

# DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: A POSSIBILIDADE DE INCLUSÃO DO TESTAMENTO VITAL NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO\*

Juliana Nicolini de Melo\*\*

## RESUMO

As Diretivas Antecipadas de Vontade, espécie à qual o Testamento Vital integra, reconhecendo direitos aos pacientes em situações de incapacidade superveniente, apresentam-se como opção factível, na medida em que possibilitam a documentação de desejos, previamente manifestados, em relação a tratamentos médicos. Pela diferenciação entre os institutos “Testamento Civil” e “Testamento Vital” e entre os conceitos de eutanásia, distanásia e ortotanásia, defende-se esta como meio de legítima valorização de direitos subjetivos e intrínsecos à vida humana, em especial a autodeterminação e da dignidade atinente às suas decisões diante da certeza sobre a terminalidade da vida. Através da apresentação da evolução do Testamento Vital e de seu acolhimento na legislação internacional, deseja-se corroborar para a inclusão do Testamento Vital no ordenamento jurídico brasileiro.

**Palavras-chave:** Autonomia da Vontade. Bioética. Conselho Federal de Medicina. Dignidade da Pessoa Humana. Diretivas Antecipadas de Vontade. Ortotanásia. Testamento Vital.

## ABSTRACT

The Advance Directives, a species to which the Living Will integrates, recognizing patients' rights in situations of supervening incapacity, are presented as a feasible option, insofar as they enable the previous documentation of wishes regarding medical treatments. By the differentiation between the institutes of "Will" and "Living Will" and between the concepts of euthanasia, dysthanasia and orthothanasia, this one is defended as a mean of legitimate valorization of subjective and intrinsic rights to human life, especially self-determination and dignity decisions about the certainty of life's terminality. Through the presentation of the evolution of the Living Will and its acceptance in international legislation, the desire is to corroborate for the inclusion of the Living Will in the brazilian legal system.

**Keywords:** Private autonomy. Bioethics. Federal Council of Medicine. Dignity of human person. Advance Directives. Orthothanasia. Living Will.

## 1 INTRODUÇÃO

---

\* Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e aprovado, com grau máximo, pela banca examinadora, composta pelos professores Luís Gustavo Andrade Madeira (orientador), Alvaro Vinicius Paranhos Severo e Guilherme Botelho de Oliveira, em 05 de dezembro de 2018.

\*\* Acadêmica do Curso de Ciências Jurídicas e Sociais – Escola de Direito, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: juliana.ndemelo@gmail.com.

Desde o surgimento da Medicina, a relação médico-paciente tem experimentado avanços e alterações significativas, tanto no que se refere às especialidades preventivas, curativas e paliativas e sua ascensão tecnológica, quanto no enfrentamento de questões jurídicas. O que se dizia uma relação verticalizada, em que o médico era o portador de todo o conhecimento necessário para o tratamento (e, conseqüentemente, o detentor do “destino da vida”), é hoje representada de forma horizontal, considerando, inclusive, a vontade e autonomia do paciente diante de sua própria vida. O paciente não mais se encontra numa posição de inferioridade e submissão, e sim em uma posição ativa diante da situação em que se encontra.

A revolução do “pensamento médico” iniciada em meados do Século XX, de forma retraída, ganhou força com o Iluminismo e consolidou-se na Segunda Guerra Mundial, alcançando *status* de norma jurídica pelo Código de Nuremberg, em 1947, e de norma ética médica, através da Declaração de Helsinque em 1964<sup>1</sup>. A possibilidade de prolongamento da vida através da tecnologia ensejou profundas discussões acerca do direito de morrer, vez que a morte passou a ser um evento planejado a partir do comando médico. A manutenção da vida de pacientes terminais única e exclusivamente por métodos artificiais, por vezes, viola o corpo e a dignidade do Ser Humano; intervir no curso natural da vida pode resultar em mais angústia, sofrimento e dor.

Diante disso, a Bioética apresenta-se como um novo campo de estudo jurídico-científico, considerando, de forma interdisciplinar, as opiniões dos profissionais da saúde, dos pacientes e seus familiares na tomada de decisões. No Brasil, a Bioética foi introduzida como área relevante ao conhecimento por volta de 1990 e, desde então, tem ganhado cada vez mais destaque, especialmente pela atenção dedicada aos princípios jurídicos da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, III, CF), da Proibição constitucional de tratamento desumano e degradante (art. 5º, III, CF) e da Autonomia da Vontade (implícito no art. 5º, CF).

Apesar de a Medicina propor-se finalisticamente à preservação da vida, sugere-se a reflexão acerca da existência de um “direito de morrer” ou, ainda, de um “direito de viver a própria morte”, ao considerar a remoção da dor e a promoção do bem-estar na fase terminal da vida. O presente trabalho pretende examinar a relevância das Diretivas Antecipadas de Vontade sob as óticas bioética e axiológica, bem como promover o debate acerca da normatização jurídica do Testamento Vital no País.

No primeiro capítulo, far-se-á a exposição do conceito, das formas e de alguns dos argumentos que embasam as Diretivas Antecipadas de Vontade como opção viável de manifestação de vontade, bem como a apresentação de uma breve diferenciação entre os institutos “Testamento Civil” e “Testamento Vital”. No segundo capítulo, conceituando e caracterizando especificamente o Testamento Vital, serão apresentados documentos nacionais e internacionais que o autorizam.

Por fim, no terceiro capítulo, o estudo centra-se em individualizar as práticas da eutanásia e da distanásia daquilo que se entende por “direito de morrer dignamente”: a ortotanásia. Através de entendimento jurisprudencial, acompanhado pelo aparato legal e constitucional do ordenamento jurídico brasileiro, bem como de

---

<sup>1</sup> PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico-paciente**. Coimbra: Coimbra Editora, 2004. p. 25-26.

leis internacionais, interpretadas por analogia, apresenta-se uma exploração casuística da realidade que se apresenta nos dias de hoje no Brasil, em especial, os Projetos de Lei em trâmite, cuja aprovação recompensaria todo o esforço da atual pesquisa.

O Direito, como Ciência Humana, não pode admitir que as leis não comportem interpretações distintas diante da evolução humana e tecnológica. O que se pretende, com o presente, não é a imposição legal de realização do Testamento Vital. Pelo contrário: pela explanação de sua validade e busca por uma legislação que discipline o tema, deseja-se seja dado a todos o direito de decisão sobre a realização ou não de tal registro, e em que momento e condições realizá-lo.

## 2 O DIREITO CIVIL BRASILEIRO E AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

### 2.1 CONCEITO E SURGIMENTO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

As Diretivas Antecipadas de Vontade originaram-se em 1967, a partir de indagações Louis Kutner, advogado norte-americano que, ao publicar um artigo sobre o direito de morrer, abominou a prática da eutanásia ao mesmo tempo em que defendeu a possibilidade de o próprio paciente manifestar-se acerca do término de sua vida, através de um documento juridicamente válido, quando constatada pela Medicina a irreversibilidade de um quadro clínico incapacitante. Kutner acreditava que, através desse documento, os anseios do paciente estariam sendo respeitados e, desde que observados os ditames legais e ético-profissionais, inexistiria a responsabilização civil e criminal dos médicos pela eventual morte dos pacientes. Tal documento compreende disposições sobre tratamentos médicos em geral, que precedem a incapacidade do paciente (tanto nos casos em que a incapacidade decorra da superveniência de estado de saúde terminal ou quando caracterize um estado transitório) e garantem a ele o arbítrio na tomada de decisões em relação a si próprio, enquanto em vida.

Para a realização do que chamou de *Living Will*, o autor estabeleceu alguns aspectos: (i) o paciente capaz deixaria escrita sua recusa a se submeter a determinados tratamentos quando o estado vegetativo ou a terminalidade fossem comprovados; (ii) a vontade manifestada pelo paciente no *Living Will* se sobreporia à vontade da equipe médica, dos familiares e dos amigos do paciente e o documento deveria ser assinado por, no mínimo, duas testemunhas; (iii) esse documento deveria ser entregue ao médico pessoal, ao cônjuge, ao advogado ou a um confidente do paciente; (iv) deveria ser referendado pelo Comitê do hospital em que o paciente estivesse sendo tratado; e (v) poderia ser revogado a qualquer momento antes de o paciente atingir o estado de inconsciência.<sup>2</sup>

Seguindo os parâmetros de Kutner, a Califórnia foi o primeiro estado americano a deparar-se com a necessidade real de legislar sobre o tema, dando origem ao *Natural Death Act* a partir do caso da jovem Karen Ann Quinlan (1975). Em 1980, o caso de Nancy Beth Cruzan tornou-se também paradigmático, ensejando a criação da Lei Federal *The Patient Self-Determination Act – PSDA*, aprovada em 1991.

---

<sup>2</sup> DADALTO, Luciana. **História do Testamento Vital**: entendendo o passado e refletindo sobre o presente. Disponível em: <<https://www.revistamirabilia.com/sites/default/files/medicinae/pdfs/med2015-01-03.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2018. p. 26.

O conceito de Diretivas Antecipadas de Vontade no Brasil foi introduzido pela Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina, definindo-as como “o conjunto de desejos, prévia 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”.<sup>3</sup>

A racionalidade do ser humano, acompanhada pela sua capacidade de manifestação possibilitam a realização de uma Diretiva Antecipada; o embate surge quando da falta de conhecimentos médicos que embasem tal manifestação de vontade. Embora a doutrina pretenda que as Diretivas Antecipadas de Vontade certifiquem a autonomia dos pacientes, trata-se de garantia restrita aos protocolos médicos e práticas clínicas.

## 2.2 FORMAS DE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

O Instituto Jurídico das Diretivas Antecipadas de Vontade é um gênero de manifestações prévias que se subdivide em Mandato Duradouro e Testamento Vital (ou biológico). Há ainda uma terceira categoria, chamada “Diretiva do centro médico avançado”, que engloba, em um único ato, as determinações de ambas as diretivas anteriormente citadas.

O Mandato duradouro (*Durable power of attorney for health care*) corresponde à sub-rogação da vontade do paciente a um ou mais mandatários para que surta efeitos somente no caso de incapacidade do mandante. Trata-se da instituição de um responsável legal para tomar decisões de saúde em seu nome, sendo, por analogia, aplicáveis as regras contidas no arts. 653; 654, §1º e 657, do Código Civil. A função do mandatário (também chamado de responsável legal ou curador para o cuidado de saúde) responde ao questionamento: “Quem vai agir como responsável pelo paciente?”. A tarefa inclui, entre outras, a verificação da compatibilidade entre a vontade do paciente e as iniciativas tomadas pela equipe médica, em um juízo substitutivo, tomando a decisão que melhor represente o desejo do paciente, bem como suprimindo eventuais lacunas. Embora não existam restrições neste sentido, recomenda-se que mandatário não seja um familiar, já que, quanto maior o envolvimento afetivo entre ele e o paciente, maior a carga psicológica e o fardo da decisão: nesses casos há uma queda percentual considerável na efetivação do mandato pelo curador e, conseqüentemente, da vontade do paciente (de 70% para 46%).<sup>4</sup>

O Testamento Vital é o documento previamente elaborado pelo paciente, com as estipulações de sua vontade médica (métodos aos quais deseja ou não ser submetido quando em estado terminal de saúde, em estado vegetativo persistente ou afetado por doença crônica incurável), referentes a tratamentos considerados infrutíferos para a melhora do estado de saúde em que se encontra. É a manifestação explícita da vontade do paciente, que reponde à pergunta: “Quais as

<sup>3</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Resolução nº. 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de agosto de 2012. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf)>. Acesso em: 06 abr. 2018.

