

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**SETOR DE CIÊNCIAS JURÍDICAS**

**FACULDADE DE DIREITO**

**PAULO HENRIQUE PEDRINI MUZEKA**

**TESTAMENTO VITAL:**

Diálogo Transdisciplinar entre a Dignidade na Morte e as Declarações Prévias  
de Vontade

**CURITIBA**

**2015**

PAULO HENRIQUE PEDRINI MUZEKA

TESTAMENTO VITAL:

Diálogo Transdisciplinar entre a Dignidade Humana na Morte e as Declarações  
Prévias de Vontade

Monografia apresentado como requisito parcial para obtenção de formação profissional específica e para colação de grau da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Paraná.

Professor Orientador: Dr. Elimar Szaniawski

Curitiba

2015

# TERMO DE APROVAÇÃO

PAULO HENRIQUE PEDRINI MUZEKA

## **TESTAMENTO VITAL: Diálogo Transdisciplinar entre a Dignidade na Morte e as Declarações Prévias de Vontade**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção de Graduação no Curso de Direito, da Faculdade de Direito, Setor de Ciências jurídicas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



*ELIMAR SZANIAWSKI*  
Orientador

---

Coorientador



*JOSÉ ANTONIO PERES GEDIEL*  
Primeiro Membro



*GABRIEL SCHULMANN - Direito Civil e Processual Civil*  
Segundo Membro

Dedico o presente trabalho a toda minha família, e em especial aos meus pais, José Paulo e Genoveva, e à minha irmã, Ana Luiza; por todo o apoio moral, compreensão e amor incondicional. Porque sem tudo isso eu não seria quem sou, nem teria chegado onde estou. Muito obrigado!

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente não posso deixar de agradecer aos meus pais, José Paulo e Genoveva por me incentivarem a abandonar o comodismo e perseguir os objetivos que são tão caros ao meu ser.

Também não poderia esquecer de expressar minha gratidão à minha irmã, Ana Luiza, que mesmo sendo tão diferente de mim, consegue me aceitar e respeitar do modo que sou. Espero que possa lhe servir de exemplo em sua vida pessoal e profissional.

Gostaria de agradecer profundamente a todos os professores que já passaram por minha vida estudantil, pois todos abdicaram de suas vidas pessoais para me ofertar o bem mais valioso que se pode ter. E que uma vez adquirido não pode mais ser perdido.

Quero também agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Elimar Szaniawski, pela oportunidade de ter presenciado seus ensinamentos e que extrapolam o mero conteúdo acadêmico, e servem de exemplo para conviver com os altos e baixos do cotidiano.

Por fim, não poderia jamais esquecer daqueles que estiveram comigo diariamente durante esses cinco anos do curso de Direito, que sempre me fizeram rir mesmo nos momentos menos animadores, e tornaram esta longa jornada mais humana. Fica aqui o meu agradecimento à André Sefrin (Dark), André Tottene, Clóvis Pinho, Donizete Arruda, Eduardo Löewen, Evandro Vinícius e Fabrício Lima. Espero que a amizade de vocês se prolongue para além das escadarias da Santos Andrade.

*Não sou obrigado a vencer,  
mas tenho o dever de ser verdadeiro.*

*Não sou obrigado a ter sucesso,  
mas tenho o dever de corresponder à luz que tenho*

Abraham Lincoln

## RESUMO

O fenômeno da morte, apesar de sempre intrigar as pessoas, nunca foi compreendido uniformemente ao longo da história. Mostra-se como uma relação de inconstantes aceitações e negações, tanto por parte do moribundo quanto daqueles que o cercam. Se na Idade Média observávamos uma postura de maior conformismo diante dos momentos finais de um indivíduo, não se pode dizer o mesmo quanto na atualidade. Nesse sentido, paradigmática foi a evolução da ciência médica que, apesar de acrescentar muitos anos à expectativa de vida dos cidadãos, acabou por tolher a dignidade e autonomia dos pacientes e seus leitos de morte. Por conta disso, a partir de meados do século passado tem-se intensificado o debate em torno de questões como o direito à morte digna e autônoma, de onde o Testamento Vital ganha especial destaque como um instrumento que torna público os desejos finais de um indivíduo e vincula a equipe médica e membros da família sobre quais tratamentos proceder na hipótese de superveniência de um estado de incapacidade decisória. Tanto a doutrina quanto a jurisprudência brasileiras são carentes no assunto e atualmente discute-se se mera resolução do Conselho Federal de Medicina é normativa suficiente para dar conta da aplicabilidade deste instituto.

Palavras-Chave: Testamento Vital; Morte Digna; Autodeterminação;

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2. ANÁLISE MULTIDISCIPLINAR ACERCA DA MORTE</b> .....	9
2.1. ENTRE A MORTE DOMADA E A MORTE SELVAGEM.....	10
2.2. A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA COMO REGRA OU O PATERNALISMO MÉDICO.....	13
2.3. AÇÕES MÉDICAS DIANTE DA TERMINALIDADE DA VIDA E SUA INTERPRETAÇÃO JURÍDICA .....	15
2.3.1. EUTANÁSIA .....	16
2.3.2. ORTOTANÁSIA.....	18
2.3.3. SUICÍDIO ASSISTIDO .....	21
<b>3. PRINCÍPIOS INFORMADORES NA TERMINALIDADE DA VIDA</b> .....	22
3.1. DIGNIDADE HUMANA.....	23
3.2. AUTONOMIA EXISTENCIAL OU AUTODETERMINAÇÃO .....	26
3.3. DIREITO À MORTE DIGNA .....	27
<b>4. DAS DECLARAÇÕES PRÉVIAS DE VONTADE OU DO TESTAMENTO VITAL</b> .....	30
4.1. QUESTÕES TERMINOLÓGICAS .....	31
4.2. CONCEITOS DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E SUAS IMPLICAÇÕES.....	32
4.3. NATUREZA JURÍDICA DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE .....	34
4.4. FORMA DO TESTAMENTO VITAL.....	37
4.5. CONTEÚDO DO TESTAMENTO VITAL .....	37
4.6. DA VALIDADE DO TESTAMENTO VITAL.....	39
4.7. PROCURAÇÃO PARA CUIDADOS DE SAÚDE .....	42
4.8. A EXPERIÊNCIA ESTRANGEIRA COMO EXEMPLO A SER ANALISADO.....	42
4.9. DA (DIFICULDADE) DE APLICAÇÃO DO INSTITUTO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO BRASIL.....	46
<b>5. CONCLUSÕES</b> .....	48
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	50
<b>ANEXO A – RESOLUÇÃO 1.805/2006 CFM</b> .....	54
<b>ANEXO B – RESOLUÇÃO 1.995/2012 CFM</b> .....	61
<b>ANEXO C – MODELO DE TESTAMENTO VITAL</b> .....	67



## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como base metodológica a pesquisa a obras bibliográficas e artigos científicos, elaborados em sua maioria pela doutrina nacional, bem como pautou-se na consulta à legislação pátria e regramento infra legal regulador da profissão médica, tendo como objetivo o estudo do instituto denominado testamento vital, ou declarações prévias de vontade, buscando estabelecer seus conceitos e finalidades, bem como sua estrutura jurídica.

