (Impr.). 2014;22(2):241-51.
	Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB ¹⁸	Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro	Rev. bioét. (Impr.). 2013;21(3):463-76.
Lilacs (n=1)	Bussinguer ECA, Barcellos IA ¹⁰	O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade	Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(9):2691-8.

A origem das diretivas antecipadas de vontade

A ideia de um documento que registrasse a vontade do sujeito nasceu nos EUA em 1967, sendo inicialmente proposta pela Euthanasia Society of America (ESA)³¹. Apesar de a ESA ter usado o nome *living will* anteriormente, foi o advogado Luis Kutner³² quem, em 1969, propôs suas premissas e o modelo do documento em seu trabalho “Due process of euthanasia: the living will, a proposal”. Nessa obra, o autor considera legítima, como parte integrante do direito à privacidade,

a recusa de tratamento que estendesse a vida do paciente diante de quadro incurável e irreversível.

O tema retornou na década de 1970 com o caso de Karen Ann Quinlan, que aos 22 anos foi diagnosticada com coma irreversível. Seus pais solicitaram a retirada do suporte vital, alegando que Karen havia afirmado, em conversa, que não gostaria de permanecer viva ligada a aparelhos. A questão chegou à Suprema Corte Americana, que solicitou parecer ao comitê de ética do hospital, criado para atender à solicitação, que confirmou a irreversibilidade. O veredicto foi favorável

à retirada dos aparelhos. Depois disso, Quinlan sobreviveu por nove anos sem nunca sair do estado vegetativo³³. O debate questionava se a expressão de vontade fora do contexto da doença poderia ser levada em conta para a tomada de decisão.

Em meio às discussões sobre o caso, em agosto de 1976 o estado da Califórnia, por meio do *Natural Death Act*³⁴, garantiu ao indivíduo o direito de recusar ou suspender tratamento médico. Esta lei também protegia o profissional de saúde de processo judicial por respeitar a vontade manifestada pelo paciente. Para Pona¹², a lei californiana foi o primeiro recurso legislativo a regulamentar a morte natural, assegurando o direito de morrer ao moribundo.

Depois dessa lei, membros de associações médicas reuniram-se e elaboraram guia com regras e orientações, como: 1) procurar ajuda para redigir o documento; 2) solicitar que este registro faça parte do histórico clínico; 3) assegurar que seja feito de forma livre; e 4) determinar que sua validade seja de cinco anos. São ainda necessárias testemunhas⁹, cuja seleção segue critérios rigorosos. Caso o documento seja elaborado no hospital, nenhum funcionário, médico ou qualquer pessoa que trabalhe no local pode testemunhar. Também não pode haver parentesco entre paciente e testemunhas, e estas não podem ser beneficiadas de forma alguma com sua morte. Outros requisitos determinam que o(a) paciente seja maior de idade e não esteja grávida.

É obrigação do médico acatar o documento, mas, para isso, deve se certificar de sua validade e receber de outro médico parecer que ateste o estado terminal. Igualmente, o guia determina que o paciente deve saber sobre sua condição há pelo menos 15 dias. De modo geral, estas disposições podem ser observadas nos regulamentos de diversos países que legislaram sobre o tema.

Em 1977, sete estados norte-americanos reconheceram legalmente a validade do documento, e leis do gênero foram apresentadas em 42 unidades da federação³⁵. Em 1983 foi editado o *California's Durable Power of Attorney for Health Care Act*³⁶, que instituía o mandato duradouro, reconhecendo o direito do sujeito de nomear procurador que tome decisões em seu lugar, caso não seja mais capaz de fazê-lo, no âmbito da saúde.

Observando a necessidade de regulamentar situações que requeriam decidir sobre casos de pessoas sem capacidade decisória, os EUA aprovaram em 1990 o PSDA¹¹, primeira lei federal que reconheceu o direito do paciente à autodeterminação³⁷. Por ser federal, pretendia principalmente informar o público a respeito das diretivas e incentivar seu uso, propondo-se, assim, a resolver conflitos éticos derivados da retirada ou ausência de tratamento em situações irreversíveis¹². Por outro lado,

Emanuel e Emanuel³⁵ afirmam que o PSDA é considerado apenas como diretriz, e muitas questões importantes, como o conceito de paciente terminal, são tratadas de modo diferente em cada estado.

De qualquer modo, desde que o PSDA entrou em vigor, hospitais, casas de saúde e asilos têm a incumbência de elaborar diretrizes sobre declarações antecipadas. Além disso, seus profissionais devem estar capacitados a abordar o tema no momento da internação e, caso o paciente afirme não ter redigido documento semelhante, orientá-lo sobre seu direito de fazê-lo²⁸.

Várias pesquisas sobre o uso das DAV foram realizadas na fase de implantação do PSDA, entre as quais o *“Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments”*³⁸. Este estudo, feito com 9.105 pacientes hospitalizados entre 1989 e 1994, foi dividido em duas fases, uma descritiva e outra de intervenção. Seus resultados evidenciaram a necessidade de ampliar a percepção sobre o tema: em vez de priorizar documentos, os processos comunicativos entre profissionais, familiares e pacientes deveriam ser favorecidos para melhorar a qualidade moral das decisões no final da vida³⁹.

Com este conceito surge o *advance care planning*⁴⁰, processo de planejamento de cuidados médicos em caso de perda da capacidade decisória do paciente. Busca-se discutir e ajudar o sujeito a esclarecer seus valores pessoais e suas metas sobre saúde e tratamento médico. No entender de Pezzano²⁸, as DAV têm papel fundamental e seriam ferramenta importante para melhorar a comunicação.

Apesar dos possíveis benefícios, entre 2011 e 2016 a proporção de adultos com diretivas antecipadas estabelecidas nos EUA era de 36,7%, número considerado bastante insatisfatório⁴¹. Vários motivos podem explicar a baixa adesão, como desconhecimento da população, interação deficiente entre médico e paciente, dificuldades do signatário de registrar seus desejos e incerteza quanto à vontade de fato na eventualidade de diagnóstico fatal⁴².