<sup>4</sup> CLOTET, Joaquim. Reconhecimento e institucionalização da autonomia do paciente: um estudo da The Patient Self-Determination Act. **Revista Bioética**, v. 1, n. 2, 1993. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/494/311](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/494/311)>. Acesso em: 24 abr. 2018. p. 3.

providências a serem tomadas para um paciente incapacitado de exercer a autonomia, mas que em estado anterior de lucidez manifestou-se a respeito por meio de documento escrito?”<sup>5</sup>.

Em que pese a especificidade das previsões do Testamento Vital, o Mandato Duradouro admite considerações diante de variáveis não previstas pelo primeiro documento, ao passo que não há garantia de que o mandatário irá genuinamente posicionar-se conforme o desejo do mandante, senão sua honradez.

A Diretiva do Centro Médico Avançado (*Advance Care Medical Directive*) combina ambas os modelos supracitados. O paciente, instruído por um médico e acompanhado por familiares e/ou pessoas de sua confiança, elabora um documento escrito onde indica suas opções terapêuticas e, ainda, indica um procurador para que tome decisões, em seu nome, diante de problemas imprevistos, inspirado pelas convicções do próprio paciente. Na medida em que a vontade registrada pelo próprio paciente seja exígua é que os terceiros envolvidos nessa relação ganham poder de atuação.

### 2.3 A DISPOSIÇÃO DE VONTADE PELO TESTAMENTO E O TESTAMENTO VITAL

O Testamento Civil é um negócio jurídico unilateral, personalíssimo e indelegável, pelo qual o testador expressa sua última vontade em relação ao seu patrimônio. Trata-se de um instrumento com funções acautelatórias, na medida em que, tendo o agente capacidade para fazê-lo, e fazendo-o dentro dos limites legais, considera-se perfeito independentemente da ocorrência do óbito. Admite-se tanto a revogação *ad nutum* do testamento, quanto a alteração das disposições nele contidas.

A validade do Testamento é condicionada à morte, evento que rompe o domínio dos bens do testador e transfere à outra pessoa os direitos que lhe pertenciam. É a prática representativa do significado real da palavra “suceder”, qual seja, “vir após; seguir-se; substituir”.<sup>6</sup> Com a morte, extingue-se a personalidade do falecido, ao qual não mais serão atribuídos direitos e obrigações.

A legislação civil prevê como formas ordinárias o testamento público; o cerrado e o particular, e como extraordinárias, o marítimo; o aeronáutico e o militar. Nestes há a garantia de validade do documento pela impossibilidade de cumprimento das exigências formais, restando estas flexibilizadas para proteção dos interesses do testador. Embora tal documento, seja qual for a forma adotada, não se destine, em um primeiro momento, a este fim, o art. 1.857, §2º, do Código Civil não nega a validade do Testamento que contenha apenas disposições pessoais (tais como o reconhecimento de um filho, a nomeação de tutores ou de testamenteiro) ou a mera revogação de um testamento anteriormente feito.<sup>7</sup> Clório Erasmo Traesel afirma que o direito de liberdade atinente ao Testamento Civil encontra sua

---

<sup>5</sup> CLOTET, Joaquim. Reconhecimento e institucionalização da autonomia do paciente: um estudo da The Patient Self-Determination Act. **Revista Bioética**, v. 1, n. 2, 1993. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/494/311](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/494/311)>. Acesso em: 24 abr. 2018. p. 4.

<sup>6</sup> PRIBERAM DICIONÁRIO. **Suceder**. Disponível em: <<https://www.priberam.pt/dlpo/suceder>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

<sup>7</sup> RIZZARDO, Arnaldo. **Direito das sucessões**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

expressão máxima na possibilidade de escolha acerca do destino de seu patrimônio, inclusive, para depois de sua morte, e que a esse direito concedido não podem ser postas barreiras inibitórias. A autonomia da vontade se expressa exatamente nessa liberdade de disposição de bens, sejam eles patrimoniais ou não.<sup>8</sup>

Não obstante a previsão taxativa das figuras testamentárias pelo Código Civil, a doutrina, com base no direito de autodeterminação da pessoa, defende a utilização de Diretivas Antecipadas de Vontade. Por efeito da tradução literal da expressão americana *Living Will*, foi adotada no Brasil a terminologia “Testamento Vital” para designar as disposições acerca da vida e da morte, em termos médicos, preexistentes ao momento de incapacidade do paciente/testador, gerando efeitos ainda em vida (diferentemente dos efeitos *post mortem* do Testamento Civil).

A multiplicidade de significados da tradução da expressão *Living Will* nos países de língua latina ainda gera certa confusão. Os doutrinadores divergem sobre a utilização da expressão “Testamento Vital” por seu significado semântico, em que ora se traduz como verbo (“desejo de vida”), ora como substantivo (denotação ao testamento civil).

Embora distintos, é da similaridade entre o Testamento Civil e o Testamento Vital que se extrai a validade deste. Em observância aos ditames constitucionais brasileiros, é possível afirmar que uma pessoa, em pleno gozo de suas capacidades mentais, tem o direito de dispor de sua vida (assim como de seus bens) segundo a própria vontade. Também o tem aquele que se encontre em um momento de impossibilidade de manifestação (seja pelo acometimento de um estado permanente de inconsciência ou por um dano cerebral irreversível): para tanto, utilizam-se as Diretivas Antecipadas de Vontade.

Tratando-se especificamente do Testamento Vital, tema deste estudo, o objetivo é o registro da vontade do paciente para que prevaleça sobre toda e qualquer opinião contrária. O Testamento Vital corresponde a um documento de efeitos *erga omnes*, cujas disposições devem preexistir à manifestação da patologia, vedada a referência a procedimentos terapêuticos contraindicados ao caso ou já superados pelos estudos da Medicina, bem como a contrariedade ao ordenamento jurídico vigente.

Usufrui-se, por analogia, dos arts. 1.858; 1.860, caput; 1.861, do Código Civil para o Testamento Vital, que se caracteriza como negócio jurídico existencial, unilateral, personalíssimo e gratuito. O art. 107, CC, aduz que “a validade da declaração de vontade não dependerá de forma especial, senão quando a lei expressamente a exigir”. Não havendo previsão legislativa própria ao tema, a forma com que a Testamento Vital for realizado não é passível de declaração de nulidade, sendo a incerteza acerca de sua forma superada apenas pela precaução do testador em conformá-las às regras aplicáveis aos negócios jurídicos (em que pese seja livre a sua escolha).

Na relação contratual estabelecida, em que o paciente representa o próprio objeto do contrato, a obrigação de meio que se impõe ao médico requer a observância mínima do dever de dar conselhos a seus pacientes e o de cuidá-los com zelo e diligência. O Testamento Vital busca encontrar o equilíbrio entre a prática

---

<sup>8</sup> TRAESEL, Clório Erasmo. Considerações acerca do testamento na perspectiva da hermenêutica filosófica. In: BOECKEL, Fabrício Dani de; ROSA, Karin Regina Rick (Org.). **Direito sucessório**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 181-206. p. 201.

médica (e seu viés evolutivo e de manutenção da qualidade de vida) e as demandas bioéticas dos pacientes, alcançando, assim, efeitos lícitos.<sup>9</sup> Se ao indivíduo é dada a possibilidade de disposição patrimonial, e há o reconhecimento de que a vida é o seu bem maior e condição essencial para todos os outros direitos<sup>10</sup>, o entendimento aplicado ao Testamento Civil é extensível ao Testamento Vital, oportunizando ao paciente o direito de escolha sobre sua vida, ainda em vida.

### 3 DO TESTAMENTO VITAL E SUAS PECULIARIDADES GERAIS

#### 3.1 CONCEITO E CARACTERÍSTICAS DO TESTAMENTO VITAL

De acordo com Luciana Dadalto, o Testamento Vital é um documento por meio do qual um indivíduo capaz “manifesta seus desejos sobre suspensão de tratamentos, a ser utilizado quando o outorgante estiver em estado terminal, em EVP ou com uma doença crônica incurável, impossibilitado de manifestar livre e conscientemente sua vontade”<sup>11</sup>. Com base nesse conceito, diz-se que o Testamento Vital tem sua aplicação limitada a casos médicos específicos. Dá-se ao paciente a possibilidade de analisá-los de forma predecessora e de decidir sobre o seu destino.

Diante na norma constitucional garantidora da vida e daquela que autoriza a disposição sobre o próprio corpo (prevista no Código Civil), poder-se-ia falar na existência de uma antinomia. No entanto, tais normas devem ser interpretadas de forma complementar, levando em consideração a dupla possibilidade de classificação das situações jurídicas, em que as existenciais devem preponderar sobre as patrimoniais, “sendo o ser, em si” e não apenas “possuindo para si”.

A ciência médica ainda não se manifestou de forma definitiva acerca do conceito de doentes terminais, contudo, a constatação da terminalidade da vida não está diretamente relacionada à perda das características que garantem a legitimidade da expressão prévia de vontade de um paciente, quais sejam a capacidade civil e a consciência. Ainda sobre aos pacientes terminais, faz-se necessária a diferenciação entre pacientes conscientes, ou seja, totalmente autônomos para decidir e capazes de exteriorizar sua vontade atual; e pacientes inconscientes pois, ainda que temporária ou definitivamente impossibilitados de se manifestar, a eles é garantida a autonomia na tomada de decisões. Nesse último caso é que se reconhece a utilidade do Testamento Vital para que, sem a interferência dos familiares, a vontade real do paciente em relação à sua vida seja efetivada.

Inconscientes, porém afastados do risco de morte, estão os pacientes em estado vegetativo persistente (EVP). Em relação a eles, a especificidade que se reconhece é o fato de não estarem ligados a aparelhos ditos “vitais”, mas apenas à nutrição e hidratação artificiais (AHA), tema controverso entre os doutrinadores<sup>12</sup>.

Por fim, “doença crônica” é o termo médico utilizado para denominar toda a enfermidade sem chances de cura. Mesmo que sejam assintomáticas na maioria

<sup>9</sup> DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 648-649.

<sup>10</sup> DIAS, Maria Berenice. Testamento Vital. In: DIAS, Maria Berenice. **Manual das sucessões**. 3. ed., rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. 384-388. p. 384.

<sup>11</sup> DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015. p. 97.

<sup>12</sup> DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015. p. 33.

dos casos, e que não caracterizem um quadro emergencial, grande parte das doenças consideradas crônicas, geram episódios agudos de perigo e incômodo, capazes de provocar danos neurológicos irreversíveis e, conseqüentemente, a perda da consciência.

O objetivo principal do Testamento Vital é a percepção do real desejo do paciente em relação à sua própria vida; da convicção com a qual o documento foi firmado. Trata-se de um subsídio importantíssimo para as decisões que recaiam sobre médicos ou familiares (ou meramente para a aceitação da decisão do paciente), no que se refere à recusa de tratamentos invasivos desproporcionais, considerados absolutamente inválidos em termos de recuperação do *status quo ante* do paciente. O limite estabelecido para a declaração do paciente é, como já referido, a comprovação da prescindibilidade do tratamento.

A reflexão sobre a importância da saúde é geralmente provocada por sua perda ou diminuição. A morte é ainda considerada um tabu pela sociedade, que se atenta à possibilidade de falecimento somente nos casos de iminência, ainda que possa ocorrer também de forma rápida e superveniente. A ideia de legitimidade na interrupção da vida é composta de, pelo menos, quatro variáveis, associadas entre si: o tratamento médico deve atender ao paciente física, psíquica, espiritual e socialmente, de forma concomitante, para que propicie alívio da dor em parâmetros minimamente consideráveis. O aparato principiológico do Direito garante um cenário bastante protetivo às aspirações dos indivíduos, na medida em que propicia a documentação prévia da conduta a ser adotada por outrem quando tal não puder ser pessoalmente exteriorizada.

