

DIRETIVAS ANTECIPADAS DA VONTADE: UM NOVO OLHAR SOBRE A AUTONOMIA EXISTENCIAL DO PACIENTE

Alexandra Vanessa Klein Perico

Monalisa Schorr

Stéfani Follmann

Resumo

O presente artigo propõe uma análise da legislação brasileira quanto às diretivas antecipadas de vontade no Brasil, para dessa forma, averiguar se é necessário que o Brasil tenha uma lei específica sobre o assunto. Para tanto, realizou-se uma revisão da literatura brasileira e dos dispositivos jurídicos que já abordam as diretivas antecipadas no contexto internacional, tanto quanto, a exposição de casos que já ocorreram no cenário mundial. Conclui-se, desta forma, sobre a dignidade do ser humano, e sobre o seu direito à escolha, por medicamentos e aparelhos controlados ou o direito à escolha por meio de uma diretiva antecipada da vontade, para que sua autonomia seja respeitada.

Palavras chave: Autonomia. Dignidade. Diretivas antecipadas de vontade. Direto à morrer.

1 INTRODUÇÃO

Embora a morte seja um tabu para a sociedade em geral, ela é a única certeza que temos da vida. Sendo que, o fim da vida trata-se de um assunto muito discutido pela Bioética, principalmente no que tange a dignidade do paciente e a sua autonomia, pois, até que ponto chega à autonomia do paciente para decidir à quais tratamentos ele quer se submeter?

Deste modo, tem-se adotado por todo o mundo as diretivas antecipadas da vontade (DAV), na qual o paciente expressa sua vontade

relacionada a submissão de tratamentos, portanto como se posiciona a legislação brasileira diante disso?

Segundo Bonavigo (2015, p. 153), "Com os avanços da medicina, da biotecnologia, os conceitos sobre a "morte digna", mudaram, sendo discutido com mais frequência sobre o prolongamento artificial da vida, e a dignidade humana. A discussão envolve diversos assuntos, como família, religião, a morte digna, "matar" ou "deixar morrer", a função do médico para o alívio da dor e do sofrimento que castiga os enfermos no fim da vida." Afinal, de que forma deve-se proceder quando alguém se encontra em um estado de enfermidade que não possui mais cura? E até que ponto alguém tem o direito de decidir sua própria morte?

Devido a estes equívocos que foram surgindo ao longo dos tempos, as diretivas antecipadas da vontade (DAV), tiveram sua origem nos Estados Unidos (EUA), em 1969, através de um documento denominado de Living Will, também conhecido como testamento vital. O Brasil, no ano de 2019, ainda não legislou sobre o tema. Apenas foi aprovada uma resolução pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.995, em 31 de agosto de 2012 (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013, p. 463).

Contudo, a normativa tem força apenas entre os médicos, não possuindo a capacidade de regulamentar aspectos imprescindíveis do assunto como a formalização, o conteúdo, a capacidade dos outorgantes, o prazo de validade e a criação de um registro nacional. Muitos cidadãos brasileiros já têm procurado cartórios de notas visando registrar suas diretivas antecipadas, evidenciando que o tema tem importância social. No entanto, muitas pessoas não possuem conhecimento sobre o assunto, outras contem receio de adquirir a DAV, devido ao fato de a mesma só possuir força entre os médicos, podendo trazer problemas judiciais, aos familiares (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013, p. 464).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 TESTAMENTO VITAL E AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DA VONTADE

Imagine-se nessa situação: seu irmão sofre um acidente, está no hospital na ala da UTI, inconsciente, sobrevivendo por tubos, máquinas e fios, sabe-se que ele sente todas as dores, as mais fortes que se possa imaginar, ele nunca mais voltará a ter a mesma qualidade de vida, pois ficará conectado a uma máquina pelo resto da vida. Logo, chega um documento escrito por ele, antes de tudo acontecer, pedindo a eutanásia, para que se um dia ele se encontrasse nessa situação. Com a concordância da família ele não é mais submetido a tratamentos dolorosos, e falece em paz.

Segunda Almeida (SA) apud Maluf (2015, p.439), "Uma vez que, o paciente em estado terminal, se encontra em uma situação que não apresenta mais possibilidade de cura, conseqüentemente evoluindo para a insuficiência dos órgãos e posteriormente à morte. As chances de sobrevivência nesses casos são cientificamente impossíveis, o paciente até mesmo pode entrar em coma ou em estado vegetativo."