Apesar desses dados, as discussões estão bastante consolidadas nos EUA, e há outros tipos de dispositivo que buscam garantir que a vontade do paciente seja cumprida. São exemplos o *advance medical care directive*⁴³, formulário preenchido após conversa com a equipe de saúde, o *value history*⁴⁴, no qual o paciente escreve sua história e valores para basear a tomada de decisão, o *combined directive*⁴⁵, que une valores do paciente e nomeação de procurador, e o *Physician Orders for Life-Sustaining Treatment* (Polst)⁴⁶, formulário preenchido pelo médico sobre alternativas de tratamento após conversa com o paciente, de uso imediato.

Terminologia imprecisa

As DAV têm recebido diferentes denominações, traduzidas ou transpostas, como *living will*, testamento biológico, declaração antecipada de vontade, declaração prévia de vontade do paciente terminal e vontades antecipadas. Os termos, muitas vezes, geram equívocos quanto ao conceito de DAV e suas espécies, entre elas TV e mandato duradouro. No Brasil, a nomenclatura mais utilizada é testamento vital.

O TV é documento por meio do qual a pessoa se manifesta *em relação aos tratamentos e cuidados médicos que deseja ou não receber nas situações que não possa expressar, por si próprio, sua vontade, de forma temporária ou permanente, esteja ou não em situação de fim de vida*⁴⁷. Ressalte-se que o termo “testamento” foi considerado tradução ruim e imprecisa de *living will*^{48,49}.

No campo do direito, discute-se a validade do uso desta palavra, uma vez que “testamento” tem caráter jurídico, unilateral, personalíssimo, gratuito, solene e revogável, que produz efeitos *post mortem*⁵⁰. *Implica, normalmente, uma divisão do patrimônio pertencente ao testador, não obstante a lei permita que o ato seja celebrado para fins não patrimoniais*⁵¹. Sendo assim, o TV se assemelha ao testamento, pois também é negócio jurídico, unilateral, personalíssimo e revogável a qualquer tempo. Ambos os documentos são estruturalmente diversos, mas podem ter função semelhante, quando se considera que *testamento é disposição de última vontade*⁵².

Desse modo, apesar de toda a discussão presente na literatura, a expressão que se consagrou para o registro da vontade do doente terminal foi “testamento vital”. É importante destacar que esse documento pode respaldar legalmente o médico para tomar decisões em situações conflituosas. Permite igualmente que o paciente exerça sua autonomia, ajudando ainda a comunicação entre familiares, equipe e paciente, visto que demanda reflexão sobre medo, enfermidade, possibilidades de tratamento e morte. As DAV, em sua modalidade TV, não devem ser entendidas como lista de consentimento ou recusa a determinados tratamentos que não correspondam às reais necessidades do paciente⁴⁹, mas como instrumento que talvez garanta ao indivíduo morte digna.

Críticas às diretivas antecipadas de vontade

As DAV, particularmente o TV, são alvo de diversas críticas. Seus opositores frequentemente parecem crer que o documento, em vez de propiciar dignidade na morte, seria forma velada de legalizar a eutanásia¹⁶.

Discutindo esta imprecisão, Bermejo e Belda apontam que a expressão “*morte digna*” sofreu rechaços talvez por ser mal interpretada, por ter sido relacionada diretamente com a eutanásia como se fosse uma porta aberta para pensar sobre ela⁵³, e isto definitivamente não corresponde à verdade. Ressalta-se que a eutanásia é proibida na maioria dos países que legalizaram o TV, e há dispositivo que veda a execução de diretriz que seja contrária ao ordenamento jurídico. Mesmo no caso da Holanda e da Bélgica, onde a eutanásia é permitida, os modelos do documento e suas regras diferem dos do TV.

Outra crítica refere-se à autenticidade e estabilidade da decisão. Afirma-se que o documento é elaborado com base em situação hipotética de como seria a vida em condição nunca experimentada e por alguém cuja percepção poderia mudar quando a hipótese se tornasse realidade^{17,49}. Para contornar esta crítica, o documento pode ser revogado a qualquer momento enquanto o sujeito for capaz.

Questiona-se ainda a relação do documento com o rápido desenvolvimento da medicina, que poderia refutar ou defasar o tratamento previsto na diretiva. Esta crítica pode ser rebatida pelo fato de não se aplicar medidas contrárias à boa prática médica. Este tópico, no entanto, parece ser suscetível à discussão do que efetivamente constituiria boa prática⁵⁴.

Redigir DAV é *ato ético, uma responsabilidade*⁵⁵. Trata-se de ocasião em que o indivíduo pode tomar decisões personalíssimas, livre de interferências externas, sejam da família, do médico ou da instituição⁵⁶. Apoiados na ideia de responsabilidade, liberdade e dignidade, pode-se pensar que elaborar DAV seja forma de democratizar o poder de decisão, em ambiente onde estas decisões estão cada vez mais complexas e éticas, jurídicas e emocionalmente comprometedoras.

As diretivas antecipadas na América Latina

Na América Latina, promulgaram-se leis referentes às DAV em Porto Rico, Argentina, México, Uruguai e Colômbia. No Brasil não há legislação sobre o tema, apenas resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Porto Rico

Esse foi o primeiro país a regulamentar, na América Latina, a declaração prévia de vontade em relação a tratamentos médicos em casos de saúde terminal ou estado vegetativo persistente. Esta lei atende ao direito de intimidade e reconhece a autonomia do

indivíduo, em consonância com a constituição do país, que atesta o caráter inviolável da dignidade humana.