### 3.2 PRINCÍPIOS DO TESTAMENTO VITAL

A Declaração Universal dos Direitos Humanos expõe ser a saúde um direito do cidadão e um dever do Estado.<sup>13</sup> Já a Organização Mundial da Saúde (OMS), em um conceito mais aprofundado, diz ser a saúde “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.<sup>14</sup> Nesse sentido, a saúde não corresponde a um estado “estável”, capaz de manter-se por si só uma vez alcançado, e sim de uma análise conjunta e altamente subjetiva, vez que devem ser analisados o momento, o referencial e os valores que cada indivíduo atribui à situação em que se encontra.

Daury Cesar Fabris sustenta ser a vida o pressuposto e fundamento maior de todos os demais direitos existentes; um direito personalíssimo que significa integridade existencial. Sendo a vida um direito, seria, portanto, possível abdicar da vida em nome da integridade da existência. Não pode o Direito, como ciência de

---

<sup>13</sup> Art. XXV: “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle”. (ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2018.)

<sup>14</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). 1946. **Universidade de São Paulo**. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 21 maio 2018.

conteúdo altamente axiológico, deixar de reconhecer a necessidade de valorar a vida (e a morte) sob uma perspectiva mais ampla, certamente amparada pelo primordial princípio da Dignidade Humana. Conforme Fabris, o direito à vida não é absoluto, pois integra-se aos mais variados povos e, portanto, recebe interpretações diversas, em decorrência das diferentes percepções declaradas pelas culturas. No entanto, defende a absolutidade e inafastabilidade da Dignidade Humana, por ser o núcleo de onde irradia o *minimum* de qualidade de vida; o livre e saudável desenvolvimento da personalidade humana.<sup>15</sup>

A personalidade pode ser caracterizada como a individualidade de um sujeito, e recebe tutela tanto na esfera pública, quanto na esfera privada. Os direitos de personalidade, aos quais o direito à vida integra, servem de base para a Dignidade Humana. O grande avanço tecnológico e científico ocorrido nos últimos anos (em especial o avanço das ciências médicas) densifica de forma significativa os estudos acerca dos direitos de personalidade, na medida em que “se de um lado, trazem benefícios vários, de outro, potencializam riscos e danos a que podem estar sujeitos os indivíduos”.<sup>16</sup>

O princípio da Dignidade da Pessoa Humana impõe que na relação médico-paciente sejam sempre aplicados os tratamentos ordinários, capazes de amenizar a dor e de proporcionar bem-estar ao paciente. Por outro lado, existem tratamentos considerados extraordinários do ponto de vista curativo, e é justamente a eles que o Testamento Vital alcança, na medida em que o paciente tem o direito de renunciá-los em benefício de sua própria saúde: trata-se da autorização para a Suspensão de Esforço Terapêutico (SET), que pretende cessar a aplicação de terapêuticas vãs, caracterizadas pela inexistência de benefícios ao paciente, mesmo que tal atitude resulte no falecimento.

[...] se há dor, há que combatê-la. É função médica aliviar ao máximo o sofrimento, porque a função médica não é curar. É um objetivo a possível qualidade de vida do doente. E, para isso, há que se ter presente que o doente não representa apenas uma anomalia orgânica de que há de cuidar. É um todo, que é pessoa. A esse todo há que atender, de modo especial, na fase ultradelicada da terminalidade da vida.<sup>17</sup>

Márcio Bolda da Silva cita a “trindade bioética”, formada pelos três pontos de vista morais centrais que envolvem o estudo bioético. Começou por explicitar o princípio mais antigo da ética médica, qual seja o princípio da não-maleficência ou da beneficência (*primum non nocere*) que, como o próprio nome sugere, ressalta aos médicos o dever de não prejudicar seus pacientes, ficando “impelida a buscar o que é “bom” para o doente em relação à sua situação concreta”.<sup>18</sup> Como segundo ponto de vista, enumerou o princípio da Autonomia, alicerçada na ideia de autodeterminação do paciente; e, por fim, o princípio da Justiça, com viés mais

<sup>15</sup> FABRIS, Daury Cesar. **Bioética e direitos fundamentais**: a bioconstituição como paradigma ao biodireito. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003. p. 276.

<sup>16</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer**: eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015. p. 51.

<sup>17</sup> ASCENSÃO, José de Oliveira. A terminalidade da vida. In: MARTINS-COSTA, Judith; MÖLLER, Letícia Ludwig. (Org.). **Bioética e responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 423-445. p. 444.

<sup>18</sup> SILVA, Márcio Bolda da. **Bioética e a questão da fundamentação moral**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 102.

abrangente, vez que se volta ao “bem de terceiros”, em detrimento daquela visão mais individualista anteriormente exposta.

O princípio geral do *primum non nocere*, fonte e inspiração da beneficência ou, mais precisamente, da não maleficência, não é, em nosso entender, um preceito ético exclusivo da Medicina, nem um princípio de exigência para a ação ética, já que poderia levar o médico até mesmo à inércia total. É, antes de mais nada, um simples princípio de cautela, contenção, alerta e prudência que somente tem lugar como limites para a prática inspirada no princípio mais importante de servir, que obriga a ação.<sup>19</sup>

Paulo Antonio de Carvalho Fortes<sup>20</sup> afirma que a Autonomia Humana não é algo inato, e sim fruto da interferência das variáveis estruturais biológicas, psíquicas e socioculturais. Da mesma maneira com que se alcança tal autonomia, pode-se perdê-la ao longo da vida, transitória ou permanentemente, o que reduz de forma significativa a capacidade individual de compreensão, de deliberação e de escolha racional. A grande questão reside em torno da dificuldade de reconhecimento desta incapacidade pelos profissionais da saúde, na medida em que, em sua maioria, entendem que a (in)competência de uma pessoa deve ser atestada em relação a atos individualizados, e não de forma a atingir toda e qualquer ação.

O respeito pela autonomia da pessoa conjuga-se com o princípio da dignidade da natureza humana. Respeitar a pessoa autônoma pressupõe a aceitação do pluralismo ético-social, característico do nosso tempo; é reconhecer que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias quanto ao seu destino, e que é ela quem deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação, embasada em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando estes diverjam dos valores dos profissionais de saúde ou dos dominantes na sociedade. Afinal, cabe sempre lembrar que o corpo, a dor, o sofrimento, a doença, são da própria pessoa e que violar a autonomia significa tratar as pessoas como meios e não como fins em si mesmas.<sup>21</sup>

Sérgio Ibiapina F. Costa<sup>22</sup> sustentou, em respeito à Dignidade no sofrimento, que o limite da tolerabilidade da dor física e mental de cada indivíduo deve ser por ele estabelecido, em detrimento de quaisquer condenações morais, religiosas e jurídicas. Condenou a ideia de que morte pressupõe tortura ou violação da Dignidade Humana, o qual apontou como um dos direitos mais fundamentais do ser humano.

[...] nem sempre as expectativas do paciente e dos profissionais de saúde, perante à morte, serão coincidentes. Se, por um lado, é frustrante para o médico tomar conhecimento que o paciente recusou determinado tratamento sabendo que poderia salvar-lhe a vida ou mesmo prolonga-la, sentimento igual experimentará o paciente que sentirá marginalizado, ignorado ou simplesmente abandonado por aqueles que o assistem e lhe negam alívio imediato para o seu sofrimento. O conflito que se instala entre o paciente que deseja a morte e o médico que julga ter por dever ‘medicá-lo’

<sup>19</sup> ALMEIDA, Marcos de; MUÑOZ, Daniel Romero. A responsabilidade médica: uma visão ética. **Revista Bioética**, v. 2, n. 2, 1994. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/460/343](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/460/343)>. Acesso em: 28 abr. 2018.

<sup>20</sup> FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

<sup>21</sup> FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998. p. 39-40.

<sup>22</sup> COSTA, Sérgio Ibiapina F. Doutor, eu quero morrer. In: COSTA, Sérgio Ibiapina F.; DINIZ, Debora. **Bioética**: ensaios. Brasília: Letras Livres, 2001. p.155-158.

faz com que o primeiro se sinta extremamente isolado e incapaz, enquanto o outro se sentirá impotente diante das possibilidades triunfalistas que a medicina costuma lhe oferecer.<sup>23</sup>

Assim, se torna correto afirmar que o falecimento pode, de fato, representar o auge da saúde humana, eximindo-o de vivenciar certas dores e angústias que não podem ser afastadas em vida. Por vezes, é preferível abreviar uma vida dolorosa do que prolongá-la, inconsequentemente, para fazer valer os princípios pessoais e morais do médico em detrimento da vontade do paciente em relação a si mesmo.

O direito à informação é constitucionalmente assegurado (art. 5º, XIV, CF) e, em relação aos pacientes, deve guiar-se no sentido de aplicação da solidariedade, buscando entender os paradigmas que os circundam diante da possibilidade de encerramento da vida. Utilizar-se de medidas tecnológicas desproporcionais pode não ser a melhor opção. O Testamento Vital, na relação que estabelece, resguarda o médico e observa a Autonomia do paciente que, por não ter conhecimento técnico-científico suficiente, faz jus ao consentimento informado livre e esclarecido.

Os autores Maria de Fátima Freire de Sá e Diogo Luna Moureira reafirmam o preceito constitucional de direito à informação, que garante aos pacientes o direito de recebê-la de forma clara, porém solidária, preocupada em entender as dificuldades do final da vida humana. O que importa, nesse caso, é o *modus operandi* do repasse da informação ao paciente e seus familiares.<sup>24</sup> Nesse sentido, repelida a conduta omissiva, permite-se que o profissional da saúde exerça ação persuasiva, na tentativa de aconselhar o paciente (desde que isento de erro, dolo ou coação) a aceitar crenças, valores, atitudes e intenções, sem manipulação, prestando a informação clara e compatível com o grau de entendimento do paciente. O consentimento deve ser livre, esclarecido, renovável e revogável a qualquer tempo, por escolha e manifestação pessoal.<sup>25</sup>

O Código de Ética Médica<sup>26</sup> estabelece algumas proibições ao médico, sendo a ele vedado:

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

O Testamento Vital não se confunde com o consentimento informado, mas vai além deste. Trata-se de verdadeira disposição de vontade, em que a declaração do paciente, desde que não contrarie o ordenamento jurídico aplicável, tampouco o Código de Ética Médica, a torna efetiva. Como elementos estruturais para o

<sup>23</sup> COSTA, Sérgio Ibiapina F. Doutor, eu quero morrer. In: COSTA, Sérgio Ibiapina F.; DINIZ, Debora. **Bioética: Ensaios**. Brasília: Letras Livres, 2001. p.155-158. p. 156.

<sup>24</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015. p. 77-80.

<sup>25</sup> FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. Estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998. p. 51-55.