O indivíduo em coma perde totalmente ou parcialmente a consciência e, dependendo do grau do coma, o paciente necessita da ajuda de um respirador. Já no estado vegetativo persistente o indivíduo não tem mais função voluntária, restam apenas reações básicas de reflexo, porém nada pode ser afirmado (MALUF, 2015, p. 440).

Como cita Maluf (2015, p.441), "Tampouco existe qualquer contato com o mundo exterior, embora permaneça o reflexo ao estímulo, e não se possa afirmar que esse paciente sinta o reflexo da dor." Portanto não se pode dizer se os pacientes se restabelecerão ou não.

Conforme Bonavigo (2015, p. 153), "A boa morte não ocorre naturalmente. Recentemente a medicina aumentou de forma considerável seu poder terapêutico e tanto pode ajudar como complicar o momento de morrer". Por tanto a autonomia da vontade do paciente vem crescendo de forma rápida, sendo possível que o próprio indivíduo, dentro dos limites, venha a planejar aspectos de sua morte.

Esse planejamento, em alguns países ocorre através um documento denominado de Living will, mais conhecido como um testamento vital, ou diretivas antecipadas da vontade (DAV), onde a paciente externa seu desejo,

especificando ou não sua vontade de receber determinado tratamento (BONAVIGO, 2015, p. 156).

O documento é feito com a finalidade de respeitar a autonomia do paciente, caso ele torne-se incapaz de manifestar-se, um exemplo do que pode estar expresso na DAV, é o caso de não reanimação se ocorrer a parada cardíaca. “Testamento vital ou diretivas antecipadas é um documento pelo qual o paciente pode expressar antecipadamente sua vontade com o objetivo de que isso cumpra no momento em que não seja capaz de expressá-la” (BONAVIGO, 2015, p. 156).

É possível também, que nas diretivas antecipadas da vontade (advance directives), o indivíduo venha a colocar aquele que deve ser responsável por tomar decisões no lugar do paciente, quando este estiver impossibilitado de tomar decisões, colocando também os tratamentos pelos quais deseja ou não passar, ainda é possível que nas DAV, o paciente venha a colocar sobre a doação de órgãos, destinação do corpo, assim como também sobre a forma que pretende ser velado (BONAVIGO, 2015, P. 156).

Já no testamento vital (living wills) para Bonavigo (2015, p.156) o indivíduo somente registra a sua vontade para ser cumprida no momento em que ele estiver incapaz, ou seja, o testamento vital se trata de algo bem menos amplo se comparado as diretivas antecipadas.

No Brasil, atualmente, não há uma legislação vigente para as diretivas antecipadas da vontade, apenas existe uma Resolução do CFM nº 1.995/12, ocorre que a mesma possui carência de previsão legal. Porém evidenciou-se uma tendência de que os médicos brasileiros considerem as vontades antecipadas dos pacientes como um instrumento útil para tomada de decisões a respeito da autonomia do paciente, desde que, não estejam em contrário com a ética médica, mesmo sendo contra a vontade dos familiares.

Se um paciente pedir a eutanásia, em uma diretriz antecipada, os médicos responsáveis não poderão a realizar, visto que, neste caso não vai ser respeitada a autonomia do paciente, pois trata-se de algo ilícito, contra a ética médica da legislação vigente. Porém o Conselho Federal de Medicina criou uma resolução por qual os médicos podem se basear (ORNELAS, 2019).

Atualmente as DAV podem ser feitas de quatro formas conforme Bonavigo (2015), por escritura pública, declaração em documento particular, registro em prontuário pelo seu médico assistente, e ainda, declaração feita para seus amigos ou familiares.

2.2 MATAR OU DEIXAR MORRER

Matar ou deixar morrer? Muitos virão com maus olhos a decisão de alguém optar por não lutar pela vida, não utilizar todos os meios possíveis para sobreviver. Bonavigo diz que matar trata-se de uma ação que também pode ser realizada através da omissão, pela qual o paciente decide por meio de algumas formas tirar a vida, quando ao entender dele ela não seria mais viável. Deixar morrer, trata-se de uma ação também, na qual, aqueles meios que prolongavam a vida do paciente não serão mais utilizados.