Em 2001 foi aprovada a Lei 160⁵⁷, que permite a maiores de 21 anos em pleno gozo de suas faculdades mentais declarar-se sobre os tratamentos aos quais querem ou não ser submetidos quando em condição terminal ou em estado vegetativo persistente. Possibilita ainda nomear procurador. A DAV deve ser registrada em cartório, podendo ainda ser declarada na presença do médico e de duas testemunhas não herdeiras. A lei vincula o médico e a instituição de saúde à execução do documento. Peculiarmente, essa lei estabelece que, caso a paciente esteja grávida, a diretiva só será executada após o nascimento do bebê.

Argentina

Nesse país, as diretivas foram instituídas primeiro nas províncias, e posteriormente em âmbito federal. Em 2004, o Conselho Diretivo de Escrivães da província de Buenos Aires aprovou o Registro dos Atos de Autoproteção e Prevenção de Eventual Incapacidade⁹, sendo forma de legalizar o testamento vital na província. Em 2007, Rio Negro tornou-se a primeira província a instituir o direito a DAV de fato, pela Lei 4.263 – *Ley de Voluntad Anticipada*⁵⁸. Em 2008 foi a vez de Neuquén, com a Lei 2.611⁵⁹, e em outubro de 2009 foi promulgada a Lei Federal 26.529⁶⁰.

Questões referentes à autonomia do paciente dificultaram a aceitação do documento, reque-rendo nova discussão no parlamento para elaboração de outra lei que assegurasse esse direito²⁸. Pressionados pela população, que debatia os casos de Selva Hebrón e Melina Gonzalez, os legisladores promulgaram em 2012 a Lei 26.742⁶¹, modificando alguns artigos do diploma anterior.

De acordo com esta lei, as diretivas podem ser elaboradas por pessoa maior de idade que seja capaz, dispondo sobre consentimento ou recusa de tratamento médico preventivo ou paliativo. A não ser que impliquem práticas que levem à eutanásia, o médico assistente está obrigado a aceitá-las. As DAV deverão ser formalizadas por escrito, diante de duas testemunhas, e registradas por escrivão público ou juizado de primeira instância, podendo ser revogadas pelo paciente a qualquer momento. Esta lei também salvaguarda o profissional, advertindo claramente que ninguém que tenha agido conforme as diretivas será responsabilizado civil, penal ou administrativamente.

O texto legal foi criticado por alguns autores por não abranger menores de idade com discernimento, não criar registro nacional e não estabelecer a forma do documento. Ainda, as críticas afirmavam que a lei *cria outros problemas, pois permite que o paciente*

*recuse tratamento paliativo, indo de encontro com a essência das DAV*⁶². A obrigatoriedade de registro em cartório ou juizado de primeira instância também foi questionada pois retira as diretivas do âmbito da atenção sanitária, arriscando desnaturalizá-las como ato médico e impondo requisitos que provavelmente implicarão em sua burocratização²⁸. Apesar das críticas e dos problemas levantados quanto à execução do documento, é importante ressaltar que no país existe lei federal que regula a existência e a utilização das diretivas antecipadas de vontade.

México

A *Ley de Voluntad Anticipada*⁶³ foi promulgada em 2008. Estabelece que o documento poderá ser elaborado por qualquer indivíduo capaz, enfermo em etapa terminal diagnosticada e por familiares, quando o paciente se encontrar inequivocamente impedido de se manifestar. Deve ser redigido e assinado em cartório. Se o paciente estiver impossibilitado de ir ao local, o documento poderá ser composto diante dos profissionais de saúde e de duas testemunhas e em seguida enviado para registro.

Parentes até o quarto grau não podem ser testemunhas, assim como pessoas que não compreendam a língua do paciente, condenados por falso testemunho e menores de dezesseis anos. Um representante, cargo voluntário e não remunerado, mas compulsório depois de aceito, será nomeado. Seu dever é garantir que as disposições sejam cumpridas de forma exata, não exercendo a função de decisor substituto.

O documento poderá ser revogado a qualquer momento pelo paciente, e em casos de duplicidade valerá o mais recente. O registro poderá conter também indicações sobre transplante de órgãos e tecidos. O paciente deve informar a equipe de saúde sobre a existência das diretivas, e esses profissionais deverão acatar as decisões nos termos prescritos.

Caso as diretivas declaradas no documento sejam incompatíveis com princípios éticos, morais ou religiosos do profissional de saúde, este tem o direito de declarar objeção de consciência para se eximir da demanda. A Secretaria de Saúde será responsável por garantir e fiscalizar as instituições de saúde para que haja disponibilidade de pessoal qualificado e não objetor, a fim de que as diretivas sejam atendidas. Fica expressamente vedada a eutanásia, sendo que em nenhum momento ou circunstância o profissional de saúde poderá administrar medicamentos ou tratamentos que provoquem de forma intencional a morte do enfermo em etapa terminal.

Avaliando o conhecimento da população sobre as DAV a partir de amostra de 278 pessoas, Cantú e Alberú²⁹ afirmam que 64% dos mexicanos desconhecem a lei. Os autores se surpreenderam e lamentaram a pouca difusão das DAV por parte das autoridades e argumentaram que outras leis com implicações bioéticas foram muito divulgadas, inclusive pela televisão, internet e no transporte público, mas esta lei, que poderia ter impacto positivo nos transplantes, foi silenciada. Apesar do comentário, os autores não discutem as razões relacionadas à falta de publicidade.

Uruguai

A Lei 18.473⁶⁴, de abril de 2009, autorizou a declaração antecipada de vontade no território uruguaio e foi regulamentada pelo Decreto 385/2013⁶⁵. De acordo com o texto legal, o paciente pode expressar antecipadamente sua vontade de se opor a futura aplicação de tratamentos e procedimentos médicos que prolonguem sua existência em detrimento da qualidade de vida. Essa manifestação restringe-se a casos de doença incurável, irreversível e em estado terminal.