<sup>26</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Resolução nº. 1.931/09. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de outubro de 2009. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm)>. Acesso em: 06 abr. 2018.

consentimento informado, Rui Nunes enumera a competência; a comunicação; a compreensão; a voluntariedade e o consentimento, e explica:

Estes elementos são os blocos de construção para que o consentimento seja considerado válido. O agente presta um consentimento informado se for competente para agir, receber a informação completa, compreender essa mesma informação, decidir voluntariamente, e, finalmente, consentir a intervenção. O conceito de “competência” refere-se à capacidade para decidir autonomamente. Isto é, competência decisional. Pressupõe-se que o doente não apenas compreende a informação transmitida, mas é também capaz de efetuar um juízo independente de acordo com o seu sistema de valores.<sup>27</sup>

Como qualidades essenciais do Testamento Vital tem-se a contribuição para o empoderamento dos doentes e a facilitação do planejamento do momento da morte.<sup>28</sup> Pela ética da responsabilidade aplicada nos dias de hoje, o Testamento Vital ganha cada vez mais representatividade, na medida em que é documento capaz de comprovar a solidez contida na vontade individual do paciente. “O testamento vital é a expressão mais vincada da vontade previamente manifestada por parte do doente”.<sup>29</sup>

### 3.3 DOS DOCUMENTOS QUE AUTORIZAM O TESTAMENTO VITAL

#### 3.3.1 Encíclica Papal *Evangelium Vitae* (1995)

A Encíclica Papal *Evangelium Vitae*, escrita em 1995 pelo então Papa João Paulo II, posicionou-se diante de temas polêmicos e relevantes na época, sobretudo sobre a prática da eutanásia. A Encíclica em voga, ao definir a eutanásia, salientou para as características que a distinguem do “excesso terapêutico”: na medida em que a renúncia a tratamentos desproporcionais e incapazes de reverter o quadro de saúde seria a solução menos gravosa ao paciente e seus familiares diante de um caso de morte iminente, tal prática seria aceita pelo entendimento moral católico. Frisa-se o fato de que essa aceitação somente prevalece nos casos em que a morte não é algo pelo qual o paciente busca, e sim cuja ocorrência apresente-se de forma natural.

Se a vida não representa um bem disponível ao seu titular, também não o representa a quaisquer outros sujeitos, de forma que a imposição do prolongamento da vida em detrimento da vontade do paciente configura um tecnicismo social e eticamente irresponsável.<sup>30</sup> Em respeito à substancial importância da alteridade, o

<sup>27</sup> NUNES, Rui. **Diretivas antecipadas de vontade**. Brasília, DF: CFM / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2016. p. 100. Disponível em: <[https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/01/diretivas\\_antecipadas\\_de\\_vontade\\_-\\_rui\\_nunes.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/01/diretivas_antecipadas_de_vontade_-_rui_nunes.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2018.

<sup>28</sup> NUNES, Rui. **Diretivas antecipadas de vontade**. Brasília, DF: CFM / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2016. p. 109. Disponível em: <[https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/01/diretivas\\_antecipadas\\_de\\_vontade\\_-\\_rui\\_nunes.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/01/diretivas_antecipadas_de_vontade_-_rui_nunes.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2018.

<sup>29</sup> NUNES, Rui. **Diretivas antecipadas de vontade**. Brasília, DF: CFM / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2016. p. 106. Disponível em: <[https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/01/diretivas\\_antecipadas\\_de\\_vontade\\_-\\_rui\\_nunes.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/01/diretivas_antecipadas_de_vontade_-_rui_nunes.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2018.

<sup>30</sup> PITHAN, Livia Haygert. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressuscitação”**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 85.

juízo social que se percebe diante da ponderação jurídica acerca do Testamento Vital não pode prevalecer sobre a adoção do posicionamento mais adequado ao paciente.

### 3.3.2 Resoluções do Conselho Federal de Medicina

A Resolução 1.805/2006<sup>31</sup> do Conselho Federal de Medicina proporcionou aos médicos, mediante autorização do paciente ou familiar, a prática a ortotanásia, ou seja, da limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos extraordinários que prolonguem a vida do doente, porém, mediante a manutenção da assistência médica paliativa de forma integral, evitando o aumento da dor e sofrimento.

Foi a partir da Resolução nº. 1.995/2012<sup>32</sup> que as Diretivas Antecipadas de Vontade foram positivadas (ainda que com eficácia normativa restrita, vez que se trata de uma norma administrativa que vincula apenas a classe médica), eximindo o profissional tanto de processos administrativos de natureza ética, quanto da responsabilidade penal – a consolidação do entendimento dessa última hipótese se deve ao reconhecimento da distinção entre os conceitos de ortotanásia e eutanásia.

### 3.3.3 A Ação Civil Pública n. 0001039-86.2013.4.01.3500

A Ação Civil Pública nº. 0001039-86.2013.4.01.3500<sup>33</sup>, movida em face do Conselho Federal de Medicina pelo Ministério Público Federal, pleiteou a suspensão da aplicação da Resolução 1.995/2012, alegando sua inconstitucionalidade, pela violação de alguns preceitos fundamentais inerentes a todos os indivíduos, bem como a incompetência verificada na intenção de superar a falha legislativa existente. Em sede liminar, o pedido foi acolhido. Posteriormente, sem o escopo de estabelecer formalidades para a efetivação das D.A.V. e limitando-se a estabelecer apenas a necessidade de registro da vontade no prontuário médico, a Resolução atacada, em sentença proferida em fevereiro de 2014, foi considerada constitucional e legalmente redigida, permanecendo válida. Corroborou com tal decisão, ainda, a possibilidade de investigação da vontade do paciente junto a familiares quando esta não tenha sido expressa e/ou registrada previamente.

<sup>31</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Resolução nº. 1.805/2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de novembro de 2006. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm)>. Acesso em: 06 abr. 2018.

<sup>32</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Resolução nº. 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de agosto de 2012. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf)>. Acesso em: 06 abr. 2018.

<sup>33</sup> GOIÁS. Tribunal Regional Federal. Primeira Vara do Estado de Goiás. **Ação Civil Pública nº. 1039-86.2013.4.01.3500**. Julgador: Eduardo Pereira da Silva. j. 21 fev. 2014. Disponível em: <[https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?trf1\\_captcha\\_id=6834321d3dbe4fa0387f2a4e9bc1e4ad&trf1\\_captcha=st83&enviar=Pesquisar&proc=10398620134013500&secao=GO](https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php?trf1_captcha_id=6834321d3dbe4fa0387f2a4e9bc1e4ad&trf1_captcha=st83&enviar=Pesquisar&proc=10398620134013500&secao=GO)>. Acesso em: 19 abr. 2018.

### 3.3.4 I Jornada de Direito da Saúde

O enunciado de nº. 37, aprovado na I Jornada de Direito da Saúde, realizada em 2014, representa importante referencial interpretativo para eventuais demandas relacionadas às Diretivas antecipadas de vontade.<sup>34</sup>

Apesar de seu efeito não vinculante (em que pese sua grande valia), Luciana Dadalto ressalta a falta de conhecimento técnico utilizado para a redação do enunciado. Primeiramente, salienta a distinção entre diretivas e declarações antecipadas de vontade, sendo estas sinônimo de Testamento Vital, espécie daquele gênero. Por conseguinte, entre outros aspectos, o enunciado restringe o conteúdo da D.A.V. apenas a tratamentos médicos, ponto já superado pela doutrina (vez que admite, por exemplo, tratativas sobre o enterro), sem estabelecer o prazo de validade do documento.

Mais uma vez, depara-se com o lapso legal: forma-se um círculo vicioso entre a falta legislativa e a ausência de proposições válidas e construtivas para o aperfeiçoamento do tema, bem como de estudos aprofundados sobre a temática. As proposições existentes, hoje, em termos de Diretivas Antecipadas de Vontade, por não terem força imponente, acabam, na prática, representando direitos individuais que parecem utópicos; irreais.

### 3.3.5 Jornadas de Direito Civil

As Jornadas de Direito Civil surgiram no Brasil por iniciativa de Ruy Rosado de Aguiar, na época Ministro do Superior Tribunal de Justiça. Baseando-se na experiência argentina, pela vigência de um novo Código Civil a partir de 2002 e, principalmente, pela exiguidade de doutrina e pela controvérsia gerada acerca da nova legislação, as Jornadas passaram a representar um espaço de debate e de esclarecimento, na medida em que os enunciados aprovados figuram como conclusão doutrinária sobre determinados dispositivos.

Concernentes ao tema ora em estudo, a V Jornada, realizada em 2011, aprovou o enunciado nº. 528, referente aos arts. 1.729, parágrafo único, e 1.857 e, posteriormente, como resultado da VI Jornada, o enunciado nº. 533, alusivo ao art. 15, C.C. Mostra-se bastante coerente a utilização do instituto do Testamento Civil como correspondente técnico-científico ao Testamento Vital (ressalvadas as peculiaridades de cada um deles), favorecendo a desmistificação do assunto enquanto não for tipificado.

## 4 DA POSSIBILIDADE DE INTRODUÇÃO DO TEMA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

### 4.1 PREVISÕES LEGAIS E JURISPRUDENCIAIS ACERCA DO “DIREITO DE MORRER”

<sup>34</sup> Enunciados Aprovados na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça Em 15 de Maio de 2014. JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE, 1., 2014, São Paulo. **Enunciados ...** 2014. Disponível em: <[http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS\\_APROVADOS\\_NA\\_JORNADA\\_DE\\_DIREITO\\_DA\\_SAÚDE\\_%20PLENRIA\\_15\\_5\\_14\\_r.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAÚDE_%20PLENRIA_15_5_14_r.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2018.

A morte é o desfecho natural; é um acontecimento que pertence ao ciclo da existência. No ordenamento jurídico brasileiro, a liberdade para decidir sobre a própria saúde encontra respaldo constitucional<sup>35</sup> nos arts. 1º, III, e art. 5º, II, III, VI, VIII e X, e legal, pelos arts. 13, 14 e 15, do Código Civil<sup>36</sup>. A questão da autonomia, sob a ótica existencial, é enfrentada pelo Direito como uma construção ilimitada, vez que a análise do caso concreto é que delimita a possibilidade de atuação das liberdades fundamentais de cada ser humano.

Analisando os termos utilizados na redação dos arts. 13 e 15 do Código Civil, observam-se traços paternalistas: as expressões “salvo por exigência médica” e “com risco de vida” evidenciam a exigência legal de condições para a perfectibilização do direito de autorregulamentação do paciente. Utilizando-se do exercício hermenêutico de interpretação, apenas aqueles que se encontram com risco de vida poderiam abdicar de tratamento médico ou intervenção cirúrgica, sendo tais tratamentos, portanto, cogentes em todos os outros casos. A noção de paternalismo legal, no entanto, vem sendo substituída pela consolidação da Autonomia da Vontade, principalmente no que tange a saúde como direito fundamental, fazendo com que os médicos considerem o arbítrio do paciente em todas as suas decisões – desde a anamnese até o procedimento a ser adotado – e, da mesma forma, também o faça o Poder Público.

Assim como a Autonomia Humana, a análise da dignidade atinente à morte transcende à análise puramente pessoal: requer a relativização do processo, através da análise coligada não apenas dos aspectos pessoais, espirituais e científicos, mas principalmente da questão jurídico-social. Não se trata de ignorar a importância da proteção da vida, e sim de contrapesá-la com outros princípios de ampla relevância, dando espaço a novas compreensões.

Diante disso, argumenta-se sobre a legitimidade do poder de escolha do Ser Humano diante da conjuntura que a ele se apresenta, posto que a mesma situação, por mais parecida que seja, nunca ocorre duas vezes e, ainda que ocorresse, não é recebida por todos com a mesma intensidade e significado. Deve-se prestigiar de forma grandiosa o princípio maior: a Dignidade da Pessoa Humana e seu poder de autodeterminação.

#### 4.2 DA ORTOTANÁSIA E DO TESTAMENTO VITAL

A Autonomia da Vontade é um princípio que se encontra limitado aos ditames legais. A eutanásia é caracterizada como a morte sem dor, da forma mais suave possível. “É a morte provocada em paciente vítima de forte sofrimento e doença incurável, motivada por compaixão”<sup>37</sup>. É prática que requer motivação humanística. Oposto a ela, entende-se por distanásia o prolongamento artificial do processo de morte, causando sofrimento ao doente em razão da obstinação terapêutica (tratamento e/ou tecnologia), sem a devida atenção em relação ao ser humano. É uma ocasião em que se prolonga a agonia, artificialmente, mesmo que a expectativa

<sup>35</sup> BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.