"A conotação de matar reveste-se de intenção de fazê-lo que pode ocorrer tanto por uma ação quanto omissão. A retirada de alimentação e hidratação, que implica abstenção de tratamento, pode caracterizar um ato de matar, mas também pode significar deixar morrer. A não intubação de paciente com doença de Duchenne em fase final pode significar deixar morrer, embora possa a rigor ser interpretada como matar". (BONAVIGO, 2015, p. 93).

Porém, cada caso deve ser avaliado individualmente, quando deixar morrer não será matar? Como no caso de Claire Conroy, que se encontrava em elevado grau de deterioração física e mental vivendo permanentemente em posição semifetal, quando foi retirado seu tubo mesogástrico, a levando ao óbito. Os tribunais americanos julgaram como um ato de matar, mesmo que no fundo não havia a intenção de matar, mas sim, de deixar morrer.

O artigo 41 do Código de Ética Médica brasileira, buscou esclarecer quando deixar morrer não é matar, em seu texto: Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou

terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (CFM, 2009, p.39).

2.3 MEDIDAS EXTRAORDINÁRIAS

Tratam-se como tratamentos extraordinários, aqueles desproporcionais e desnecessários para determinados casos, sendo que, desrespeita-se o curso natural da vida. Para se evitar esse tipo de tratamento, é necessária participação do médico e do paciente. Para tanto, Bonavigo propõe em seu livro (2015, p. 96):

"A vida possui valor intrínseco. A constatação de deficiência de memória, consciência e linguagem não significa obrigatoriamente perda de qualidade de vida ou menor dignidade, medidas que não produzem uma melhora sensível para uma situação grave é considerada fútil e, portanto, desproporcionada (extraordinária). Uma medida desproporcional não melhora a situação do enfermo, produz dor física, psíquica ou moral, além de acarretar dependência a procedimentos".

2.4 EMBASAMENTO NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Como já mencionado nesse artigo, o Brasil se encontra desatualizado quando o assunto são as DVA, tendo em vista, o CFM criou a resolução nº 1.995/12,(CFM, 2012) por não haver regulamentação sobre diretivas antecipadas da vontade do paciente no contexto da ética medica brasileira. E ainda considerando outros fatores como, a própria resolução dispõe:

"CONSIDERANDO a atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as diretivas antecipadas de vontade; CONSIDERANDO que, na prática profissional, os médicos podem defrontar-se com esta situação de ordem ética ainda não prevista nos atuais dispositivos éticos nacionais".

“CONSIDERANDO que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo”.(CFM, 2012).

Foi criada a resolução, que define em seu 1º artigo o que são diretivas antecipadas davontade: “Conjunto de desejos, previa e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”. (CFM, 2012).

Sendo que elas devem prevalecer sobre qualquer outro parecer não médico inclusive sobre os desejos familiares, como conta em se art. 2º §3 e §4. O médico registrará no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhe foram diferentemente comunicadas pelo paciente. O §5 dispõe que:

“Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente”. (CFM, 2012).

Ainda que, no Brasil consta na Constituição Federal, em seu art. 1º, III “a dignidade da pessoa humana”, também em seu art.5º, III “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”, além do art. 15 do Código Civil, “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de morte, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”, sendo o paciente autorizado a recusar determinados procedimentos médicos devido a Lei Orgânica de Saúde, nº 8.080/90, reconhecendo no seu art. 7º, III “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”.(CONGRESSO NACIONAL, 1990).

No Estado de São Paulo há uma lei estadual nº 10.241/00 – que dispõem expressamente sobre o paciente recusar tratamentos extravagantes ou dolorosos de manutenção de vida, desde 1999. Sendo sancionada pelo ex-governador Mário Covas, que a utilizou no final de sua vida ao recusar

tratamentos agressivos, sem abrir mão do conforto e cuidado (MALUF, 2015, p. 438).

Do mesmo modo, o papa João Paulo II, que já muito debilitado, pediu para permanecer em seus aposentos em Roma, para encerrar sua missão e entregar corpo e espírito a Deus Pai. Temos aqui um fato que contradiz o olhar da igreja, que tanto critica essa prática, não estaríamos diante de um equívoco que deveria ser interpretado de outra forma pela sociedade? Se o próprio papa implorou pela morte digna, ao invés de prolonga-la indefinidamente com dor, como defende a religião? (PESSINI, 2008, p.178).

Segundo o Código de Ética Médica (1931, p.31) o paciente possui, mais autonomia em relação as suas decisões, devendo o médico aceitar as escolhas dos seus pacientes relativos aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, como consta no Capítulo I, inciso XXI. Já o XXII "nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados. "Ainda consta no art.41: "abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal".