O documento pode ser redigido por maiores de 18 anos psiquicamente competentes, e a recusa ao tratamento ou ao procedimento só será válida se não afetar a vida de terceiros. Um representante deve igualmente estar indicado no documento, que para ser reconhecido deve estar assinado, ter sido testemunhado por duas pessoas sem vínculo com o médico assistente e elaborado de acordo com o formulário regulamentado pelo decreto. Deverá ainda ser registrado em cartório e incluído na história clínica do paciente. A declaração pode ser revogada a qualquer momento pelo paciente, de forma verbal ou escrita.

É importante observar que o médico responsável deverá comunicar à comissão de bioética da instituição, caso exista, todos os casos de suspensão de tratamento de que trata esta lei, a serem analisados em até 48 horas após o recebimento, podendo levar ao não cumprimento das diretivas. Caso a comissão não se pronuncie, a suspensão será considerada tacitamente aprovada.

De acordo com legislação uruguaia, o paciente também pode usar as DAV para solicitar tratamento¹², ou seja, as pessoas poderão consentir antecipadamente⁶⁶. Nesse país, a manifestação do paciente quanto a aspectos de sua vida ligados aos cuidados de saúde é possível há bastante tempo. Anteriormente, a Lei 14.005/1971⁶⁷ regulava espécies de diretivas antecipadas sobre doação de órgãos, e havia ainda, no código vigente em 1934, a figura penal do homicídio piedoso, tipo de eutanásia⁶⁶.

Colômbia

Nesse país, o tema das DAV foi tratado no código que regulamenta o acesso a cuidados paliativos. A Lei 1.733/2014, conhecida como *Ley Consuelo Devis Saavedra*⁶⁸, determina que enfermos em fase terminal, crônica degenerativa e irreversível têm direito a informações sobre sua doença e tratamento, a segunda opinião profissional, a cuidados paliativos, a participar de forma ativa das decisões e a elaborar diretivas antecipadas.

Estabelece que para registrar as DAV é necessário ser maior de idade, em pleno uso das faculdades legais e mentais, saudável ou enfermo, e compreender as implicações do documento. Porém, não indica o procedimento para registro, não esclarece as diretivas permitidas ou se há prazo de validade. Além dos direitos dos pacientes, informa os deveres dos médicos e as obrigações das instituições de saúde pública e privada, e permite ainda que o paciente disponha dos órgãos para doação no mesmo documento.

Brasil

As discussões sobre o assunto parecem ser ainda embrionárias no Brasil. Por ser ignorada por políticos, deixa um vazio na legislação, criando certa insegurança nos profissionais de saúde⁶⁹. As DAV nunca foram especificamente regulamentadas no âmbito jurídico, mas apesar da pouca atenção dada ao tema, há diversas referências ao direito à recusa de tratamento na nossa legislação.

A Constituição Federal de 1988 apresenta, em seu artigo 1º, inciso III, o conceito de dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República⁷⁰, e em seu artigo 5º, inciso II, estabelece que *ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei*⁷¹. Com o mesmo espírito de assegurar dignidade e liberdade, a Lei 10.741/2003, conhecida como Estatuto do Idoso, afirma em seu artigo 17 que *ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável*⁷².

O Código Civil ainda afirma, em seu artigo 15, que *ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica*⁷³. Este dispositivo traduz clara expressão da autonomia do paciente frente aos tratamentos a serem administrados⁷⁴. A interpretação destes conceitos pode embasar a defesa da validade das DAV no nosso ordenamento jurídico.

Na esfera estadual existe, em São Paulo, a Lei 10.241/1999 (Lei Mário Covas), cujo inciso XXIII do artigo 2º assegura aos usuários do serviço de saúde

estadual o direito de *recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida*⁷⁵. A garantia desse direito ecoa no Paraná, pelo inciso XXIX do artigo 2º da Lei 14.254/2003⁷⁶, e em Minas Gerais, pelo artigo 2º, inciso XXI da Lei 16.279/2006⁷⁷. Apesar de a legislação possibilitar a disposição antecipada de tratamento, nenhum artigo dessas leis garante qualquer direito ao paciente caso ele esteja inconsciente ou impossibilitado de manifestar sua vontade. Igualmente, não orientam a respeito de qualquer documentação que respalde esse direito.

O tema específico das diretivas antecipadas de vontade ganhou visibilidade no país após a promulgação da Resolução CFM 1.995/2012⁷⁸, que dispõe sobre o assunto visando adequar a conduta médica. Consta no artigo 2º da citada resolução que *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*⁷⁸.

Esta resolução é marco histórico, ainda que não consiga abordar todas as facetas do tema. Porém, é necessário ressaltar que esse dispositivo não legalizou as DAV no país, pois *não possui força de lei, uma vez que o CFM não tem competência para legislar*⁷⁹. Apesar disso, por ser este o primeiro regulamento, pode desencadear a legalização das diretivas, caso o ordenamento jurídico siga a *tendência natural de se adotar previamente posições no âmbito ético para que o Poder Legislativo as consolide no âmbito jurídico posteriormente*⁸⁰. O Projeto de Lei do Senado 524/2009⁸¹ discutia a temática, dispondo sobre o direito do paciente terminal. No entanto, este projeto acabou arquivado em 14 de abril de 2015 sem ter sido votado.

Apesar de não ser lei e de estar restrita a determinada classe profissional, a Resolução CFM 1.995/2012⁷⁸ representou avanço importante. Nela estão alguns aspectos observados nas disposições de outros países quanto à elaboração do documento, como a possibilidade de designar representante, a determinação de que as diretivas prevaleçam sobre qualquer parecer não médico, inclusive sobre o desejo dos familiares, e a proibição de DAV que estiverem em desacordo com o código de ética médica. Porém, faltam aspectos importantes, como as atribuições do representante designado, a idade mínima para registro do documento, os tipos de tratamento que podem ser recusados ou se há prazo de validade.