<sup>36</sup> BRASIL. Lei nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/Leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Leis/2002/L10406.htm)>. Acesso em: 22 jun. 2018.

<sup>37</sup> BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. O testamento vital ou biológico e sua possibilidade no Brasil. In: HIRONAKA, Giselda Fernandes Novaes; TARTUCE, Flávio; SIMÃO, José Fernando (Coord.). **Direito de família e das sucessões: temas atuais**. São Paulo: Método, 2009. p. 551-569. p. 561.

e conhecimentos médicos não prevejam possibilidade de cura ou melhoria do estado em que se encontra o paciente.<sup>38</sup> A extensão da vida por meios artificiais representa, em inúmeros casos, também o prolongamento da doença e dos reflexos dela no corpo humano.

Historicamente, a Ética Médica Brasileira demonstra a adoção de comportamentos distanásicos, perceptíveis através de três paradigmas principais e consecutivos: 1) o científico-tecnológico, representado por um esforço absoluto para o prolongamento da vida; 2) o comercial-empresarial, que utiliza o poder aquisitivo do paciente como parâmetro para os esforços médicos, optando-se pela distanásia (quando há lucro para profissionais e hospitais) ou pela eutanásia; e, por fim, 3) o paradigma da benignidade humanitária e solidária, que procura um meio-termo entre matar e procrastinar a morte, oportunizando a morte digna ao paciente.<sup>39</sup>

A distanásia, no sentido original da expressão, liga-se precipuamente aos dois primeiros paradigmas supracitados. O terceiro, por sua vez, representa uma mudança de comportamento ligada aos médicos, com um viés maior de Medicina para os doentes do que para as doenças, contexto em que se insere a ortotanásia - verificada nas situações em que o paciente já se encontra em um processo natural de morte e que, através da contribuição médica, permite-se a experimentação da morte de forma suave e indolor. Em outras palavras, a ortotanásia caracteriza-se pela omissão na manutenção da vida por mecanismos que a prolongam de maneira artificial e fútil, atitude cuja prática recai exclusivamente sobre a figura do médico. Entendida por alguns autores como “eutanásia passiva”, a ortotanásia qualifica-se pela suspensão de um tratamento já existente ou pela não iniciação de tratamento em razão de uma enfermidade ou complicação intercorrente.<sup>40</sup>

A ortotanásia representa a não interferência humana no processo de morte. Para a legitimidade de sua aceitação, não é necessária a certeza inequívoca acerca da inexistência de reversão do quadro clínico, bastando a alta probabilidade. Embora ínfimas as chances, não se pode descartar a possibilidade de o corpo humano estender a vida ou reverter, por si só, a situação em que se encontra o paciente. Não representa uma afronta à inviolabilidade da vida, vez que o direito de escolha sobre submeter-se ou não a tratamento, é assegurado pela garantia constitucional de liberdade.<sup>41</sup>

Apesar da existência de um dever jurídico de assistência à saúde, a Medicina não pode ser vista como um fim em si mesma, e sim como uma possibilidade de adoção de recursos terapêuticos capazes de proporcionar ao paciente uma melhora significativa, em detrimento das práticas vazias de propósito. Para a garantia da dignidade do paciente, a ciência médica deve ser valorada de outra forma que não a manutenção da vida a qualquer custo. “O direito à vida inclui o direito de não ser

<sup>38</sup> BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal do direito comparado. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (Org.). **Biodireito: ciência da vida, os novos desafios**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. p. 283-305. p. 286-287.

<sup>39</sup> PESSINI, Léo. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. In: LEITE, Eduardo de Oliveira (Coord.). **Grandes temas da atualidade: bioética e biodireito**. Rio de Janeiro: Forense, 2004. p. 251-277.

<sup>40</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015. p. 87.

<sup>41</sup> DIAS, Maria Berenice. Testamento Vital. In: DIAS, Maria Berenice. **Manual das sucessões**. 3. ed., rev, atual, e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. 384-388. p. 386.

tratado como objeto, além do direito em ter suas opções e vontades atendidas – entre elas a escolha pelo limite da intervenção médica sem perspectivas de benefícios”.<sup>42</sup>

No Brasil, as práticas de eutanásia e suicídio assistido são contrárias à legislação, pois representam a morte diretamente ligada à ação ou omissão do médico, ainda que com o consentimento do paciente. Já os cuidados paliativos representam com muita perspicácia a ortotanásia, e são o grande alicerce sobre o qual o Testamento Vital deve ser construído. Como sinônimo de efetiva qualidade de vida, eles vêm sendo empregados na atualidade de maneira crescente, não no sentido de apressar ou postergar a morte, e sim na tentativa de proporcionar ao paciente enfermo, durante a vida que lhe resta, uma morte plena de sentido, compatível com sua biografia e notória vontade (em termos médicos, denominada kalotanásia).

Trata-se de uma abordagem interdisciplinar, antagônica ao desamparo do paciente, vez que surge como uma solução entre este extremo e o outro – o da obstinação terapêutica. Foca-se na garantia de alívio da dor daquele que a sente (voltando esforços também aos cuidadores e pessoas próximas)<sup>43</sup>, mas não apenas a isso: busca a verdadeira qualidade de vida do paciente, considerando o que, para ele, é o real sentido da expressão; seu conceito subjetivo.

Mesmo constatada a terminalidade da vida e, para os casos em que tomado pela incapacidade de manifestação, a Autonomia do paciente pode ser resguardada através de um Testamento Vital que, em regra, prevalecerá sobre qualquer outra manifestação em sentido contrário. Apesar disso, os médicos não estão integralmente vinculados ao conteúdo das Diretivas Antecipadas - por certo, a elaboração de um documento formal de determinação de vontade sem a nomeação de um mandatário (como é o caso do Testamento Vital), por mais completo, não é capaz de abranger todas as circunstâncias fáticas que podem se apresentar – é por isso que, em caso de lacunas ou omissões, estão os médicos autorizados ao uso de suas preferências terapêuticas. Em observância ao Código de Ética Médica Brasileiro, permite-se a *objeção de consciência*<sup>44</sup>, entendida como a possibilidade de recusa dada ao médico quanto à realização da vontade do paciente, caso em que, justificadamente, deverá encaminhá-lo aos cuidados e responsabilidade de outro médico.

Diante da possibilidade de judicialização de ação cível, penal ou administrativa (perante o Conselho de Ética Médica) para responsabilização do profissional quando da violação dos direitos do paciente (arts. 12; 186 e 927 do

<sup>42</sup> PITHAN, Livia Haygert. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressucitação”**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 84.

<sup>43</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015. p.188-190.

<sup>44</sup> Capítulo I, inciso VII – “O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”.

Capítulo IV – É vedado ao médico: Art. 28. “Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade”. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Resolução nº. 1.931/09. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de outubro de 2009. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm)>. Acesso em: 06 abr. 2018).

Código Civil, e arts. 1º, III e 5º, X, da Magna Carta), discute-se acerca da segurança jurídica. Ocorre que, ulterior à proteção do paciente está, como função secundária atribuída ao Testamento Vital, a proteção do médico, havendo o afastamento da possibilidade de responsabilização civil e criminal dos atos por ele praticados, em virtude da documentação da vontade livre do doente, expressa de forma prévia.<sup>45</sup> Contudo, o Testamento Vital não afasta a antijuridicidade da conduta eutanásica ou de auxílio ao suicídio, por força dos artigos 121 e 122 do Código Penal vigente, nem de qualquer outra instrução divergente da legalidade.

Mostra-se essencial a promulgação de uma lei sobre o Testamento Vital para solver o conflito entre a liberdade garantida aos médicos e a Autonomia dos pacientes, embora dela não dependa sua eficácia imediata, por tratar-se de um direito fundamental, constitucionalmente assegurado.

#### 4.3 MODELOS INTERNACIONAIS: A ANALOGIA

Muitos países ao redor do mundo já possuem legislação específica ou análoga ao Testamento Vital. Apesar de sua acolhida pela jurisprudência brasileira, o tema ainda precisa ser aprimorado, e elevado ao *status* de lei federal, garantindo segurança jurídica aos interessados. Sendo assim, necessária se faz a observação de alguns modelos internacionais, como fonte de conhecimento e análise tanto da eficácia do Instituto, quanto de sua viabilidade diante do ordenamento jurídico pátrio.

Nos Estados Unidos, a Lei Federal que versa sobre o tema (*The Patient Self-Determination Act – PSDA*), válida desde 1991, instituiu que os hospitais têm o dever de informar seus pacientes, no momento de sua admissão, sobre seu direito de aceitar ou recusar tratamento<sup>46</sup>, que, quando lúcidos e capazes, poderão autodeterminar-se por meio de qualquer das Diretivas Antecipadas de Vontade. O Testamento Vital deve ser feito perante duas testemunhas independentes e só adquire validade após 14 (quatorze) dias, contados da data de sua realização. É um documento revogável a qualquer tempo e com validade limitada a cinco anos. No momento de sua utilização, o estado terminal do paciente deve ser verificado e atestado por, pelo menos, dois médicos, sendo suspensa sua validade durante o período gestacional. O desrespeito às disposições contidas no Testamento Vital motiva sanções disciplinares ao responsável pelo descumprimento.<sup>47</sup>

Além do Testamento Vital, outros documentos de registro da vontade do paciente são igualmente válidos no território Americano, quais sejam *Advance Medical Care Directive*; *Value History*; *Combine Directive* e *Physician Orders for Life-Sustaining Treatment* (POLST).

O pioneirismo Holandês em relação à tutela dos direitos de pacientes terminais é internacionalmente reconhecido: em 1995, o “*Act on the medical treatment contract*” embasou o reconhecimento jurídico das Diretivas Antecipadas de Vontade, através de seu registro no Código Civil. A legislação restringiu-se apenas à

<sup>45</sup> DIAS, Maria Berenice. Testamento Vital. In: DIAS, Maria Berenice. **Manual das sucessões**. 3. ed., rev, atual, e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. p. 384-388. p. 385.

<sup>46</sup> DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 419.

<sup>47</sup> BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal do direito comparado. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (Org.). **Biodireito: ciência da vida, os novos desafios**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. p. 283-305.

previsão de aspectos gerais, não havendo protocolo específico para o registro da vontade do paciente. O acolhimento legal da prática da eutanásia no país não se confunde com as “*nontreatment directives*” (diretivas sobre renúncia de tratamento), nas quais se exige informação e consentimento, além de capacidade, adquirida a partir dos 16 (dezesseis) anos de idade. Apesar da regra geral de validade da autodeterminação apenas para a maioria, na Holanda, de forma inovadora, é possível que o indivíduo com idade igual ou superior a 12 (doze) anos manifeste-se quanto ao afastamento da responsabilidade de seu representante legal em relação a decisões médico-hospitalares.