Antes disso, procuramos compreender, no primeiro capítulo, sob um enfoque transdisciplinar, como a sociedade ocidental compreendeu o fenômeno da morte ao longo de história. Além disso, com o rápido desenvolvimento da ciência médica, alterou-se completamente a forma como a sociedade encara o processo de morrer, visto que as doenças que antes eram responsáveis pelos maiores índices de mortalidade são hoje relegadas apenas aos bolsões de pobreza ao redor do mundo. O perfil do paciente terminal passa a ser a pessoa idosa, com doenças crônicas, cânceres ou moléstias mentais degenerativas, não sendo incomum que esta se encontre em estados comatoso ou vegetativo, à míngua de técnicas e instrumentos que podem, em tese, manter as funções vitais por tempo indeterminado. Analisaremos também quais são os procedimentos de “boa morte” ofertados pela medicina, e se eles podem ser realmente requisitados pelos pacientes como alternativa aos tratamentos ditos extraordinários ou fúteis.

No segundo capítulo, nossa análise repousará sobre os princípios basilares do direito brasileiro, quais sejam a dignidade da pessoa humana e a autonomia existencial, bem como discutiremos se há espaço e recepção na doutrina pátria acerca de um direito à morte digna, em oposição a um conceito de vida digna de que dispõem, ao menos formalmente, as pessoas de modo geral. Questionaremos também se tais valores são ou não excludentes entre si.

Por fim, o último capítulo se ocupará da análise a respeito do instituto do testamento vital, questionando se a normativa presente em nosso país a respeito do tema é suficiente ou deficitária, qual ou quais os conceitos de que dispõe a doutrina pátria para o presente instituto, quais seriam seus requisitos básicos para que o documento fosse reconhecido como válido, se há força normativa das declarações elaboradas pelo paciente terminal, bem como qual seria o período de validade dessas declarações. Apresentaremos também, superficialmente, a figura da

procuração para cuidados de saúde e em que casos recomenda-se elaborar tal documento. Faremos uma breve análise do panorama internacional a respeito deste instituto, de modo a extrair as melhores lições passíveis de serem utilizadas no ordenamento jurídico pátrio. Por fim, analisaremos o cenário socioeconômico do estado brasileiro e indicaremos as falhas estruturais que impedem uma plena aplicabilidade do testamento vital, ferindo mortalmente a dignidade de muitos cidadãos que sofrem desmesuradamente os desmandos de um profissional médico pouco humanizado, e que não conta, em grande maioria, com a mínima estrutura física e psicológica capaz de resguardar, em sua totalidade, a dignidade e autonomia dos pacientes terminais.

## 2. ANÁLISE MULTIDISCIPLINAR ACERCA DA MORTE

Para Evaldo D'Assumpção, a Tanatologia, ciência que tem como objeto a análise e estudo da morte, é tão antiga quanto a própria humanidade. Todas as civilizações tinham na figura da morte um de seus pontos centrais, com toda sua cultura desenvolvida para este fatídico evento<sup>1</sup>. Religiões foram criadas e estruturadas em torno da dúvida que pairava com a chegada, muitas vezes indesejada, desta inevitável realidade.

Faz-se mister esclarecer, desde logo, que podemos analisar a morte sob inúmeros prismas, partindo de variadas abordagens, sejam estas filosófica, religiosa, científica, antropológica, dentre outras. Entretanto, nosso interesse, neste primeiro capítulo, reside na descrição sob os pontos de vista médico, histórico, sociológico e jurídico, com proeminência para os três últimos.

Deste modo, para a Medicina, a morte natural<sup>2</sup> pode ser definida como uma consequência do envelhecimento, processo que se inicia com o nascimento, mas acelera-se após a maturação sexual<sup>3</sup>, e em especial após a reprodução, uma vez que esta é, biologicamente, a meta de todo ser vivo<sup>4</sup>.

Com o intenso desenvolvimento da ciência médica no último século, verificou-se que as principais causas de mortalidade entre idosos migraram (nos anos 1900) de doenças como pneumonia, gripe, tuberculose, diarreia e enterite para (nos anos 2000) câncer, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, gripe e Doença de Alzheimer, moléstias estas comprovadamente ligadas ao processo de envelhecimento<sup>5</sup>, e que, juntamente com o avanço na medicina diagnóstica, permitem que o indivíduo moribundo possa planejar o fim de

---

<sup>1</sup> D'ASSUMPÇÃO, Evaldo. A. Tanatologia: ciência da vida e da morte. In: D'ASSUMPÇÃO, Evaldo. A. (org.). **Biotanatologia e bioética**. São Paulo: Paulinas, 2005. p. 13-15.

<sup>2</sup> Utilizamos esta expressão para diferenciá-la das hipóteses de morte violenta, ou provocada por acidentes, que não constituirão o foco deste trabalho.

<sup>3</sup> MARTIN, George M. A biologia do envelhecimento. In: AUSIELLO, Dennis; GOLDMAN, Lee (eds.) **Cecil Medicina**: adaptado à realidade brasileira. Tradução: Adriana Pittella Sudré *et al.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Recurso digital. p. 145-146.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p. 146.

<sup>5</sup> FRIED, Linda P. Epidemiologia do envelhecimento: implicações do envelhecimento da sociedade. . In: AUSIELLO, Dennis; GOLDMAN, Lee (eds.) **Cecil Medicina**. *Op Cit.* p.141-145.

sua vida com cada vez mais segurança. Aliado a isto se observa maior despreparo da sociedade ocidental no trato cotidiano com o falecimento.

## 2.1. ENTRE A MORTE DOMADA E A MORTE SELVAGEM

Um dos principais autores que se debruçou sobre o fenômeno da morte no ocidente foi o historiador francês Philippe Ariès. No desenvolver de suas pesquisas, Ariès identifica uma transformação do modo como o ser humano passou a encarar a morte de seus próximos e mesmo a sua própria decadência. Sua análise tem como ponto de partida o ideário da Alta Idade Média, transitando pelas antigas histórias de cavalaria, passando pelo período Renascentista, momento de mudança no pensamento dominante, a Revolução Industrial, e terminando no moderno século XX, onde domina a medicina e a ciência.

A Idade Média representa um vasto período da história humana, sendo arbitrariamente definido entre os anos de 576 e 1453, e é comumente dividida entre Alta (séculos V a XII) e Baixa (séculos XII a XV) Idade Média, tendo como marco divisor o reaparecimento das cidades. Apesar desta dicotomia temporal, o imaginário popular a respeito da morte permaneceu um tanto quanto uniforme, desde a percepção de sua aproximação, até a tratativa do moribundo, poucos momentos antes do falecimento.

Os escritos de Philippe Ariès prontamente revelam as características para se reconhecer a chegada da fatídica hora, uma vez que

A morte comum, normal, não se apoderava traiçoeiramente da pessoa, mesmo quando era acidental em consequência de ferimento, mesmo quando era causada por emoção demasiada, como muitas vezes acontecia. [...]. Sua característica essencial é que ela dava tempo para ser percebida.<sup>6</sup>

Tal percepção revela um preparo, juntamente com a consciência da finitude do homem medieval, reflexo da baixa expectativa de vida, guerras constantes e graves epidemias que assolavam a Europa.