A Resolução⁷⁸ orienta que o registro das DAV seja feito no prontuário do paciente, mas não menciona a necessidade de testemunhas, o que pode pôr em dúvida a veracidade e a validade do que está anotado. Desta forma, apesar de não estar no escopo da resolução, Dadalto afirma a *imprescindibilidade da*

*lavratura das DAV por escritura pública perante um notário, a fim de garantir a segurança jurídica tendo em vista que inexiste legislação específica no país sobre o tema*⁸². Assim, sugere-se que se procure a orientação de advogado, registrando no cartório de notas o documento relativo às suas vontades quanto aos cuidados de saúde.

Em 2013, o Ministério Público de Goiás ajuizou ação civil pública questionando a constitucionalidade da resolução, julgada constitucional em 2 de abril de 2014⁸³. A sentença valida o instrumento para qualquer paciente que fique impossibilitado de manifestar sua vontade e aponta a necessidade de legislação sobre o tema. Afirma ainda a possibilidade de a família ou o poder público buscarem o Poder Judiciário caso sejam contrários ao disposto nas DAV ou queiram responsabilizar os profissionais de saúde por possível ilicitude⁸³.

As DAV, ou, como está sendo conhecido no Brasil, o testamento vital, tem aparecido pontualmente em jornais e revistas, levando o assunto ao conhecimento do público. Em 2012 foi lançado portal eletrônico onde é possível consultar informações sobre o tema⁸⁴. Nele há banco de dados privado no qual se pode registrar diretivas. No ano do lançamento, o site recebeu 10 mil acessos, e já no ano seguinte esse número subiu para cerca de 100 mil, total que se manteve em 2014 e 2015⁸⁴. Quanto à lavratura de DAV em cartório, o número aumentou em 771% entre 2012 e 2016⁸⁵. Este aumento significativo parece apontar o interesse das pessoas no tema e em registrar sua vontade.

Em relação ao conhecimento de profissionais e estudantes sobre o tema, estudo realizado no estado do Pará com 238 estudantes de medicina entre o 1º e o 8º períodos, em setembro de 2013, verificou que apenas 8% dos pesquisados demonstraram ter noção clara sobre o significado do termo “testamento vital”⁸⁶. Outra pesquisa, feita com 351 profissionais de saúde na cidade de Juiz de Fora (MG), demonstra que apenas 37,89% dos participantes afirmam conhecer o conceito⁸⁷.

Ainda sobre o assunto, pesquisa com estudantes e profissionais de medicina e direito realizada na região oeste do estado de Santa Catarina concluiu que somente 29,2% dos entrevistados demonstraram conhecimento pleno sobre o tema⁸⁸. Outro estudo, realizado entre junho e setembro de 2011 também em Santa Catarina, com amostra de pacientes e acompanhantes em hospital universitário, verificou que 94,5% dos pacientes e 88,7% dos acompanhantes desconheciam totalmente os termos⁸⁹.

Em dezembro de 2017 foi divulgado resultado de pesquisa feita no mesmo ano com 716 pessoas em

São Paulo, sendo 70% destas profissionais de saúde⁹⁰. Demonstrou-se, entre outros tópicos, que 49,6% dos entrevistados não sabiam a diferença entre diretivas antecipadas de vontade e testamento vital, mas 96,4% concordam com a prevalência da vontade manifestada no testamento sobre a vontade dos familiares, o que indica certa compreensão sobre o objetivo do TV.

O estudo mostrou ainda que 85,4% acreditam que o testamento vital deve ser válido em todas as situações, seja em doenças degenerativas incuráveis e terminais ou em estados vegetativos persistentes. Quanto à recusa de tratamento, 57,4% são a favor, incluindo, entre outros, internação em unidade de terapia intensiva, nutrição artificial, hidratação, antibióticos e reanimação cardiopulmonar. Quando o tema é a nomeação de procurador para cuidados de saúde, 92% concordam que sejam nomeados familiares, e destes, 48,2% pensam que qualquer parente pode exercer a função⁹⁰. Aparentemente, os entrevistados não levam em conta possíveis conflitos de interesse entre sua vontade e a dos familiares. Pelos dados apresentados nas diversas pesquisas, percebe-se que as diretivas antecipadas de vontade, mesmo mobilizando cada vez mais a opinião pública, permanecem tema bastante desconhecido.

Nos países estudados, as diretivas são instrumento elaborado por pessoa maior de idade com pleno gozo de suas capacidades mentais, sendo que no Uruguai, México e Argentina exige-se o registro em cartório. Em Porto Rico, México e Uruguai, a legislação mistura ambos os tipos de diretivas, incluindo a nomeação de procurador. Em Porto Rico e no México, o documento torna-se inválido se afetar a vida de terceiros. Excetuando o Uruguai, que demanda a validação da diretiva por comissão de bioética, todos os países analisados vinculam médicos e instituições. No caso do Brasil, para que haja garantia jurídica a todos os envolvidos,

parece fundamental, a exemplo do que aconteceu em outros países, que seja aprovada lei federal que ordene a elaboração do documento de forma não burocratizada e que facilite a todos os usuários do sistema de saúde o acesso à informação, à produção e ao registro deste dispositivo.

Considerações finais

Apesar do interesse crescente, de modo geral parece haver, independentemente de legislação, dificuldade na adesão às diretivas antecipadas de vontade, o que indica a necessidade de maior divulgação para o público e profissionais de saúde. Porém, talvez este não seja o único empecilho para a realização das DAV, sendo este ponto que deve ser mais bem investigado em novos trabalhos.

É interessante observar que o tema das diretivas tem sido bastante discutido no âmbito do direito e do biodireito, o que, no entanto, não tem sido replicado entre profissionais de saúde. É plausível que isto ocorra pelo pouco conhecimento sobre as possibilidades desse instrumento, não só no que diz respeito ao exercício de autonomia do paciente, mas como proteção para profissionais contra possíveis dificuldades envolvendo as relações entre equipe profissional e entre estes e os familiares do paciente em casos de doença terminal.