2.5 PRINCIPAIS PRÁTICAS NA TERMINALIDADE DA VIDA

2.5.1 Suicídio assistido

Consiste em fornecer os meios necessários para que o paciente cometa suicídio, deste modo, a morte advém do ato praticado pelo próprio paciente, sendo auxiliado por terceiros ou por um médico, no Brasil a prática é tipificada no art. 122 do Código Penal (CÓDIGO PENAL, 1940). Sendo que, na Suíça existe a pratica o suicídio assistido, foi criada em 1997, por uma clínica especializada em pacientes estrangeiros, fundada pelo médico Philip Nitschke a Exit Internacional (MALUF, 2015, p.443).

Para haver o suicídio assistido, conforme Bonavigo (2015, p.148) é necessário o pedido voluntário do paciente observando algumas condições,

como: o paciente deve estar apto para tomar as decisões; deve haver uma relação vigente entre paciente e médico; além de um ambiente de decisão que de apoio, porém que seja crítico e questionador; as alternativas rejeitadas sejam consideradas; que se busque um aconselhamento estruturado em outros médicos; que o paciente expresse uma preferência duradoura pela morte; que o paciente esteja experimentando um sofrimento inaceitável; que o método utilizado seja o mais indolor e confortável possível.

2.5.2 Eutanásia ativa ou benemortásia

Conforme Maluf (2015, p.443): "A eutanásia representa atualmente uma complicada questão da Bioética, pois enquanto o Estado tem como princípio a proteção da vida dos seus cidadãos, existem aqueles que, devido ao seu estado precário de saúde, desejam dar um fim ao seu sofrimento, antecipando sua morte. Representa um assunto controverso, de plúrimas interpretações, coexistindo nesse sentido diversas teorias, mutáveis com o tempo histórico e a conseqüentemente evolução da sociedade, tendo sempre em conta o valor da vida humana."

Entende-se que na eutanásia se antecipa a morte de um doente terminal ou irreversível, a pedido seu ou de seus familiares, sendo impossível a cura ou a dor insuportável. No Brasil é vetada pelo Código Penal em seu art. 122, sendo previsto o benefício de redução de 1/3 a 1/6 de pena se o ato for cometido por relevante valor social e pelo Código de Ética Médica (CÓDIGO PENAL, 1940).

2.5.3 Eutanásia passiva ou ortotanásia ou paraeutanasia

Pode ser configurada como uma forma de omissão de socorro prevista no Código Penal, em seu art. 135, portanto muito se debate sobre, pois como diz Maluf (2015, p.446) "A morte deixaria de ser prolongada e não a vida que seria ameaçada."

Não existe a presença do dolo, tanto que tramita no Congresso Nacional o PL nº 6.715/09, prevendo em seu art. 121, a classificação da ortotanásia como causa de exclusão de ilicitude do homicídio. Segundo o CFM, em sua Resolução de nº 1.805/06, aprova o procedimento de ortotanásia em paciente terminal ou incurável, pois ninguém deve ser submetido a tortura, nem a tratamento humano forçado, em seu art. 5º (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

2.5.4 Eutanásia social ou mistanásia

Infelizmente ela está muito presente em países do Terceiro Mundo, onde muitas pessoas não possuem acesso aos hospitais, ou então chegam até eles e não encontram leitos e medicamentos, provocada pelos sistemas, estruturas e políticas de saúde, que não atendem à demanda da população. Sendo a anacrotanásia a morte prematura, das crianças com baixa expectativa de vida (MALUF, 2015, p. 446).

2.5.5 Distanásia ou prolongamento artificial da vida

Decore dos avanços da medicina e da tecnologia, prolongando a vida do paciente, mesmo que a cura não seja possível e a dor se faça presente constantemente, sendo prolongada a vida do paciente indefinidamente, através dos cuidados paliativos. A prática pode ser considerada o oposto da eutanásia. O CFM, aprovou, em 9 de novembro de 2006, a Resolução nº 1.805/06, que verna sobre a terminalidade da vida, que prolonga o sofrimento dos pacientes em face de os manter vivos (CFM, 2009).

Em 1991 o doutor John Hansen, conta uma história em um jornal norte-americano Washington Post, mamba, uma serpente africana peçonhenta, cuja picada gera muita dor e conseqüentemente a morte. Conta-se que três missionários aprisionados por uma tribo canibal, obtiveram a escolha dada pelo chefe, entre a morte e a mamba, dois deles instantaneamente

escolheram a mamba, e só então souberam a dor cruel e lenta para então morrer (PESSINI, 2008, p.177).