Nesse cenário de constante sofrimento, não era sábio apegar-se à vida. Ademais, numa época em que as barreiras do mundo natural e sobrenatural não eram bem compreendidas, qualquer sinal que representasse uma perturbação,

---

<sup>6</sup> ARIÈS, Philippe, **O Homem diante da Morte**; Tradução: Luiza Ribeiro. São Paulo: Editora UNESP, 2014. p. 6.

ainda que psicológica, poderia significar um presságio de morte. Dar as costas para essa realidade certamente levaria o indivíduo a ser ridicularizado<sup>7</sup>.

Mesmo naquele período já se estava consciente de que, apesar de não se buscá-la a todo o momento “a morte vem para curar tudo”<sup>8</sup>, insinuando que existem obstáculos piores do que morrer. E quando ela aparecia

(...) depois de lamentar perder a vida, o moribundo medieval continuava a cumprir os ritos habituais: pedia perdão aos companheiros, despedia-se deles e os recomendava a Deus. [...] Depois da última oração, só restava esperar pela morte, que agora já não tinha qualquer razão para tardar. Acreditava-se que a vontade humana conseguiria arrancar dela mais alguns instantes.<sup>9</sup>

Além da morte no leito familiar, como ilustra o excerto acima, outra característica era a publicidade de que se revestiam os preparativos para o encaminhamento da alma do moribundo, sendo comum que, até o fim do século XIX, fosse o próprio desvanecido a tomar as rédeas deste evento. Nunca se morria sozinho<sup>10</sup>. Todo este perfil traçado por Ariès a respeito do fenômeno do morrer é intitulado, pelo próprio, de morte domada.

O ponto de virada pode ser identificado a partir do advento do Renascimento, onde se passa a valorizar o bem viver. Em que pese não se haver “esquecido” da morte (ao menos não como nos tempos atuais), ela deixa de ser exercitada como antes. Trata-se de uma interrupção, sempre presente, mas com um novo objetivo, de refletir sobre a vida e como torná-la melhor no tempo que resta ao ser humano. A tradição da morte pública e familiar, mesmo continuando presente, vai, pouco a pouco, perdendo seu sentido, num movimento que se inicia com a elite da sociedade, uma vez que os atos realizados em vida passam a medir a grandeza dos sujeitos, em especial a aquisição de bens e a celebração de contratos, numa clara manifestação de que ganhava espaço o ideal presente na Reforma Protestante<sup>11</sup>.

Importa aqui revelar que a morte perde seu caráter expiatório com relação aos pecados individuais, e passa a ser vista como reflexo da (boa ou má) vida do

---

<sup>7</sup> *Ibidem*, p. 11.

<sup>8</sup> *Ibidem*, p. 20.

<sup>9</sup> *Ibidem*, p. 23.

<sup>10</sup> *Ibidem*, p. 24.

<sup>11</sup> *Ibidem*, p. 396-400.

moribundo. Mesmo após um período de sofrimento, o falecimento traz consigo uma onda de purificação, embelezamento e alívio sobre o finado. É fato que, até hoje se encontra presente o sentimento de que a morte é uma força arrebatadora que muitas vezes vem para poupar da angústia e dor um parente ou amigo próximo. A pureza e a beleza do morrer são características que se enfraquecem cada vez mais, desaparecendo no século XIX<sup>12</sup>.

Foi entre os séculos XVIII e XIX que o modo como as pessoas se portavam diante de sua morte foi, aos poucos, alterando-se. O quarto do moribundo, considerado um local público passou a ser esvaziado por ordens médicas. A Igreja Católica também passou a intervir nesse cenário, desestimulando que desconhecidos adentrassem naquele recinto, para se ter um momento a sós com a figura do padre. Ainda que involuntariamente, estes foram alguns dos fatores que fizeram com que, pouco a pouco, o homem perdesse seu status de soberano sobre sua própria morte, pois, não tendo mais contato com pessoas no fim de sua vida, não sabia mais como se comportar quando sua hora chegasse. E foi na célula familiar que se desenvolveu o principal responsável pela negação da morte iminente que observamos atualmente, principalmente devido ao fato que

O homem da segunda fase da Idade Média e do Renascimento empenhava-se em participar de sua própria morte, porque via nesta um momento excepcional em que sua individualidade recebia sua forma definitiva. Só era dono de sua vida na medida em que era dono de sua morte. Esta lhe pertencia, e somente a ele. Ora, a partir do século XVII, o homem deixou de exercer sozinho a soberania de sua própria vida, e conseqüentemente, de sua morte. Dividiu-a com sua família. Esta, antigamente, era afastada das decisões graves que ele devia tomar diante da morte, e que tomava sozinho.<sup>13</sup>

Um dos papéis destinados aos familiares, denominado por Ariès de *nuncius mortis*<sup>14</sup>, foi também se perdendo, de modo que hoje, tanto a medicina quanto a psicologia estimulam, majoritariamente, a “mentira caridosa”, mantendo o moribundo na ignorância de sua real condição de saúde, tornando espectador de seu desvanecimento. “O doente torna-se, então, um menor de idade, como uma criança

---

<sup>12</sup> *Ibidem*, p. 412-413.

<sup>13</sup> ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012. p. 220.

<sup>14</sup> *Idem*.

ou um débil mental, de quem o cônjuge ou os pais tomam conta e a quem separam do mundo. Sabe-se melhor do que ele o que se deve saber e fazer.”<sup>15</sup>.

## 2.2. A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA COMO REGRA OU O PATERNALISMO MÉDICO

Enquanto a religiosidade e o misticismo foram marcas do processo de morrer durante as Idades Média e Moderna, períodos estes em que o moribundo é o ator deste lúgubre evento, percebemos, principalmente a partir da segunda metade do século XIX, um protagonismo cada vez mais intenso da figura do profissional da medicina.

Pouco após esta mudança de atores, alcançamos no último século um progresso científico nunca antes imaginado por nossos antepassados. Coincide nesse mesmo momento a mudança de perfil que os médicos passaram a ter na sociedade. Philippe Ariès destaca que antes disso, “o médico representa um papel social e moral considerável; ele é, com o pároco, o tutor dos humildes e o conselheiro dos ricos e pobres.”<sup>16</sup> A falta de formação ética do profissional médico apenas contribuiu para que o sentimento de indiferença para com o paciente passasse a ser a regra nos hospitais ao redor do ocidente. Em menos de 50 anos, esse profissional muda completamente seu perfil de atuação e

quando a doença se agrava e o médico sente sua incapacidade, apela para uma personalidade que já não é a de um dispensador de cuidados e de boas palavras, mas a de um homem da Ciência, que chega (...) com parênteses rápidas, como um *deus ex machina*. Poderá a Ciência tentar, talvez, o impossível? Só bem raramente e muito tarde se torna aquele que revela a natureza e o nome da doença.<sup>17</sup>

Surge nesse cenário a discussão a respeito do paternalismo médico e de como essa postura afeta o tratamento para com os pacientes, em especial os mais frágeis, como os doentes terminais. Concordamos com as afirmações de Evaldo D’Asumpção de que podem existir dois tipos de profissionais, para os quais

Tomar uma posição radical em favor da utilização de todos os sofisticados recursos tecnológicos tanto pode ser uma atitude de profundo respeito pela vida humana, assumida num radicalismo absoluto como pode ser apenas uma

---

<sup>15</sup> *Ibidem*, p. 222.