É razoável pensar que talvez a dificuldade de abordar o tema das diretivas antecipadas de vontade esteja diretamente ligada à dificuldade de discutir e lidar com pacientes que se aproximam da terminalidade. Assim, debater a possibilidade de elaborar este documento poderia ser forma de facilitar o diálogo, permitindo que angústias, incertezas e medos sejam revelados e esclarecidos, melhorando a relação dos envolvidos e potencializando sua qualidade de vida.

Referências

1. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond; 2004. p. 24.
2. Ariès P. O homem perante a morte. Sintra: Publicações Europa-América; 1977. v. 2. p. 320.
3. Menezes RA. Op. cit. p. 33.
4. Lima MLF, Rego STA, Siqueira-Batista R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2015 [acesso 15 dez 2017];23(1):31-9. p. 34. Disponível: <https://bit.ly/2MjJIeI>
5. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
6. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2014 [acesso 10 jan 2018];22(1):94-104. p. 97. Disponível: <https://bit.ly/2TWOx4w>
7. Nunes MI, Anjos MF. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2014 [acesso 15 dez 2017];22(2):241-51. p. 242. Disponível: <https://bit.ly/2H2IARz>

8. Bussinguer ECA, Barcellos IA. O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [acesso 15 jan 2018];18(9):2691-8. p. 2692. Disponível: <https://bit.ly/2CBoSr4>
9. Dadalto L. Testamento vital. São Paulo: Atlas; 2015.
10. Bussinguer ECA, Barcellos IA. Op. cit.
11. United States' Congress. Patient self-determination act of 1990. Regula os direitos do paciente quanto a tomar decisões relativas a cuidados de saúde [Internet]. 1990 [acesso 21 abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2aw2UqU>
12. Pona ÉW. Testamento vital e autonomia privada: fundamentos das diretivas antecipadas de vontade. Curitiba: Juruá; 2015.
13. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios da ética biomédica. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2011. p. 195.
14. Dadalto L. Op. cit. p. 97.
15. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit.
16. Dadalto L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 18 abr 2018];21(1):106-12. Disponível: <https://bit.ly/2NdspEn>
17. Nunes MI, Anjos MF. Op. cit.
18. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 21 jan 2019];21(3):463-76. Disponível: <https://bit.ly/2JQ0dC3y>
19. Grinberg M, Chehaibar GZ. Testamento vital. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2012 [acesso 21 jan 2019];99(6):1166. Disponível: <https://bit.ly/2HqTL7o>
20. Alfonso H. The importance of living wills and advance directives. *J Gerontol Nurs* [Internet]. 2009 [acesso 21 jan 2019];35(10):42-5. Disponível: <https://bit.ly/2FERa8f>
21. Allen SL, Davis KS, Rousseau PC, Iverson PJ, Mauldin PD, Moran WP. Advanced care directives: overcoming the obstacles. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2015 [acesso 21 jan 2019];7(1):91-4. Disponível: <https://bit.ly/2CBI5tV>
22. Muller LS. Polst: something new has been added. *Prof Case Manag* [Internet]. 2012 [acesso 21 jan 2019];17(2):90-3. Disponível: <https://bit.ly/2MI5e7i>
23. Mitchell M. An analysis of common arguments against advance directives. *Nurs Ethics* [Internet]. 2012 [acesso 21 jan 2019];19(2):245-51. Disponível: <https://bit.ly/2sAlwQL>
24. White DB, Arnold RM. The evolution of advance directives. *Jama* [Internet]. 2011 [acesso 21 jan 2019];306(3):1485-6. Disponível: <https://bit.ly/2HKLHVG>
25. Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med* [Internet]. 2010 [acesso 21 jan 2019];362:1211-8. Disponível: <https://bit.ly/2HoOOvJ>
26. Shaw D. A direct advance on advance directives. *Bioethics* [Internet]. 2012 [acesso 21 jan 2019];26(5):267-74. Disponível: <https://bit.ly/2R3cIN8>
27. Nebot C, Ortega B, Joaquín Mira J, Ortiz L. Morir con dignidad: estudio sobre voluntades anticipadas. *Gac Sanit* [Internet]. 2010 [acesso 21 jan 2019];24(6):437-45. Disponível: <https://bit.ly/2CBj29l>
28. Pezzano LC. Directivas anticipadas en el ámbito de la salud: evolución y situación actual. *Rev Hosp Ital B Aires* [Internet]. 2013 [acesso 21 jan 2018];33(1):18-22. Disponível: <https://bit.ly/2sDjCyN>
29. Cantú G, Alberú J. Ley de la voluntad anticipada en México. *Nefrología* [Internet]. 2013 [acesso 21 dez 2017];33(1):142-3. Disponível: <https://bit.ly/2U1ZaTE>
30. Martinez S, Lima A. O testamento vital e a relação médico-paciente na perspectiva da autonomia privada e da dignidade da pessoa humana. *Rev Bioét Derecho* [Internet]. 2016 [acesso 21 jan 2019];37:103-20. Disponível: <https://bit.ly/2W5uEu5>
31. Hospice Patients Alliance. From Euthanasia Society of America to the National Hospice & Palliative Care Organization (1938-present) [Internet]. 1967 [acesso 21 abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2ATVTPR>
32. Kutner L. Due process of euthanasia: the living will, a proposal. *Indiana Law J* [Internet]. 1969 [acesso 15 dez 2017];44(4):539-54. Disponível: <https://bit.ly/2FCgsUA>
33. Pithan LH. A dignidade humana como fundamento jurídico das ordens de não-ressuscitação hospitalares [Internet]. Porto Alegre: EdUPUCRS; 2004 [acesso 3 fev 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2BpZZiv>
34. University of California. California's natural death act. *West J Med* [Internet]. 1978 [acesso 21 abr 2018];128:318-30. Disponível: <https://bit.ly/2FDzMK1>
35. Emanuel EJ, Emanuel LL. Living wills: past, present, and future. *J Clin Ethics* [Internet]. 1990 [acesso 27 jun 2017];1(1):9-19. Disponível: <https://bit.ly/2CyWSEq>
36. California. California's durable power of attorney for health care act. Dispõe sobre a possibilidade da nomeação de um procurador para cuidados de saúde [Internet]. [s.d.] [acesso 21 abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2dkqudl>
37. Dadalto L. História do testamento vital: entendendo o passado e refletindo sobre o presente. *Rev Mirabilia Medicinae* [Internet]. 2015 [acesso 21 abr 2018];(4):23-42. Disponível: <https://bit.ly/2FJI49m>
38. Connors AF Jr, Dawson NV, Desbiens NA, Fulkerson WJ Jr, Goldman L, Knaus WA *et al.* A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). *Jama* [Internet]. 1995 [acesso 21 abr 2018];274(20):1591-8. Disponível: <https://bit.ly/2ASU8Sk>
39. Barrio Cantalejo IM, Ruiz AM, Larios MLA, Lorda PS, Corpa EA, Vilella MG *et al.* Revisión de la literatura sobre el uso del testamento vital por la población mayor. *Gerokomos* [Internet]. 2008 [acesso 18 dez 2017];19(2):68-78. Disponível: <https://bit.ly/2FBhIMX>
40. Emanuel LL, Gunten CF, Ferris FD. Advance care planning. *Arch Fam Med* [Internet]. 2000 [acesso 18 dez 2017];9(10):1181-7. Disponível: <https://bit.ly/2szFdlT>