O terceiro missionário escolheu a morte, mas o chefe lhe respondeu que primeiro teria que experimentar a mamba, temos aqui uma história que se repete inúmeras vezes em nossos hospitais, que utilizam a tecnologia aprimorada em suas UTI's. Muitos profissionais como o chefe desconhecem a dor da mamba e, contudo, não deixam o paciente morrer com dignidade e paz (PESSINI, 2008, p.178).

2.6 A TERMINALIDADE DA VIDA NO CENÁRIO INTERNACIONAL

A eutanásia não é permitida na maioria dos países, o suicídio assistido no momento só é permitido nos EUA, nos seguintes estados: Washington, Montana e Oregon. A Holanda foi o primeiro país no mundo a legalizar a eutanásia sob certas condições, como dispõem a "Lei relativa ao término da vida sob solicitação e suicídio assistido." A lei concede proteção legal aos médicos desde que eles usem de escritos critério, dado que, em 1996, na Holanda 2.300 pessoas morreram através a eutanásia e foram registrados 400 casos de suicídio assistido, sendo que 80% da população no país apoia a prática (MALUF, 2015, p.451).

A Bélgica e a Holanda são as duas únicas nações no mundo a ter a eutanásia completamente legalizada, tornam-se os primeiros países do mundo a oficializá-la juridicamente em 2002. Visto que, a eutanásia não se aplica aos menores e aos incapazes de tomarem decisões conscientemente (MALUF, 2015, p.452).

Na Alemanha a eutanásia é ilegal, portanto a lei permite a eutanásia passiva, a interrupção de um tratamento destinado para manter a vida, mediante pedido expresso do paciente. Na Itália, a eutanásia é proibida, devido a religião católica, na Suíça a eutanásia ativa recebe veto legal, portanto a assistência passiva do suicídio é legal, tanto que, existe uma Clínica de Morte Digna (Assisted Dying Organization), uma ONG fundada em 1998 pelo advogado suíço Ludwig A. Minelli, que facilita o suicídio de pacientes

ditos terminais que queiram tirar a própria vida, sendo necessário o consentimento do paciente, por meio de sua assinatura (MALUF, 2015, p.453).

2.6.1 Casos que comoveram a sociedade internacional

Todas essas mudanças se deram em decorrências de fatos que ocorreram em todo o mundo, como por exemplo o caso de Terri Schiavo, que possuía 41 anos. Conforme Pessini (2008, p.187), Terri encontrava num processo de separação judicial com seu marido, Michael Schiavo, e teve uma parada cardíaca em 1990, associado a bulimia, um distúrbio alimentar. Conseqüentemente Terri ficou com uma grande lesão cerebral, ficando em estado vegetativo.

Os pais de Terri alegam que o fato decorreu de uma suposta agressão de seu marido, e após uma longa disputa pela retirada da sonda que a alimentava, ela faleceu em 31 de março de 2005. Uma das circunstâncias agravantes do caso foi a divergência de opinião entre os familiares da paciente, devido ao fato do marido alegar que ela havia se manifestado verbalmente, enquanto ainda estava consciente, que não deseja continuar com a vida na forma em que se encontrava, portanto, outras testemunhas afirmavam que ela sobre nada se manifestou. Pela lei norte americana o marido, por ser guardião legal da paciente, é quem poderia decidir pela vida de Terri (PESSINI, 2008, p. 187).

Mas os pais católicos da filha alegavam que ele não tinha os melhores interesses com a mulher, que ele apenas queria a herança, outras pessoas ligadas ao caso, consideravam a retirada da sonda como sendo homicídio. Esse é um caso da decisão privada, que devia ter sido tomado no âmbito familiar, para a esfera pública, e que deveria se entender melhor a questão do paciente, e não tornar o caso um espetáculo (PESSI, 2008, p. 187).

Outro caso comovente é de Vicente Humbert, que teve um grande acidente de automóvel em 2000, com 20 anos, restando-lhe um único movimento corporal a de seu polegar direito. Em suma sempre solicitou a justiça a prática da eutanásia, portanto na França a eutanásia é ilegal.