<sup>16</sup> ARIÈS, Philippe, **O Homem diante...** *Op. Cit.* p. 761.

<sup>17</sup> *Ibidem*, p. 762.

manifestação de orgulho e de vaidade do médico que não aceita suas próprias limitações, sua incapacidade de vencer a doença que lhe rouba o objeto de seus cuidados.<sup>18</sup>

Sobre o assunto, Letícia Ludwig Möller também descreve magistralmente a respeito do paternalismo médico, a partir das teorizações de Childress e Beuchamp, considerados os “pais da bioética”. Para a autora existem dois tipos de perfis paternalistas: um de caráter fraco, e necessário, para com pacientes menores de idade, pessoas com deficiências mentais e daqueles em estado de inconsciência; enquanto subsiste outro, de índole forte, que despreza a autonomia de todos os pacientes, mesmo aqueles perfeitamente capazes e mentalmente sãos. Trata-se de postura incompatível com a dignidade humana e a autonomia individual. Não é outra a conclusão de Möller, senão de que

o paternalismo forte parece posição extremamente perigosa e passível de abusos, por desconsiderar a autonomia do paciente, seus desejos, escolhas e valores. Em se tratando de pacientes portadores de enfermidades em estágio terminal, cuja morte é iminente e o quadro clínico é com segurança irreversível, sem possibilidade de cura ou de melhora do estado de saúde, considera-se a atitude médica de prolongar o processo de morrer através de tratamentos fúteis, contrários ao desejo do paciente ou de seus próximos(...)<sup>19/20</sup>

Reconhecemos que o médico deve prostrar-se de modos distintos a depender dos pacientes com os quais está tratando, mas isso nunca autoriza o profissional a exceder-se e impor sua vontade sobre a do doente. O profissional da medicina nunca deve esquecer que sua principal função é o resguardo do bem-estar de seus clientes, e não somente o combate a sintomas e doenças.

---

<sup>18</sup> D'ASUMPÇÃO, Evaldo A. Eutanásia ou Autanásia? *In*: D'ASSUMPÇÃO, Evaldo. A. (org.). **Biotanatologia...** *Op. Cit.* p. 244-245.

<sup>19</sup> MÖLLER, Letícia Ludwig. **Direito à morte com dignidade e autonomia**. 1ª ed. 3ª reimpr. Curitiba: Juruá, 2012. p. 49-50

<sup>20</sup> Sobre a temática, ver: MONTEIRO, Cecília Lobo. **Responsabilidade Civil do Médico na Prática da Distanásia**. *In*: Revista Bioética. 2013, v 21. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/821/909](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/821/909)> Acesso em: 23/05/2015. A autora defende a possibilidade de responsabilização civil, por danos morais e patrimoniais, do profissional médico nas hipóteses em que existem diretivas antecipadas de vontade, ou ao menos há ciência da condição de terminalidade dos pacientes, mas prolonga-se inutilmente a vida deste, ocasionando desnecessário sofrimento. Mesmo na ausência de disposições prévias de vontade, defende-se que seria um dever ético do profissional em não prosseguir com os tratamentos ditos extraordinários ou fúteis, por expressa previsão do Código de Ética Médico.



### 2.3. AÇÕES MÉDICAS DIANTE DA TERMINALIDADE DA VIDA E SUA INTERPRETAÇÃO JURÍDICA

Mesmo tendo a disposição os melhores médicos e passando pelos melhores tratamentos disponíveis, muitas vezes não há como salvar um paciente e a morte é uma questão de tempo. Ainda assim, mesmo consciente da finitude do ser, ao saber que se vai morrer, é comum o predomínio de um sentimento de derrota e falibilidade, tanto por parte do paciente quanto para seus familiares, e também para seu médico. Deste modo, são poucos os profissionais da medicina que estão preparados para tal cenário, onde muitas vezes o moribundo passa seus últimos momentos de vida desamparado de atendimento capacitado. Trata-se de um erro a não ser cometido, uma vez que, para J. Andrew Billings, a atuação médica é de vital importância, mesmo neste momento em que não subsistem mais esperanças de uma melhora no quadro clínico.

Segundo o especialista em cuidados paliativos, o foco do profissional clínico deve se transferir do tratamento padrão para, primeiramente, um diálogo franco com o paciente, buscando estabelecer metas para o fim de sua vida. Desta forma, busca-se precipuamente a manutenção da qualidade de vida e conforto, juntamente com a prevenção do sofrimento físico, emocional e espiritual<sup>21</sup>. Poderíamos incluir aqui o dever do médico de esclarecer e manter o paciente sempre bem informado, já que este, na maioria das vezes, não domina a linguagem técnica da medicina. Do contrário

se não forem razoavelmente bem informados sobre seu quadro clínico, os pacientes perdem a oportunidade de fazer boas escolhas e de participar de um modo inteligente da definição de objetivos e decisões. (...) Embora quase todos os pacientes moribundos refiram que desejam ser informados sobre seu quadro clínico, preleções médicas cheias de jargões sobre detalhes técnicos raramente são bem vistas.”<sup>22</sup>

Sob o ponto de vista do direito, podemos contemplar a morte como um fenômeno de significativa importância no ordenamento jurídico, em especial na matéria atinente ao direito civil. De certa forma, a leitura do Código Civil nada mais é do que a sucessão de etapas na vida de uma pessoa, iniciando-se com o

---

<sup>21</sup> BILLINGS, J. Andrew. O Cuidado a Pacientes Terminais e às suas Famílias. In: AUSIELLO, Dennis; GOLDMAN, Lee (eds.) **Cecil Medicina: Op Cit.** p. 15-21.

<sup>22</sup> *Ibidem*, p, 17.

nascimento, presente no artigo 2º do diploma normativo cível e findando-se com o livro das sucessões, de modo que, para Flávio Tartuce não poderia ser diferente, “pois a morte deve fechar qualquer codificação que se diga valorizadora da vida civil da pessoa humana.”<sup>23</sup>.

No entanto, observa-se que não há em nossa codificação civil qualquer tratativa a respeito do paciente terminal, de modo que, em um dos momentos de maior fragilidade na vida de muitos indivíduos, o Direito não nos oferece uma resposta satisfatória, e de modo geral, nossa legislação peca muito por não contemplar questões de índole existencial, como esta. Deste modo, coube à doutrina desenvolver a temática referente à terminalidade da vida, e em especial, às questões envolvendo as diretivas antecipadas de vontade, assunto que será pormenorizado no último capítulo deste trabalho. Desde logo podemos identificar possíveis condutas tomadas por uma equipe médica diante de um estado de terminalidade de um paciente, com a ressalva de que algumas destas posturas são veementemente desestimuladas pela prática jurídica, enquanto outras gozam de amplo grau de aceitação doutrinária.