A *Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina* é o primeiro documento internacional, juridicamente válido, no campo dos estudos bioéticos. Produzido pelo Conselho da Europa e aberto à assinatura dos Estados membros em Oviedo (Espanha) em 4 de Abril de 1997, foi assinado por 35 (trinta e cinco) países e ratificado por 29 (vinte e nove) dos países signatários. Objetivou a garantia de direitos fundamentais aos indivíduos no que tange às aplicações da Biologia e da Medicina, entre os quais, o direito à informação, o consentimento e a vontade anteriormente manifestada. Apesar de originado no contexto Europeu, o texto expresso na Convenção impulsionou a superveniência do interesse e bem-estar do paciente sobre o interesse da sociedade. Legislaram sobre o Testamento Vital, a partir de então, Porto Rico, em 2001; Bélgica e Espanha, em 2002; Inglaterra, França e País de Gales, em 2005; Áustria, em 2006; México, em 2008; Alemanha, Argentina e Uruguai, em 2009 e Portugal, em 2012. A Itália, apesar de signatária da Convenção de Oviedo, ainda não possui legislação, apenas projetos em trâmite. A União Europeia já editou três publicações oficiais sobre o tema: *Reccomendation 1418*, em 1999; *Reccomendation CM/Rec*, em 2009 e *Resolution 1859*, em 2012. Ainda, em países como Bélgica, Suíça e Holanda, em que a eutanásia representa uma prática legalizada, o paciente pode referir-se a tal como uma opção viável nos casos em que realizado o Testamento Vital.

Influenciado pelos pensamentos do filósofo Hans-Martin Sass, o Centro para Ética Médica da Universidade de Bochum, Alemanha, formulou um modelo diferenciado para a realização do Testamento Vital: a partir da apresentação de casos hipotéticos de enfermidades e falecimento (demência, prognóstico infausto, alimentação artificial, respiração por aparelhos, coma prolongado, doença crônica grave e suicídio), com abordagem narrativa, pacientes e familiares indicariam suas convicções e valores, imaginando-se no lugar do outro e conservando sua identidade pessoal sem a interferência dos sentimentos momentâneos. A análise dos dados possibilitaria aos médicos a tomada da decisão mais acertada diante da situação concreta.

A formulação do Testamento Vital Alemão através da técnica da “identidade narrativa” busca o posicionamento, de forma ampla, em relação à continuidade da vida, à dor, à hospitalização e ao acompanhamento da morte. Além disso, oportuniza a reflexão sobre três diferentes aspectos, quais sejam: 1) o didático, pois evita que o testador esteja emocionalmente afetado em seu posicionamento; 2) o hermenêutico, fazendo com que o testador analise os fatos expostos a partir de sua visão existencial atual; e, por fim, 3) o cultural, em que a “anamnese de valores”, com base no pluralismo ideológico, promove o modelo da tolerância entre os

indivíduos.<sup>48</sup> O *Patientenverfügungen*, instituto análogo às Diretivas Antecipadas, passou a fazer parte do ordenamento jurídico alemão em 2009, quando introduzido ao Código Civil.

No ano de 2012, Portugal aprovou a Lei nº. 25, estabelecendo a necessidade de registro das Diretivas Antecipadas de Vontade perante um notário, através do Registro Nacional de Testamento Vital (RENTEV). Não há a exigência de testemunhas para tal registro e a indicação de médicos que tenham auxiliado na elaboração do documento é facultada, mas requer a concordância dos profissionais. Em detrimento da natureza revogável das Diretivas Antecipadas, no país ficou estabelecido que após o transcurso de 5 (cinco) anos, o documento deverá ser renovado, caso o paciente deseje que sua vontade continue a ser observada: dessa forma, espera-se que as disposições do paciente se adaptem às novas tecnologias desenvolvidas pela Medicina, diminuindo consideravelmente as chances de obsolescência do registro.

No que concerne ao contexto brasileiro relativamente ao Testamento Vital, a carência legislativa verificada não é empecilho para seu acolhimento. No entanto, a ausência de orientação formal pré-fixada resulta na consumação de um criterioso registro à manifestação de vontade do paciente, buscando afastar ao máximo as chances de anulação pelo Poder Judiciário, bem como garantir a incontestabilidade do documento. A razoabilidade dos Testamentos Vitais no Brasil (assim como em todos os outros sistemas que o recepcionam) compreende a realização de um documento aberto, do qual a família, o procurador e os médicos tenham conhecimento e possam intervir quando constatada alguma lacuna.

Atualmente, são aceitas as manifestações prévias de vontade realizadas de quatro formas distintas, quais sejam: 1) escritura pública, realizada em cartório; 2) declaração por meio de documento particular; 3) declaração feita diretamente ao médico, com registro no prontuário e assinatura do paciente, ou ainda, 4) uma simples folha de papel assinada.<sup>49</sup> Uma vez constatada a falta de registro acerca das Diretivas Antecipadas, reconhece-se a validade de testemunhos para a realização da vontade do paciente – nesses casos, imprescindível será o ajuizamento de uma ação. Apesar da ampla segurança jurídica garantida à forma escrita das declarações prévias, admite-se que possam ser realizadas também por outros meios em direito admitidos.

Em regra, os maiores de 18 (dezoito) anos de idade não interditos podem instruir de forma válida um Testamento Vital, considerando seu correto discernimento acerca dos fatos. Tal afirmativa induz ao pensamento de que somente a capacidade de fato seria suficiente para proteger a validade das declarações de vontade, contudo, a capacidade civil não pode ser confundida com a efetiva capacidade do paciente; constatável ao momento da declaração pelo médico. Em alguns casos, ainda que juridicamente capaz, o paciente poderá invalidar sua declaração, por exemplo, pelo simples uso de medicamentos que retirem sua capacidade de discernimento, afetando suas capacidades mentais e sua Autonomia para tomar decisões de maneira racional.

---

<sup>48</sup> KRESS, Hartmut. **Ética médica**. São Paulo: Edições Loyola, 2008. p. 302-305.

<sup>49</sup> RIBEIRO, Diaulas Costa. **Um novo testamento**: testamentos vitais e diretivas antecipadas. Disponível em: <[http://www.ibdfam.org.br/\\_img/congressos/anais/12.pdf](http://www.ibdfam.org.br/_img/congressos/anais/12.pdf)>. Acesso em: 27 abr. 2018. p. 8.

Tanto pode o autor do documento indicar termo inicial e final de eficácia da declaração, quanto definir condições suspensivas e/ou resolutivas. Apesar disso, sustenta-se a necessidade de estabelecimento de um prazo legal de validade ao registro, não no sentido de invalidar a vontade do paciente, e sim de perfectibilizá-la, atualizando-a diante do surgimento de novos medicamentos e tecnologias disponíveis para o tratamento. É possível pensar que esse surgimento possa ocorrer não apenas para o que se considera terapia extraordinária, podendo ocorrer também ordinariamente, o que poderia ser objeto de recusa do paciente. Dessa forma, chegar-se-ia o mais próximo possível da realização da vontade do manifestante, em detrimento da inutilização da diretiva, vez que restariam imprecisas e obsoletas.<sup>50</sup>

Orienta-se a realização mediante consulta a médicos e advogados, capacitados a instruir o paciente. A necessidade de subscrição por duas testemunhas é ainda controversa: em caso positivo, as testemunhas devem ser completamente desinteressadas na morte do declarante, não podendo ser parentes, herdeiras ou legatárias. No entanto, a assinatura pelo mandatário (nos casos em que o mandato duradouro seja utilizado de forma subsidiária ao Testamento Vital) é uníssona para a aceitação do encargo. Seja a declaração pura ou substitutiva, sempre deverá representar a vontade do paciente.

Acerca do conteúdo, várias são as possibilidades a serem suscitadas, como, por exemplo, a escolha por cuidados meramente paliativos (ainda que resulte em falecimento); a proibição ou permissão de visitas no lugar onde o paciente está sendo tratado – seja no ambiente hospitalar ou domiciliar, à sua livre escolha -, a designação de um ou mais representantes para atuar alternativa, sucessiva ou conjuntamente ao Testamento Vital; a definição de um caminho interpretativo de sua manifestação de vontade (um comitê, um órgão, uma obra, um grupo ideológico, uma doutrina etc.)<sup>51</sup>. Entretanto, não há possibilidade de recusa a tratamentos paliativos, atendendo, como reais garantidores, ao princípio da Dignidade Humana e ao direito à morte digna.

#### 4.4 CASUÍSTICA

##### 4.4.1 Julgamentos do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul

O Tribunal gaúcho proferiu decisão na Apelação Cível de nº. 70054988266<sup>52</sup>, a qual representa, em tese, o primeiro caso concreto a enfrentar o tema do Testamento Vital no Brasil. Trata-se de uma ação movida no ano de 2013, pelo Ministério Público, em desfavor de um idoso em estado crítico de saúde, cujo quadro de necrose do pé esquerdo expunha-o a risco de morte por infecção generalizada. O Ministério Público requereu em juízo que a vontade do paciente, contrária à amputação do membro, fosse suprida por meio de um Alvará Judicial de autorização à amputação para, assim, resguardar-lhe a vida.

Documentos juntados aos autos atestaram que o paciente estava em plena consciência quando de sua manifestação, apesar de seu quadro depressivo. Assim,

<sup>50</sup> DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015. p. 102.

<sup>51</sup> DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 567.

<sup>52</sup> RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Primeira Câmara Cível. Apelação Cível nº 70054988266. Rel. Des. Irineu Mariani. j. 20 nov. 2013. **Diário da Justiça**, Porto Alegre, 27 nov. 2013. Disponível em: <[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/download/exibe\\_documento\\_att.php?numero\\_processo=70054988266&ano=2013&codigo=2051055](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/download/exibe_documento_att.php?numero_processo=70054988266&ano=2013&codigo=2051055)>. Acesso em: 13 jul. 2018.

o juízo *a quo* entendeu por indeferir o pedido, argumentando sobre a liberdade de escolha do idoso acerca de seu próprio corpo, bem como sobre sua consciência em relação às consequências de suas escolhas, ainda que pudessem resultar em seu falecimento.

Irresignado, o Ministério Público apresentou apelação fundamentada no inviolável direito à vida e na incapacidade do idoso em tomar decisões concisas, em razão da depressão. O Tribunal julgador reconheceu tratar-se de um caso de ortotanásia e, restringindo-se à análise do plano constitucional, afirma que a vida, em relação ao seu titular, não é um dever, tampouco representa um direito absoluto. O princípio da dignidade humana e o direito à vida, conjugados, garantem “vida com dignidade ou razoável qualidade”.

Citando alguns documentos atinentes ao tema e analisando os requisitos do Testamento Vital listados na Resolução nº. 1995/2012, CFM, (decisão anterior à fase crítica; consciência plena e manifestação de prevalência de sua vontade em relação à vontade dos médicos e familiares), o Tribunal, por unanimidade, negou provimento ao apelo.

Alguns equívocos doutrinários podem ser apontados na fundamentação do julgamento, sendo o mais significativo deles o fato de que, apesar do acometimento por doença crônica incurável, o estado de consciência e lucidez do paciente no momento da tomada de decisão caracteriza uma manifestação atual, e não antecipada de vontade, não se podendo falar, portanto, em Testamento Vital. Apesar disso, honrosa a postura decisória ao observar os princípios da Autonomia da Vontade e da Dignidade Humana que recaem sobre um indivíduo diante de tais circunstâncias, acompanhados da ideia de cuidados paliativos.

Condizente postura já havia sido adotada pelo Tribunal, e assim se manteve, reconhecendo a Autonomia da Vontade seja nos casos de incapacidade do paciente, seja quando este esteja lúcido e consciente acerca de seu estado de saúde (a exemplo, a Apelação Cível de nº. 70042509562<sup>53</sup> e o Agravo de Instrumento nº 70065995078<sup>54</sup>). Os casos jurisprudenciais apresentados, entre tantos outros, indicam a aquiescência aos preceitos do Testamento Vital, e a ampla possibilidade de sua aceitação pelo Tribunais de Justiça, havendo vasta probabilidade de repercussão positiva no tocante à inserção do tema no ordenamento jurídico brasileiro.