Vicente escreveu um livro de 188 páginas com seu polegar, “Eu peço-vos o direito de morrer”. O mesmo sempre solicitou a mãe para o matar, sendo que isso apenas resultou na prisão da mesma (MALUF, 2015, p.455).

3 CONCLUSÃO

Reconhece-se que cada ser humano possui dignidade, sem discriminação de raça, cultura, religião, estado de saúde ou condições socioeconômicas, que constitui um valor imutável e intangível, que não deve ser submetido ao juízo de ninguém, apesar do avanço da medicina, e da sociedade como um todo, ninguém deve ter o direito de decidir por você, e pela sua qualidade de vida.

Após uma era de submissão da igreja, as mulheres atualmente não se submetem mais a atos que anteriormente eram ditos como imprescindíveis a sua imagem, os direitos conquistados das lésbicas, gays, bissexuais e transgênicos, que anteriormente eram tratados como doentes mentais.

São conquistas como essas, que levam a pensar sobre as diretivas antecipadas da vontade do paciente, pois, tantos direitos já foram conquistados em virtude da sua autonomia, o porquê de o paciente não ter o direito de escolher entre o sofrimento cruel e indesejado, e a sua vontade de não participar de tratamentos que não possuem a cura, sem gerar conflitos jurídicos? Será que todos nós devemos ser submetidos a dor da mamba para então morrer?

Entende-se que as DAV são um caminho para evitar a dor, a ansiedade, depressão, o medo, a negação, a raiva, além das preocupações da família, que passam pelo luto, a procura exaustiva pela cura, que não existe. Porque não oficializar a vontade do paciente? Porque não trazer mais publicidade sobre o tema no cenário brasileiro? Porque não facilitar um processo que pode ser tão doloroso para todos?

Se todos tivessem conhecimento sobre o assunto, e se houvesse mais cooperação entre os órgãos, muitas dessas questões seriam resolvidas, tanto

que, a área normativa deve prestar esclarecimentos juridicamente, trazer um diálogo entre as diversas áreas relacionadas ao assunto.

Espera-se que essa reflexão bioética traga inovações positivas sobre o determinado tema, e que o grito da sociedade, relacionado a sua autonomia, seja ouvido, e que ocorram implementações que favoreçam a todos. Sugere-se a implementação de uma lei, com embasamento nos casos que já ocorreram como foi exposto no artigo, além da observação dos casos que ocorreram no cenário mundial, pois, por si só, uma resolução não possui força, ela é apenas um ato legislativo concreto, de efeitos internos, não sendo sujeita a promulgação, muito menos a um controle preventivo da constitucionalidade.

REFERÊNCIAS

- ONU. Mais de vinte anos de conquistas. 2013. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/conquistas/>>. Acesso em: 19 abr. 2019.
- BONAMIGO, Elcio Luiz. Manual de bioética: teoria e prática. 3. ed. São Paulo: All Print, 2015.
- DINIZ, Maria Helena. O estado atual do biodireito. 10. ed., Rev. Aument. Atual. São Paulo: Saraiva, 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica. 2009. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2019.
- DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. Revista Bioética, Brasília, v. 21, n. 3, p. 463-476, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a11v21n3.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2019.
- PESSINI, Léo. Bioética: Um grito por dignidade de viver. 4 ed. São Paulo: Paulinas, 2009. 254 p.
- MALUF, Adriana Caldas Do Rego Freitas Dabus. Curso de bioética e biodireito. 3 ed. São Paulo: Editora Atlas LTDA, 2015. 496 p.
- PLANALTO. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 23 abr. 2019.
- PLANALTO. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.
Acesso em: 23 abr. 2019.

ACIDIGITAL. Corte negativo aos pais de alfândega evans e desconectarão suporte vital . Disponível em: < <https://www.acidigital.com/noticias/corte-nega-apelacao-aos-pais-de-alfie-evans-e-desconectarao-suporte-vital-83852> >. Acesso em: 23 abr. 2019.

PLANALTO. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> . Acesso em: 23 abr. 2019.

Sobre o(s) autor(es)

Monalisa Schorr, acadêmica do Curso de Direito da Unoesc, Campus de São Miguel do Oeste.
Contato: monaliskaschorr@hotmail.com

Stéfani Follmann, acadêmica do Curso de Direito da Unoesc, Campus de São Miguel do Oeste. Contato: stefanifollmann@hotmail.com

Alexandra Vanessa Klein Perico, orientadora, mestre em Direito. Contato: alexandra.perico@unoesc.edu.br