### 2.3.1. EUTANÁSIA

Para Leocir Pessini e Christian Barchifontaine, o debate sobre a prática da eutanásia nunca ocupou tanto os holofotes da mídia e da academia mundiais quanto no último século, e continua sendo uma polêmica até hoje. Apesar de se tratar de uma conduta realizada pela classe médica a milhares de anos, nem sempre dispôs de um entendimento uniforme ao longo da história.<sup>24</sup>. Existem relatos de que era procedimento comum entre os incuráveis na Índia antiga. Bebês malformados eram arremessados em abismos na sociedade espartana, pois não seriam bons guerreiros em sua vida adulta. Alguns guerreiros medievais carregavam uma adaga

---

<sup>23</sup> TARTUCE, Flávio. **Manual de direito civil**: volume único. 4ª ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2014. p. 1340.

<sup>24</sup> BARCHIFONTAINE, Christian de Paul; PESSINI, Leocir. **Problemas atuais de bioética**. 10ª ed. rev. ampl. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012. p. 401-403.

afiada, para lhes poupar do sofrimento provocado por ferimentos graves, ou evitar que caíssem em mãos inimigas<sup>25</sup>.

Apesar da palavra ser derivada de termos gregos, significando “boa morte”, observa-se que no Juramento a Hipócrates há a declaração de que “(...) a ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda(...)”<sup>26</sup>, indicando ser uma técnica descrita como condenável pela moral médica da época. Como sinônimo de morte digna, o termo foi primeiramente proposto por Francis Bacon, em 1623, como “tratamento adequado para as doenças incuráveis”<sup>27</sup>.

Essa prática passou a ser considerada um tabu devido, principalmente, ao programa de extermínio utilizado pelos nazistas para eliminar deficientes físicos e mentais, e posteriormente dissidentes políticos. Entendemos que, nesta hipótese, não é possível falar em eutanásia no sentido atual do termo, uma vez que faz parte desta prática a atuação médica no sentido de mitigar um sofrimento pré-existente.

Distingue-se em eutanásia ativa voluntária, quando há a “administração intencional de medicamentos ou de outras intervenções para levar o paciente à morte, com o consentimento informado do paciente”; eutanásia ativa involuntária, na hipótese de o paciente não expressar seu consentimento, mesmo em pleno juízo; eutanásia ativa involuntária, no caso de pacientes incapazes de consentir com a atuação médica, ou que não estejam em seu pleno juízo; e eutanásia passiva, consistindo na “manutenção ou retirada de tratamento médico de sustentação da vida de um paciente para deixá-lo morrer”<sup>28</sup>. Para Maria de Fátima Sá e Diogo Nogueira, não estaríamos diante de eutanásia quando não houvesse o consentimento do paciente, sempre aliado aos sentimentos de piedade e humanidade<sup>29</sup>.

---

<sup>25</sup> MOUREIRA, Diogo Luna. SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Autonomia para Morrer: Eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade**. Belo Horizonte: Editora Del Rey, 2012. p. 87-88.

<sup>26</sup> JURAMENTO A HIPÓCRATES. Versão em Português disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>> Acesso em: 22/10/2015.

<sup>27</sup> SILVA, Adjar Mendes da. Eutanásia: Homicídio ou Ato de Humanidade? *In: D'ASSUMPÇÃO, Evaldo. A. (org.). Biotanatomologia e... Op Cit.* p. 237-241.

<sup>28</sup> EMANUEL, Ezekiel J. Bioética na Prática Médica. *In: : AUSIELLO, Dennis; GOLDMAN, Lee (eds.) Cecil Medicina Op Cit.* p. 8-14.

<sup>29</sup> MOUREIRA, Diogo Luna. SÁ, Maria de Fátima Freire de. *Op. Cit.* p. 88.

Trata-se de uma prática que não encontra expressivo respaldo legislativo na sociedade ocidental. O exemplo holandês expressa claramente que, apesar de dispor de considerável apoio popular, o debate acerca do direito de morrer é controverso e muitas vezes encontra obstáculos em certas parcelas da sociedade. Conforme expõe Ronald Dworkin, não existia naquele país qualquer lei que permitia a eutanásia executada por médicos. No entanto, havia uma espécie de “consenso informal que inclui promotores públicos e membros do poder judiciário [e] permite que os médicos matem esse tipo de paciente contanto que observem as diretrizes sancionadas pela prática judicial”<sup>30</sup>. Hoje existe legislação específica sobre o assunto.

Em nosso país, a eutanásia é expressamente proibida pelo Código de Ética Médica<sup>31</sup>. No Direito, a sua prática enquadra-se no crime de homicídio simples, permitindo o reconhecimento da figura privilegiada, reduzindo-se a pena de um sexto a um terço<sup>32</sup>. No anteprojeto do novo Código Penal, aprovado pelo Senado em 11 de agosto de 2011, incluiu-se um novo tipo penal, no artigo 122, criminalizando a eutanásia, mas prevendo também a hipótese de perdão judicial.<sup>33</sup>

### 2.3.2. ORTOTANÁSIA

Enquanto o debate entorno da eutanásia é visto com grandes ressalvas, tanto pela sociedade civil quanto pelos profissionais médicos e jurídicos, a ortotanásia apresenta-se como uma abordagem menos agressiva, que respeita o perecimento natural do ser humano, sem apressá-lo nem retardá-lo.

---

<sup>30</sup> DWORKIN, Ronald. **Domínio da Vida: Aborto, eutanásia e liberdades individuais**. Tradução: Jefferson Luiz Camargo. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009. p. 254-255.

<sup>31</sup> É vedado ao médico:  
(...)

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

<sup>32</sup> Art. 121. Matar alguém.  
(...)

§ 1º Se o agente comete o crime impellido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

<sup>33</sup> Art. 122. Matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave:  
Pena – prisão, de dois a quatro anos.

§ 1º O juiz deixará de aplicar a pena avaliando as circunstâncias do caso, bem como a relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima.

Existe uma aproximação semântica entre os termos eutanásia e ortotanásia. Enquanto a primeira se refere à “boa morte”, a segunda deriva dos termos gregos que significam, conjuntamente, “morte correta”. No entanto, as semelhanças são apenas terminológicas. Resume-se na desobstinação terapêutica, sempre acompanhada do profissional médico, principalmente para a promoção de cuidados paliativos. Trata-se de uma prática que encontrou pouca resistência ao longo da história, sendo, na maioria das vezes, estimulada pela medicina. O próprio Hipócrates afirmava que “os médicos deveriam recusar-se a tratar daqueles que já estivessem excessivamente subjugados por sua doença.”<sup>34</sup>.

Parte da doutrina utiliza como sinônimo de ortotanásia a expressão “eutanásia passiva”<sup>35</sup>. Não nos parece um termo muito adequado, podendo haver equívocos, por parte do leitor, com a eutanásia omissiva, ou ainda levar à falsa compreensão de que estar-se-ia diante de uma inércia médica. Evaldo D’Assumpção cunhou o termo “autanásia” para indicar a morte que ocorre por si mesma<sup>36</sup>, de modo que nos parece mais adequado do que o exemplo anterior.