41. Yadav KN, Gabler NB, Cooney E, Kent S, Kim J, Herbst N *et al.* Approximately one in three US adults completes any type of advance directive for end-of-life care. *Health Aff [Internet]*. 2017 [acesso 3 fev 2018];36(7):1244-51. Disponível: <https://bit.ly/2QXfoM8>
42. Fagerlin A, Schneider CE. Enough: the failure of the living will. *Hasting Cent Rep [Internet]*. 2004 [acesso 21 jan 2018];34(2):30-42. Disponível: <https://bit.ly/2TWogn0>
43. Everplans [Internet]. [s.d.] [acesso 21 abr 2018]. Disponível: <https://www.everplans.com>
44. University of New Mexico, Institute for Ethics. Values history: a form to assist you in making health care choices in accordance with your values [Internet]. [s.d.] [acesso 21 abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2DIEWPn>
45. Combined advance directive for health care [Internet]. [s.d.] [acesso 21 abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2AWPgfo>
46. State of New Jersey, Department of Health. Preactioner orders for life-sustaining treatment (Polst). Fornece instruções a serem seguidas pela equipe de saúde diante de uma série de intervenções que prolongam a vida [Internet]. [s.d.] [acesso 21 abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2sDqovf>
47. Pona ÉW. Op. cit. p. 48.
48. Godinho AM. Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro. *RIDB [Internet]*. 2012 [acesso 15 dez 2017];1(2):945-78. Disponível: <https://bit.ly/2FDt9hT>
49. Martínez K. Los documentos de voluntades anticipadas. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2007 [acesso 15 dez 2017];30(Supl 3):87-102. Disponível: <https://bit.ly/2Czl21j>
50. Sá MFF, Moureira DL. Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos. 2ª ed. Belo Horizonte: Del Rey; 2015.
51. Godinho AM. Op. cit. p. 956.
52. Nevares ALM, Meireles RMV. Apontamentos sobre o direito de testar. In: Pereira TS, Menezes RA, Barboza HH, coordenadoras. Vida, morte e dignidade humana. Rio de Janeiro: GZ; 2010. p. 83-100. p. 98.
53. Bermejo JC, Belda RM. Testamento vital: diálogo sobre a vida, a morte e a liberdade. São Paulo: Loyola; 2015. p. 40.
54. Nevares ALM, Meireles RMV. Op. cit.
55. Bermejo JC, Belda RM. Op. cit. p. 34.
56. Dadalto L. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). *Rev Bioét Derecho [Internet]*. 2013 [acesso 10 jan 2018];(28):61-71. Disponível: <https://bit.ly/2szWxNc>
57. Puerto Rico. Lei nº 160, de 17 de novembro de 2001. Lei da Declaração Prévia de Vontade. Reconhece legalmente o direito de todo maior de idade, em uso de suas faculdades mentais, declarar previamente sua vontade sobre tratamento médico em caso de condição terminal ou estado vegetativo persistente [Internet]. 2001 [acesso 15 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2TEi7MB>
58. Mabtum MM, Marchetto PB. O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2015.
59. Argentina. Ley nº 2.611, de mayo de 2008. Entidades prestadoras o financiadoras de servicios de salud, estatales, privadas y gremiales. Presentación de padrones. Normas [Internet]. Boletín Oficial. Buenos Aires, 24 maio 1993 [acesso 20 abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2MmqHg7>
60. Argentina. Ley nº 26.529, de noviembre de 2009. Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado [Internet]. Boletín Oficial. Buenos Aires, 19 nov 2009 [acesso 20 abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2IBC71H>
61. Argentina. Ley nº 26.742, de mayo de 2012. Ley de Muerte Digna. Establece os direitos do paciente e sua relação com os profissionais e instituições de saúde [Internet]. Boletín Oficial. Buenos Aires, 24 maio 2012 [acesso 7 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2FHimmX>
62. Dadalto L. Op. cit. 2015. p. 153.
63. Ciudad de México. Ley de Voluntad Anticipada, 7 de enero de 2008. Establece e regula a realização das diretivas de vontade [Internet]. Gaceta Oficial del Distrito Federal. Ciudad de México, nº 247, 7 jan 2008 [acesso 21 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2DlckpA>
64. Uruguay. Ley nº 18.473, de 21 de abril de 2009. Voluntad Anticipada. Incorpora ao ordenamento jurídico e estabelece o alcance das diretivas antecipadas de vontade [Internet]. Diário Oficial. Montevideo, nº 27.714, 21 abr 2009 [acesso 23 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2Mm0gHs>
65. Uruguay. Decreto nº 385/013, de dezembro de 2013. Regula a Lei nº 18.473 [Internet]. 10 dez 2013 [acesso 18 abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2sEI56B>
66. Almada HR. La legislación uruguaya sobre las directivas de voluntad anticipada. In: Dadalto L, coordenadora. Bioética e diretivas antecipadas de vontade. Curitiba: Prismas; 2014. p. 199-215.
67. Uruguay. Ley nº 14.005, de agosto 1971. Trasplante de organos y tejidos. Dispõe sobre doação de órgãos [Internet]. Diário Oficial. Montevideo, nº 18.622, 20 ago 1971 [acesso 20 abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2W7Cpj3>
68. Colombia. Ley nº 1.733, 8 de septiembre de 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra. Regula os serviços de cuidados paliativos para o manejo integral de pacientes com enfermidades terminais, crônicas, degenerativas e irreversíveis em qualquer fase da doença com alto impacto na qualidade de vida [Internet]. Diário Oficial. Bogotá, nº 49.268, 8 set 2014 [acesso 19 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2RlmtWh>
69. Dantas E. Advance directives and living wills: the role of patient's autonomy in the Brazilian experience. *Med Law [Internet]*. 2013 [acesso 16 dez 2017];32:459-81. Disponível: <https://bit.ly/2RCZWd3>

70. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2016 [acesso 10 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2Cxpgha>
71. Brasil. Op. cit. p. 13.
72. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, 3 out 2003 [acesso 19 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/1eNxxn3>
73. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, 11 jan 2002 [acesso 15 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1hBawae>
74. Pona ÉW. Op. cit. p. 82.
75. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no estado [Internet]. Diário Oficial do Estado. São Paulo, nº 51, p. 1, 18 mar 1999 [acesso 15 dez 2017]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2U7Grq7>
76. Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. Lei nº 14.254, de 4 de dezembro 2003. Dispõe sobre a prestação de serviço e ações de saúde de qualquer natureza aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial. Curitiba, nº 6.632, 23 dez 2003 [acesso 15 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2MpMUKo>
77. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. Lei nº 16.279, de 20 de julho de 2006. Dispõe sobre os direitos dos usuários das ações e dos serviços públicos de saúde no estado [Internet]. Diário Oficial de Minas Gerais. Belo Horizonte, 21 jul 2006 [acesso 15 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2DmW8UF>
78. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, p. 269-70, 31 ago 2012 [acesso 15 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2Qry87e>
79. Dadalto L. Op. cit. 2015. p. 164.
80. Bonamigo EL, Pazini AM, Putzel EL. O papel dos profissionais de saúde nas diretivas antecipadas de vontade. In: Dadalto L. Op. cit. 2014. p. 249-72. p. 257.
81. Brasil. Projeto de Lei do Senado nº 524, de 2009. Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença [Internet]. 14 abr 2015 [acesso 15 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2T73uBa>
82. Dadalto L. Aspectos registrares das diretivas antecipadas de vontade. *Civilistica.com* [Internet]. 2013 [acesso 21 jan 2018];2(4):1-9. p. 5. Disponível: <https://bit.ly/2MnzBd6>
83. Tribunal Regional Federal da Primeira Região. Processo 0001039-86.2013.4.01.3500. Ação civil pública. Pede seja declarada inconstitucional e ilegal a Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012, que pretende normatizar a atuação de profissionais da medicina frente a terminalidade da vida dos pacientes [Internet]. 25 jan 2013 [acesso 8 ago 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2uXVoTY>
84. Testamento vital [Internet]. [s.d.] [acesso 2 fev 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2Kqk3n3>
85. Dadalto L. A necessidade de um modelo de diretivas antecipadas de vontade para o Brasil: estudo comparativo dos modelos português e francês. *Rev M* [Internet]. 2016 [acesso 5 jan 2018];1(2):446-60. Disponível: <https://bit.ly/2RB2NmZ>
86. Silva JAC, Souza LEA, Costa JLF, Miranda HC. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o testamento vital. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 10 dez 2017];23(3):563-71. Disponível: <https://bit.ly/2JMviGt>
87. Chehuen Neto JA, Ferreira RE, Silva NCS, Delgado AHA, Tabet CG, Almeida GG *et al.* Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde? *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 10 dez 2017];23(3):572-82. Disponível: <https://bit.ly/2sxyKh8>
88. Piccini CF, Steffani JA, Bonamigo ÉL, Bortoluzzi MC, Schlemper BR Jr. Testamento vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. *Bioethikos* [Internet]. 2011 [acesso 10 dez 2017];5(4):384-91. Disponível: <https://bit.ly/2U4zt4W>
89. Campos MO, Bonamigo ÉL, Steffani JA, Piccini CF, Caron R. Testamento vital: percepção de pacientes oncológicos e acompanhantes. *Bioethikos* [Internet]. 2012 [acesso 8 jan 2018];6(3):253-9. Disponível: <https://bit.ly/2QYR10p>
90. Federação dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo. Pesquisa de opinião: percepções sobre o direito à morte digna [Internet]. 2007 [acesso 10 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2BG3nWL>


Participação dos autores

Renata da Silva Fontes Monteiro concebeu o estudo e redigiu o artigo. Aluísio Gomes da Silva Junior orientou e colaborou na revisão final.


Correspondência

Renata da Silva Fontes Monteiro – Rua Marques de Abrantes, 119/301 CEP 22230-060. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Renata da Silva Fontes Monteiro – Doutoranda – renatasilvamonteiro@gmail.com

 0000-0002-9152-8438

Aluísio Gomes da Silva Junior – Doutor – agsilvaj@gmail.com

 0000-0003-2445-3963