#### 4.4.2 Aplicação prática

Em 2012, quando realizada a Resolução nº. 1.995 – CFM, o Colégio Notarial do Brasil catalogou apenas 167 (cento e sessenta e sete) registros de Testamento Vital. Em 2015, esse número cresceu para 548 (quinhentos e quarenta e oito) em

<sup>53</sup> RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Vigésima Primeira Câmara Cível. Apelação Cível nº 70042509562. Rel. Des. Armínio José Abreu Lima da Rosa. j. 01 jun. 2011. **Diário da Justiça**, Porto Alegre, 22 jun. 2011. Disponível em: <[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/download/exibe\\_documento\\_att.php?numero\\_processo=70042509562&ano=2011&codigo=951188](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/download/exibe_documento_att.php?numero_processo=70042509562&ano=2011&codigo=951188)>. Acesso em: 13 jul. 2018.

<sup>54</sup> RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Primeira Câmara Cível. Agravo de instrumento nº 70065995078. Rel. Des. Sergio Luiz Grassi Beck. j. 03 set. 2015. **Diário de Justiça**, Porto Alegre, 10 set. 2015. Disponível em: <[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/download/exibe\\_documento\\_att.php?numero\\_processo=70065995078&ano=2015&codigo=1541387](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/download/exibe_documento_att.php?numero_processo=70065995078&ano=2015&codigo=1541387)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

todo o país, sendo os estados com maior número de registros São Paulo, Mato Grosso e Rio Grande do Sul.

Uma reportagem publicada em Maio de 2017<sup>55</sup>, cinco anos após tal Resolução, expôs aspectos sobre a inutilização do documento, apresentando como principal justificativa a falta de regulamentação legal e o conseqüente receio quanto a insegurança jurídica. Yussif Ali Mere Junior, presidente da FeHosp (Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo) à época, afirmou que “muitos médicos não sabem como proceder diante de um pedido do doente para que não seja submetido a procedimentos dolorosos e invasivos em sua hora final”.

Nessa mesma publicação, a médica geriatra e paliativista Ana Cláudia Arantes expôs que o receio de ser judicialmente processado (e eventualmente punido) nada mais é do que um meio de fuga ao enfrentamento dos questionamentos em relação aos últimos instantes de vida e ao óbito propriamente dito. Disse desconhecer casos em que médicos foram processados pelos familiares por respeitarem as diretrizes formalizadas e entende que o medo dos médicos, em verdade, deveria se dar em relação a processos contra a tortura e sofrimentos ocasionados pela inobservância da vontade expressa dos pacientes. Nesse mesmo sentido, Walter Osswald, médico português especialista em Bioética, afirma ter a morte se tornado um tema obscuro<sup>56</sup>; indigno de ser tratado abertamente, quando em verdade os esclarecimentos que a morte requer não se centram em depressões ou doenças incuráveis, e sim na inevitabilidade que a circunda, calcada no direito de informação ao qual faz jus o paciente.

Diante disso, resta demonstrado que a lacuna legislativa sobre o tema afeta tanto os médicos, quanto os pacientes. A falta de conhecimento e interesse do polo profissional da relação, resulta no descrédito dos pacientes ao Documento. Tãmanha é a insegurança referida que alguns brasileiros questionam a proibição legal à eutanásia no Brasil.

Fundada em 1998, a *Dignitas* é uma organização suíça que pretende, sem escopo comercial, auxiliar seus membros nas questões de fim de vida, sobretudo na consumação do suicídio assistido. Um levantamento realizado em 2012 constatou que, dos mais de 6.000 (seis mil) associados, 10 (dez) eram brasileiros. A Revista *Época*<sup>57</sup> entrevistou quatro deles e os depoimentos expressam, antes de mais nada, o desejo de ver garantida sua Dignidade e Autonomia no fim da vida.

Sob o ponto de vista dos médicos, enquanto pessoas, em reportagem publicada pela Revista *Veja*<sup>58</sup> sobre o Testamento Vital, foram divulgados depoimentos cujo conteúdo, em síntese, expressa a vontade de morrer sem maiores desconfortos físicos e mentais. As disposições expostas vão desde a abdicação a

<sup>55</sup> DOENTES terminais: testamento vital não é aplicado após 5 anos. **O tempo**, [S.l.], 23 maio 2017. Disponível em: <<https://www.otempo.com.br/capa/brasil/testamento-vital-n%C3%A3o-%C3%A9-aplicado-ap%C3%B3s-5-anos-1.1477272>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

<sup>56</sup> PEREIRA, Ana Cristina. “A morte tornou-se obscena e por isso não se fala nela”. **Jornal Público**, 20 set. 2018. Disponível em: <<https://www.publico.pt/2018/09/20/sociedade/perfil/a-morte-tornouse-obscena-e-que-por-isso-nao-se-fala-nela-1844602>>. Acesso em: 28 set. 2018.

<sup>57</sup> PONTES, Felipe. Depoimentos de brasileiros que se inscreveram na clínica especializada em morte. **Revista Época**, 23 jun. 2012. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/vida/noticia/2012/06/depoimentos-de-brasileiros-que-se-inscreveram-na-clinica-especializada-em-morte.html>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

<sup>58</sup> LOPES, Adriana Dias; CUMINALE, Natalia. O direito de escolher. **Veja**, São Paulo, ano 45, n. 37, p. 98-106, 12 set. 2012.

cuidados como alimentação e hidratação até tratativas sobre o abismo financeiro que a obstinação terapêutica pode acarretar aos entes sobrevividos.

Walter Osswald<sup>59</sup>, assumidamente contrário ao suicídio assistido; à eutanásia e, principalmente, à obstinação terapêutica, alerta que nem sempre esta é praticada exclusivamente por médicos, sendo corriqueiras as situações em que as famílias, ao manifestarem grande afeto pelo paciente, manifestam o desejo irracional de manutenção da vida a qualquer custo. O que se percebe, portanto, é que a vinculação dos brasileiros ao modelo ofertado pela *Dignitas*, advém da vulnerabilidade a qual estão expostos pela legislação brasileira. Na prática, aos brasileiros associados à *Dignitas*, independe o modo adotado, bastando, para tanto, que sejam garantidos seus direitos enquanto autônomos diante de suas próprias vidas.

A médica Ana Cláudia Arantes, em outra oportunidade<sup>60</sup>, disse considerar de grande valia a discussão jurídica acerca da regulamentação do Testamento Vital, porém, imprescindível a contribuição médica para a efetividade do documento, não apenas em termos legais, mas para elucidações compatíveis ao direito de informação e por todo o acompanhamento a qual o paciente é submetido em seus últimos instantes de vida. Sugeriu<sup>61</sup>, como ponto de partida para a realização de um Testamento Vital, alguns questionamentos, pensados com base no modelo aventado pela Organização Americana *Compassion & Choices*, pelo que propõe uma reflexão profunda acerca da hipótese de realização de um Testamento Vital para si ou, ainda, sobre a anuência de sua realização por pessoas próximas.

#### 4.4.3 Projetos De Lei

Proposto em 03/04/2018 pelo Senador Lasier Martins, o Projeto de Lei do Senado (nº. 149) pretendeu regulamentar as Diretivas Antecipadas de Vontade, dispondo limites para sua elaboração, direitos e deveres de médicos e pacientes.<sup>62</sup> Buscou, a exemplo de outros países, suprir a lacuna legislativa quanto ao tema de forma congruente à tendência mundial, dando maior efetividade aos princípios da Dignidade Humana e Autonomia dos pacientes, sobretudo daqueles que se encontrem em fase terminal e impossibilitados de se manifestar de forma consciente e atual.

Paralelamente discutiu-se, por iniciativa do Senador Pedro Chaves, no Projeto de Lei nº. 7/2018, a possibilidade de isentar de penalidade criminal a não realização de tratamentos ou procedimentos previamente recusados.<sup>63</sup> Acerca de tal

<sup>59</sup> PEREIRA, Ana Cristina. “A morte tornou-se obscena e por isso não se fala nela”. **Jornal Público**, 20 set. 2018. Disponível em: <<https://www.publico.pt/2018/09/20/sociedade/perfil/a-morte-tornouse-obscena-e-que-por-isso-nao-se-fala-nela-1844602>>. Acesso em: 28 set. 2018.

<sup>60</sup> ARANTES, Ana Cláudia. O Papel da Vida na Compreensão da Morte. In: **UM NOVO OLHAR SOBRE A MORTE**. 2018, Porto Alegre. Palestra UFSCPA, 04 ago. 2018.

<sup>61</sup> LOPES, Adriana Dias; CUMINALE, Natalia. O direito de escolher. **Veja**, São Paulo, ano 45, n. 37, p. 98-106, 12 set. 2012. p. 106.

<sup>62</sup> BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 149 de 2018**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde. Brasília, DF, 03 abr. 2018. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

<sup>63</sup> BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 7 de 2018**. Dispõe sobre os direitos dos pacientes em serviços de saúde; altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para isentar do crime de omissão penalmente relevante a falta de instituição de suporte de vida ou a não realização de tratamento ou procedimento médico recusados; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de

proposição, Lasier Martins afirma que “[...] o respeito à manifestação do paciente consagra o princípio da Autonomia da Vontade, inclusive nessa delicada fase da vida, consagrando a liberdade individual e aperfeiçoando nosso modelo de assistência à saúde”.<sup>64</sup> Assim, propôs alterações ao texto, buscando uniformizar ambos os projetos em trâmite. Em maio do mesmo ano, o Senador Paulo Rocha propôs o Projeto de Lei do Senado n°. 267, retirando-o em agosto por economia processual, já que ambas as enunciações continham a mesma tônica.

Por fim, o PLS n°. 149/2018 foi distribuído à Senadora Lídice da Mata, para que emitisse relatório, o qual foi recebido com voto em favor da aprovação do projeto, nos moldes do texto substitutivo que apresentou: incorporou ambos os projetos apresentados neste ano em um só texto, mais abrangente e aperfeiçoado. Não há dúvidas de que a aprovação do Projeto de Lei ora em trâmite, caso ocorra, oportunizará maior divulgação e (re)conhecimento do tema pela população, sendo este o primeiro passo para efetivação de direitos constitucionais básicos. Há de se considerar que, a partir dele, abrir-se-á espaço para a pesquisa científica com concreto alicerce e, conseqüentemente, para o aperfeiçoamento das diretrizes; para que as discussões e dúvidas evoluam na mesma medida dos avanços médicos e das situações de vida e morte que se apresentem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O princípio da Inviolabilidade da Vida, elencado como Direito Fundamental na Constituição Federal, apresenta-se como a premissa maior de todo o ordenamento jurídico brasileiro. Nesse princípio basilar, do qual emanam outros princípios igualmente essenciais para garantia da vida, sustenta-se o princípio da Autonomia da Vontade como resultado direto e primordial da Dignidade da Pessoa Humana.

Entende-se que a morte, assim como a vida, representa um direito. O viés com que cada indivíduo analisa a morte varia conforme suas crenças, aspirações e modo de vida. No contexto médico, não cabe ao Estado, tampouco aos profissionais da área, a imposição de uma terapia não desejada quando as práticas clínicas ou cirúrgicas a serem adotadas não garantam a possibilidade de superação da doença ou, ao menos, uma evolução considerável ao estado de saúde do paciente.