A melhor definição de ortotanásia, que destaca tanto aspectos técnicos quanto humanísticos, é aquela proposta por Leocir Pessini, ao declarar que se trata da

(...) síntese ética entre o morrer com dignidade e o respeito à vida humana, que se caracteriza pela negação da eutanásia (abreviação da vida) e distanásia (prolongamento da agonia e do processo de morrer). A ortotanásia permite, ao doente que se encontra diante da morte iminente e inevitável, bem como àqueles que estão ao seu redor, enfrentar com naturalidade a realidade dos fatos, encarando o fim da vida não como uma doença para qual se deve achar a cura a todo custo, mas sim como condição que faz parte do nosso ciclo natural.<sup>37</sup>

Sob o prisma jurídico, podemos citar a definição proposta por Maria Helena Diniz como o

---

<sup>34</sup> EMANUEL, Ezekiel J. Bioética na Prática Médica In: AUSIELLO, Dennis; GOLDMAN, Lee (eds.) **Cecil Medicina: Op. Cit.** p. 10.

<sup>35</sup> Maria Helena Diniz, Maria de Fátima Sá e Diogo Moureira, e Hildegard Taggesell Giostri são adeptos desta terminologia.

<sup>36</sup> D’ASSUMPÇÃO, Evaldo. Eutanásia ou Autanásia? In: D’ASSUMPÇÃO, Evaldo. A. (org.). **Biotanatologia e bioética.** São Paulo: Paulinas, 2005. p. 244.

<sup>37</sup> PESSINI, Leocir. **Bioética: um grito por dignidade de viver** 4ª ed. rev. e atual. São Paulo: Ed. Paulinas, 2008. p. 179.

ato de suspender medicamentos ou medidas que aliviem a dor, ou de deixar de usar meios artificiais para prolongar a vida de um paciente em coma irreversível, por ser intolerável o prolongamento de uma vida vegetativa sob o prisma físico, emocional e econômico, acatando solicitação do próprio enfermo ou de seus familiares.<sup>38</sup>

Não compartilhamos do entendimento da ilustre jurista, primeiro porque a noção de cuidados paliativos, ou seja, o foco no alívio da dor e promoção do bem-estar do moribundo, é prática essencial ao conceito de ortotanásia. Segundo, pelo fato de que não é necessário que o paciente esteja privado de seus sentidos - seja por um estado comatoso ou vegetativo -, mas, pelo contrário, pode requerer a interrupção dos tratamentos extraordinários (distanásicos).

Existe normatização acerca da ortotanásia presente na Resolução 1.805/2006, do Conselho Federal de Medicina, onde lê-se que “é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.”<sup>39</sup>. Tal resolução foi objeto da Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3, proposta pelo Ministério Público Federal, ao dispor acerca da incompetência da autarquia federal em regulamentar matéria qualificada como crime, sob o fundamento da indisponibilidade do direito à vida. Por sua vez o conselho profissional contestou as premissas do *Parquet*, alegando não se tratar a ortotanásia de crime, bem como só será ela exercida em hipóteses onde a morte é certa e iminente, além de estar em consonância com um movimento global de Medicina Paliativa. Por fim, aduz que o direito à boa morte encontra sua base na Dignidade Humana, norma esta de aplicabilidade imediata.

Em suas alegações finais, a Procuradora da República Luciana Loureiro Oliveira divergiu do entendimento inicialmente apresentado, e em um excelente parecer, reconheceu a competência do Conselho Federal de Medicina para normatizar as matérias atinentes à ortotanásia, sob o prisma da ética médica, restando ao magistrado julgar pela improcedência do feito.<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 9ª ed. rev. aum. e atual. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 499-500.

<sup>39</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.995/2012**. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)>

<sup>40</sup> DISTRITO FEDERAL. 14ª Vara Federal. Sentença de 1º de Dezembro de 2010. Brasília. 15 f. Disponível em: <<http://s.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>>

### 2.3.3. SUICÍDIO ASSISTIDO

#### Luís Roberto Barroso e Letícia Martel definem como suicídio assistido

a retirada da própria vida com auxílio ou assistência de terceiro. O ato causador da morte é de autoria daquele que põe termo à própria vida. O terceiro colabora com o ato, quer prestando informações, quer colocando à disposição do paciente os meios e condições necessárias à prática.<sup>41</sup>

e em nosso ordenamento jurídico, juntamente a eutanásia, é considerado um tipo penal previsto no artigo 122 do Código Penal, uma vez que a solicitação da vítima não afasta a ilicitude do ato<sup>42</sup>. Mesmo não havendo previsão de pena para o suicida bem-sucedido, Antônio Junqueira de Azevedo ainda assim considera essa prática como ilícita, pois atenta contra a intangibilidade da vida do indivíduo, algo que segundo ele, é um valor coletivo, que está além do indivíduo, e em sua interpretação, não estaria disponível de cada um para realizar os atos que melhor lhes conviessem<sup>43</sup>.

Pessini e Barchifontaine listam uma série de argumentos, contrários e a favor da prática denominada por eles de suicídio medicamente assistido (SMA)<sup>44</sup>. Dentre eles poderíamos citar:

A Favor:

- Escolher a própria morte é um direito humano;
- O SMA seria um direito do paciente, fundamentado em sua capacidade de autodeterminação;
- Ninguém deve suportar um sofrimento que não pode ser aliviado;

Contra:

- Aceitar o SMA reforça a mensagem de desvalorização da vida humana;

---

<sup>41</sup> BARROSO, Luís Roberto. MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A Morte como ela é: Dignidade e Autonomia Individual no Fim da Vida**. 11 de junho de 2012. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida>>

<sup>42</sup> COCICOV, Giovanni V. B. **Ortotanásia: em busca da dignidade da morte**. 194 f. Dissertação – Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009. fl. 94.

<sup>43</sup> AZEVEDO, Antônio Junqueira de. **Caracterização Jurídica da Dignidade da Pessoa Humana**. In: Revista USP Direito. Nº 53, 2002. p. 90-101. Disponível em: <<http://www.usp.br/revistausp/53/09-junqueira.pdf>> fl. 96.

<sup>44</sup> BARCHIFONTAINE, Christian de Paul; PESSINI, Leocir. **Problemas atuais de bioética**. 10ª ed. rev. ampl. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012. p. 425-430.

-Um melhor tratamento da dor resultará no desaparecimento de pedidos para morrer;

- Tornar o SMA disponível tirará a pressão dos médicos em ofertar o melhor tratamento paliativo aos pacientes terminais;

São argumentos que não possuem uma resposta certa ou errada, e merecem reflexão, pois a prática do suicídio assistido já é realidade em alguns países, como Holanda e Suíça, tendo-se formado o que a mídia chama de “turismo do suicídio”, onde pessoas, muitas vezes com doenças extremamente debilitantes e dolorosas, migram para esses países em busca do SMA como uma forma de se livrar de suas dores<sup>45</sup>.

### 3. PRINCÍPIOS INFORMADORES NA TERMINALIDADE DA VIDA

Não nos delongaremos no debate a respeito do conceito de princípio. Faz-se mister, no entanto, destacar sob qual perspectiva nos filiaremos a respeito do assunto. Reconhecemos as construções doutrinárias estrangeiras, em especial as propostas por Robert Alexy e Ronald Dworkin, teses de grande aceitação nacional. No entanto, conceber os princípios como “mandamentos de otimização” - sob os quais se admite ponderação, no caso de Alexy-; ou ainda compor-se de critérios de “peso e importância”, - onde um princípio pode ceder diante de outro, no ensinamento de Dworkin – são, a nosso ver, posições temerárias quando se está diante de questões de vida e morte.

Utilizaremos o conceito de Celso Antônio Bandeira de Mello, ao dispor que

Princípio é, pois, por definição, mandamento nuclear de um sistema, verdadeiro alicerce dele, disposição fundamental que se irradia sobre diferentes normas, compondo-lhes o espírito e servindo de critério para exata compreensão e inteligência delas, exatamente porque define a lógica e a racionalidade do sistema normativo, conferindo-lhe a tônica que lhe dá sentido harmônico.<sup>46</sup>

Entendemos ser esta a melhor definição para os temas que serão objeto deste capítulo, uma vez que a Dignidade da Pessoa Humana não deve ser – e não poderia

<sup>45</sup> Suicídio assistido atrai estrangeiros à Suíça. **Gazeta do Povo**. 14 de julho de 2009. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/mundo/suicidio-assistido-atrai-estrangeiros-a-suica-bnujcl5qr1clkcy8vjph4n66>> Acesso em: 21/09/2015.

<sup>46</sup> MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 25ª ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Malheiros, 2008. p. 53.



ser diferente – objeto de ponderação, onde tal valor é afastado em benefício de qualquer outro.

### 3.1. DIGNIDADE HUMANA

A vida do ser humano não é diferente da de qualquer outro animal, no sentido biológico. Ainda assim, subsiste a crença de que somos seres especiais, que se destacam na natureza. Para o filósofo Mortimer J. Adler, o principal traço que torna o homem singular diante das demais formas de vida é a sua racionalidade. A partir dela derivam-se outras três características: a capacidade de expressão artística, a possibilidade de pensar discursivamente e a organização política<sup>47</sup>.

Sempre se observou ao longo da história o reconhecimento dessa posição privilegiada do ser humano, seja pelos motivos expostos acima, ou ainda porque possuiríamos uma relação de proximidade com a(s) divindade(s) instituidora(s) de ordem no universo. Podemos, no entanto, identificar um momento em que houve uma ruptura no pensamento ocidental, principalmente a partir de Immanuel Kant, onde a diferença primordial entre homem e animal reside no fato de que o primeiro goza de liberdade e autonomia, funcionalizada por sua razão, tornando-o, sem qualquer fundamentação teológica, detentor de dignidade.

Para Kant, “as criaturas capazes de responder livremente sobre as obrigações absolutas da razão são agentes morais”<sup>48</sup>, de modo que, é possível aos homens identificar, por um exercício de razão, a existência de máximas universais, dentre as quais merece destaque o imperativo categórico, resumido na frase “Não devo nunca agir de certa forma a não ser que possa também desejar que minha máxima se torne lei universal.”<sup>49</sup>.

Como a liberdade é a materialização da racionalidade humana (e fundamento da dignidade imanente), o filósofo alemão conclui que o direito mais fundamental de um ser humano é o de ver respeitado seu livre-arbítrio, pois, de outro modo, o imperativo categórico entraria em profunda contradição.

---

<sup>47</sup> ADLER, Mortimer J. **Como Pensar sobre as Grandes Idéias a Partir dos Grandes Livros da Civilização Ocidental**. Tradução: Rodrigo Mesquita. São Paulo, Realizações Editora, 2013. p. 116.

<sup>48</sup> DUDLEY, Will. **Idealismo Alemão**. Editora Vozes. Petrópolis, 2007. p. 60.

<sup>49</sup> Ibidem, p. 61.

Contemporaneamente o debate acerca da dignidade da pessoa humana acentua-se na segunda metade do século XX, e segue em alta no nosso meio doutrinário, pelo fato de que se constitui como fundamento do estado brasileiro, previsto no artigo 1º da Constituição Federal. Mais do que isso, também constitui, conforme lição de Elimar Szaniawski, cláusula geral de proteção dos direitos da personalidade<sup>50</sup>, previstos entre os artigos 11 e 21 do Código Civil.

Segundo Luiz Edson Fachin, não se pode esquecer de que a dignidade da pessoa humana deve ser encarada como qualificadora da existência humana, de modo que

(...) a vida deixa de ser apenas o primeiro e mais fundamental direito tutelado pelo ordenamento jurídico para se tornar condição essencial de possibilidade dos outros direitos. Desenvolve-se aí a concepção da supremacia da vida humana, e que, para ser entendida como vida, necessariamente deve ser digna.<sup>51</sup>

Para Maria Helena Diniz, dignidade da pessoa humana é fundamento e finalidade do Estado, não podendo nunca o Direito ou a sociedade tratar um indivíduo como coisa ou retirar-lhe o seu direito a uma vida digna<sup>52</sup>.

Antônio Junqueira de Azevedo inova nesta temática, ao expor uma dicotomia no tocante ao princípio da Dignidade Humana identificando a vertente insular, tradicional, fundada na ideia de que o homem é ser superior aos demais seres vivos, e em oposição, a vertente que se poderia chamar de naturalista, que reconhece nos demais seres uma condição de igualdade para com o ser humano. Junqueira rejeita os fundamentos da primeira corrente teórica, quais sejam, de que a dignidade humana está erigida na autonomia subjetiva, racionalidade e capacidade de desejar, pois seriam estes critérios demasiados subjetivos para servir de sustentáculo a um conceito tão essencial para o direito.

Buscando então reforçar a corrente naturalista, Azevedo propõe uma mudança nos fundamentos jurídicos, retirando a dignidade humana como o princípio basilar do nosso sistema, e lá incluindo a intangibilidade do direito à vida, como um

---

<sup>50</sup> SZANIAWSKI, Elimar. **Direitos da Personalidade e sua Tutela**. 2ª ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005. p. 137.

<sup>51</sup> FACHIN, Luiz Edson. Fundamentos, limites e transmissibilidade: anotações para uma leitura crítica, construtiva e de índole constitucional da disciplina dos direitos da personalidade no código civil brasileiro. In: CORRÊA, Elídia Aparecida de Andrade coord.) **Biodireito e dignidade da pessoa humana: diálogos entre a Ciência e o Direito**. 1ª ed. 3ª reimpr. Curitiba: Juruá, 2012. p. 193.

<sup>52</sup> DINIZ, Maria Helena. **O estado atual...** *Op Cit.* p. 41.

imperativo jurídico categórico, valor este absoluto, acima da dignidade e autonomia pessoais, bem como do respeito à integridade psico-física, das condições mínimas de existência e da liberdade e igualdade<sup>53</sup>, sendo estes valores relativos.

A partir desta teorização, o autor extrai algumas premissas como a proibição da eutanásia, do aborto e da pena de morte, facilmente defensáveis diante dos valores presentes na sociedade brasileira. No entanto, o conceito do qual discordamos fortemente é a primazia da vida sobre quaisquer outros valores. Nas palavras do próprio Antônio Junqueira de Azevedo, “(...). Toda vida individual se insere no fluxo vital coletivo, de tal forma que o titular não é o soberano absoluto de sua vida; a vida de cada um é valor que, mediatamente, a todos interessa.”<sup>54</sup>.