A Inviolabilidade da Vida, no entanto, não é algo absoluto: requer ponderação entre os princípios e legislação pertinentes em contraponto com as consequências das decisões tomadas. Ainda que tais decisões resultem em falecimento, é garantido ao paciente o direito de abdicar (inclusive de forma prévia) de tratamentos médicos extraordinários em favor de seu conforto e bem-estar; e aos médicos, a proteção jurídica quanto à observação dos interesses do paciente seguindo os ditames éticos da profissão. A renúncia a tratamentos médicos excessivos, diferentemente do que se possa cogitar, não afirma que para aquele indivíduo a vida

---

agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências, para proibir a reutilização de produtos para a saúde descartáveis. Brasília, DF, 03 fev. 2018. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132125>>. Acesso em: 02 out. 2018.

<sup>64</sup> FRANÇA, Pedro. Pacientes terminais poderão recusar procedimentos de suporte de vida. **Senado Notícias**, 26 jun. 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/07/26/pacientes-terminais-poderao-recusar-procedimentos-de-suporte-de-vida>>. Acesso em: 02 out. 2018.

tem menos valor, podendo, de outro modo, significar que, para ele, a vida só tem sentido se digna; se vivida em condições de ser desfrutada.

O estudo realizado pretendeu ressaltar a necessidade de observância às Diretivas Antecipadas de Vontade dos indivíduos no tocante às situações de terminalidade de vida que possam se manifestar, considerando a abrangência de vários princípios do ordenamento civil-constitucional (sobretudo a Dignidade Humana e a Autonomia da Vontade), bem como os princípios bioéticos de Beneficência e Justiça. Como ambições precípua da introdução do Testamento Vital na legislação brasileira estão a concretização da autodeterminação do paciente e o respeito ao “direito de morrer dignamente”, somados à segurança jurídica que a documentação da vontade trará aos profissionais da área médica.

Considerando que a incapacidade do testador vital é a condição *sine qua non* para a eficácia do Testamento Vital, cumpre reconhecer o aspecto limítrofe entre o encerramento precoce da vida (eutanásia) e a obstinação terapêutica (distanásia), garantindo o preceito de Inviolabilidade da Vida dentro de limites legais e pessoais, nos quais se inclui a ortotanásia – morte natural e indolor, sem interferências supérfluas. Nessa concepção, a ideologia dos cuidados paliativos pretende propiciar aos pacientes uma experiência agradável diante da decisão tomada, com respeito à sua Dignidade e Autonomia, seja qual for o estágio vital em que se encontre.

Sendo a vida uma condição efêmera, urge a concretização legal do Testamento Vital no Brasil, para difundir o tema e propiciar sua realização pelos interessados, garantindo a segurança jurídica dos pacientes e dos profissionais da saúde. O acolhimento do Testamento Vital pelo ordenamento jurídico brasileiro não torna a vida um direito disponível, apenas transforma tal direito, nas situações de terminalidade ou de irreversibilidade do quadro clínico fático, em um consectário de valorização dos interesses subjetivos do paciente.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcos de; MUÑOZ, Daniel Romero. A responsabilidade médica: uma visão ética. **Revista Bioética**, v. 2, n. 2, 1994. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/460/343](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/460/343)>. Acesso em: 28 abr. 2018.

ARANTES, Ana Cláudia. O Papel da Vida na Compreensão da Morte. In: **UM NOVO OLHAR SOBRE A MORTE**. 2018, Porto Alegre. Palestra UFSCPA, 04 ago. 2018.

ASCENSÃO, José de Oliveira. A terminalidade da vida. In: MARTINS-COSTA, Judith; MÖLLER, Letícia Ludwig. (Org.). **Bioética e responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 423-445.

BARBOZA, Heloisa Helena; BARRETO, Vicente de Paulo (Org.). **Temas de biodireito e bioética**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal do direito comparado. In: SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (Org.).

**Biodireito:** ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. p. 283-305.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. O testamento vital ou biológico e sua possibilidade no Brasil. In: HIRONAKA, Giselda Fernandes Novaes; TARTUCE, Flávio; SIMÃO, José Fernando (Coord.). **Direito de família e das sucessões:** temas atuais. São Paulo: Método, 2009. p. 551-569.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 fev.1997. Seção 1, p. 2191. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9434.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434.htm)>. Acesso em 19 jun. 2018.

BRASIL. Lei nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/Leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Leis/2002/L10406.htm)>. Acesso em: 22 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação e Ciência. **Saúde.** [S.l.: S. n., S.d.]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2018.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 149 de 2018.** Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde. Brasília, DF, 03 abr. 2018. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 7 de 2018.** Dispõe sobre os direitos dos pacientes em serviços de saúde; altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para isentar do crime de omissão penalmente relevante a falta de instituição de suporte de vida ou a não realização de tratamento ou procedimento médico recusados; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências, para proibir a reutilização de produtos para a saúde descartáveis. Brasília, DF, 03 fev. 2018. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132125>>. Acesso em: 02 out. 2018.

CLOTET, Joaquim. Reconhecimento e institucionalização da autonomia do paciente: um estudo da The Patient Self-Determination Act. **Revista Bioética**, v. 1, n. 2, 1993. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/494/311](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/494/311)>. Acesso em: 24 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Resolução nº. 1.805/2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente,

garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de novembro de 2006. Disponível em:

<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm)>. Acesso em: 06 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Resolução nº. 1.931/09. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de outubro de 2009. Disponível em:

<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm)>. Acesso em: 06 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Resolução nº. 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de agosto de 2012. Disponível em:

<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf)>. Acesso em: 06 abr. 2018.

COSTA, Sérgio Ibiapina F. Doutor, eu quero morrer. In: COSTA, Sérgio Ibiapina F.; DINIZ, Debora. **Bioética: Ensaio**. Brasília: Letras Livres, 2001. p.155-158.

DADALTO, Luciana. **História do Testamento Vital**: entendendo o passado e refletindo sobre o presente. Disponível em:

<<https://www.revistamirabilia.com/sites/default/files/medicinae/pdfs/med2015-01-03.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

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

DIAS, Maria Berenice. Testamento Vital. In: DIAS, Maria Berenice. **Manual das sucessões**. 3. ed., rev, atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. 384-388.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

DOENTES terminais: testamento vital não é aplicado após 5 anos. **O tempo**, [S.l.], 23 maio 2017. Disponível em: <<https://www.otempo.com.br/capa/brasil/testamento-vital-n%C3%A3o-%C3%A9-aplicado-ap%C3%B3s-5-anos-1.1477272>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

Enunciados Aprovados na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça Em 15 de Maio de 2014. JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE, 1., 2014, São Paulo. **Enunciados ...** 2014. Disponível em:

<[http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS\\_APROVADOS\\_NA\\_JORNADA\\_DE\\_DIREITO\\_DA\\_SAUDE\\_%20PLENARIA\\_15\\_5\\_14\\_r.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENARIA_15_5_14_r.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2018.

FABRIS, Daury Cesar. **Bioética e direitos fundamentais**: a bioconstituição como paradigma ao biodireito. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos.** São Paulo: EPU, 1998.

FRANÇA, Pedro. Pacientes terminais poderão recusar procedimentos de suporte de vida. **Senado Notícias**, 26 jun. 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/07/26/pacientes-terminais-poderao-recusar-procedimentos-de-suporte-de-vida>>. Acesso em: 02 out. 2018.

KRESS, Hartmut. **Ética médica.** São Paulo: Edições Loyola, 2008.

LOPES, Adriana Dias; CUMINALE, Natalia. O direito de escolher. **Veja**, São Paulo, ano 45, n. 37, p. 98-106, 12 set. 2012.

MOTA PINTO, Carlos Alberto da. Teoria geral do direito civil. Coimbra: Coimbra, 1996. p. 206 apud GOVÊA, Maurício. A Morte Encefálica e sua repercussão no Direito. In: BARBOZA, Heloisa Helena; BARRETO, Vicente de Paulo (Org.). **Temas de biodireito e bioética.** Rio de Janeiro: Renovar, 2001. p. 155-191.

NUNES, Maria Inês; ANJOS, Márcio Fabri dos. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 2, maio/ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/06.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2018.

NUNES, Rui. **Diretivas antecipadas de vontade.** Brasília, DF: CFM / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2016. p. 106. Disponível em: <[https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/01/diretivas\\_antecipadas\\_de\\_vontade\\_-\\_rui\\_nunes.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/01/diretivas_antecipadas_de_vontade_-_rui_nunes.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2018.

ONUBR. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). 1946. **Universidade de São Paulo.** Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>>. Acesso em: 21 maio 2018.

PEREIRA, Ana Cristina. “A morte tornou-se obscena e por isso não se fala nela”. **Jornal Público**, 20 set. 2018. Disponível em: <<https://www.publico.pt/2018/09/20/sociedade/perfil/a-morte-tornouse-obscena-e-que-por-isso-nao-se-fala-nela-1844602>>. Acesso em: 28 set. 2018.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico-paciente.** Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

PESSINI, Léo. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. In: LEITE, Eduardo de Oliveira (Coord.). **Grandes temas da atualidade: bioética e biodireito.** Rio de Janeiro: Forense, 2004. p. 251-277.

PITHAN, Livia Haygert. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressucitação”**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

PONTES, Felipe. Depoimentos de brasileiros que se inscreveram na clínica especializada em morte. **Revista Época**, 23 jun. 2012. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/vida/noticia/2012/06/depoimentos-de-brasileiros-que-se-inscreveram-na-clinica-especializada-em-morte.html>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

PRIBERAM DICIONÁRIO. **Suceder**. Disponível em: <<https://www.priberam.pt/dlpo/suceder>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

RIBEIRO, Diaulas Costa. **Um novo testamento: testamentos vitais e diretivas antecipadas**. Disponível em: <[http://www.ibdfam.org.br/\\_img/congressos/anais/12.pdf](http://www.ibdfam.org.br/_img/congressos/anais/12.pdf)>. Acesso em: 27 abr. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Primeira Câmara Cível. Agravo de instrumento nº 70065995078. Rel. Des. Sergio Luiz Grassi Beck. j. 03 set. 2015. **Diário de Justiça**, Porto Alegre, 10 set. 2015. Disponível em: <[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/download/exibe\\_documento\\_att.php?numero\\_processo=70065995078&ano=2015&codigo=1541387](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/download/exibe_documento_att.php?numero_processo=70065995078&ano=2015&codigo=1541387)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Primeira Câmara Cível. Apelação Cível nº 70054988266. Rel. Des. Irineu Mariani. j. 20 nov. 2013. **Diário da Justiça**, Porto Alegre, 27 nov. 2013. Disponível em: <[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/download/exibe\\_documento\\_att.php?numero\\_processo=70054988266&ano=2013&codigo=2051055](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/download/exibe_documento_att.php?numero_processo=70054988266&ano=2013&codigo=2051055)>. Acesso em: 13 jul. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Vigésima Primeira Câmara Cível. Apelação Cível nº 70042509562. Rel. Des. Armínio José Abreu Lima da Rosa. j. 01 jun. 2011. **Diário da Justiça**, Porto Alegre, 22 jun. 2011. Disponível em: <[http://www1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/download/exibe\\_documento\\_att.php?numero\\_processo=70042509562&ano=2011&codigo=951188](http://www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/download/exibe_documento_att.php?numero_processo=70042509562&ano=2011&codigo=951188)>. Acesso em: 13 jul. 2018.

RIZZARDO, Arnaldo. **Direito das sucessões**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

RIZZARDO, Arnaldo. **Introdução ao direito e parte geral do código civil**. 8. ed. rev., ampl. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido, diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

SILVA, Márcio Bolda da. **Bioética e a questão da fundamentação moral**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

TRAESEL, Clório Erasmo. Considerações acerca do testamento na perspectiva da hermenêutica filosófica. In: BOECKEL, Fabrício Dani de; ROSA, Karin Regina Rick (Org.). **Direito sucessório**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 181-206.