Trata-se, ao nosso ver, de uma elaboração temerosa, primeiro porque retira do indivíduo a autonomia como um de seus valores máximos (que, vale dizer, nunca foi absoluta em nossa sociedade); segundo, pelo fato de incluir a pessoa humana como um elemento menor, uma peça do “fluxo vital coletivo”, conceito este demasiado aberto, podendo levar a uma “ditadura da vida a todo custo”. Não é possível conceber, em nosso sistema jurídico, que a vida seja desvinculada da dignidade que a ela é inerente.

Defendemos uma postura mais conservadora, aos moldes do ministro Luís Roberto Barroso, para o qual

A dignidade humana, então, é um valor fundamental que se viu convertido em princípio jurídico de estatura constitucional, seja por sua posituação em norma expressa seja por sua aceitação como um mandamento jurídico extraído do sistema. Serve, assim, tanto como justificação moral quanto como fundamento normativo para os direitos fundamentais.<sup>55</sup>

Ademais, defende Barroso que, por se tratar de princípio basilar no ordenamento jurídico brasileiro, a dignidade da pessoa humana tem potencial normogênico, nos seguintes termos:

---

<sup>53</sup> AZEVEDO, Antônio Junqueira de. **Caracterização Jurídica da Dignidade da Pessoa Humana**. In: Revista USP Direito. Nº 53, 2002. p. 90-101. Disponível em: <<http://www.usp.br/revistausp/53/09-junqueira.pdf>>

<sup>54</sup> *Ibidem*, p. 96.

<sup>55</sup> BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado, 2010. Disponível em: [http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade\\_texto-base\\_11dez2010.pdf](http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf) fl.11.

Do princípio da dignidade humana, em acepção compartilhada em diferentes partes do mundo, retiram-se regras específicas e objetivas, como as que vedam a tortura, o trabalho escravo ou as penas cruéis. Em muitos sistemas, inclusive o brasileiro, há normas expressas interditando tais condutas, o que significa que o princípio da dignidade humana foi densificado pelo constituinte ou pelo legislador.<sup>56</sup>

Entendemos que o artigo 15 do Código Civil<sup>57</sup> é uma destas normas que densifica a dignidade humana, e configura-se, em nosso sentir, como um dos fundamentos para a recusa de tratamentos extraordinários.

### 3.2. AUTONOMIA EXISTENCIAL OU AUTODETERMINAÇÃO

Classicamente, a autonomia pode ser descrita como a capacidade de autodeterminação nos atos da vida em sociedade, sempre ligado à idéia de liberdade para se autogovernar (de onde deriva o termo; *auto*=próprio e *nomos*=lei, norma). É um conceito precipuamente filosófico e que tem novamente em Kant um de seus principais expoentes.

O filósofo alemão parte de um fato óbvio, que é a capacidade que o homem tem em desejar algo, e a partir deste desejo, sair em busca de condições capazes de satisfazê-lo. O que nos diferiria dos animais é que estes, apesar de também se direcionarem em relação a um fim, necessitam de um estímulo externo para serem impulsionados ao seu objetivo. Deve-se reconhecer que em muitos momentos também agimos desta forma, mas para Kant temos a possibilidade de ir além disto e “tomar a decisão de adotar e perseguir objetivos que estão inteiramente livres de fatores empíricos, mas que se originam da natureza da própria razão, e que por decorrência pode ser adotado por qualquer e todos os agentes que se declaram racionais”<sup>58</sup>. O homem se sentirá mal, ou tolhido em sua autonomia, quando tiver de observar uma norma moral exterior aos seus valores individuais, hipótese em que se configuraria a chamada heteronomia.

---

<sup>56</sup> *Ibidem*, fl. 12

<sup>57</sup> Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

<sup>58</sup> DUDLEY, Will. **Idealismo Alemão** *Op. Cit.* p. 57-58.

A autonomia individual é também um valor-chave na estrutura jurídica atual. Não deve ser confundida com autonomia negocial, muito embora esta seja uma vertente daquela. Para Pietro Perlingieri

A autonomia privada não se identifica com a iniciativa econômica, nem com a autonomia contratual em sentido estrito. (...). Ao contrário, não somente ela se exprime também em matérias onde diretamente são envolvidas situações subjetivas existenciais, mas, sobretudo, a abordagem do ordenamento jurídico não pode ser abstrata quando a autonomia (o poder de colocar regras) investe profundamente o valor da pessoa.<sup>59</sup>

Cumprido destacar que a discussão a respeito da autonomia existencial, quer seja, aquela referente à situações existenciais, é tema de amplo debate na doutrina jurídica brasileira, em especial devido ao perfil paternalista de nosso estado, mas que também não oferta condições materiais para a igualdade entre indivíduos. A concepção de autonomia proposta por Éverton Pona vai mais além. O autor se utiliza da perspectiva bioética de autodeterminação para elaborar um conceito abrangente, e que nos será muito útil ao longo deste trabalho. Afirma Pona que

Para a bioética, o exercício da autonomia liga-se ao consentimento livre, informado e esclarecido. (...). Na esfera da bioética, portanto, o respeito à autonomia do paciente representa a valorização das considerações sobre as opiniões e escolhas dos indivíduos, de modo a não obstruir suas ações a menos que sejam elas prejudiciais a outras pessoas. Deve-se respeitar a liberdade de escolha do paciente, seu direito de autodeterminação, de manifestação livre de sua vontade, de sua privacidade.<sup>60</sup>

Mais adequado para a tratativa a respeito do paciente terminal é, portanto, esta concepção de autodeterminação, baseado no consentimento informado e preservação das crenças e valores pessoais do indivíduo.

### 3.3. DIREITO À MORTE DIGNA

A morte mudou de face no último século. As principais causas de morte hoje são os cânceres, doenças cardíacas crônicas e moléstias mentais degenerativas. Desta forma, para Leocir Pessini, o espaço de tempo entre a ocorrência de uma

---

<sup>59</sup> PERLINGIERI, Pietro. **Perfis do direito civil: introdução ao direito civil constitucional**. 3ª ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Renovar, 2002. p. 275-276.

<sup>60</sup> PONA, Everton Willian. **Testamento vital e autonomia privada: fundamentos das diretivas antecipadas de vontade**. Curitiba: Juruá, 2015. p. 157.

doença e a morte passou de cinco dias para cinco anos, de modo que se permite falar em um processo de morrer<sup>61</sup>, onde há tempo suficiente para um planejamento pessoal.

Por conta disso, a doutrina tem se debruçado cada vez mais sobre um tema pouco abordado até então: o direito a uma morte digna. Como bem destacado por Maria Helena Diniz, não estamos falando aqui de um direito de matar os pacientes<sup>62</sup> - ainda que isto seja do desejo deles - de modo que tanto a eutanásia quanto o suicídio assistido são práticas contrárias à ordem pública na atual conjuntura social, mas que devem ser objeto de incessante diálogo doutrinário e jurisprudencial. Dentre as ações médicas tratadas, apenas a ortotanásia e a distanásia tem o condão de figurarem como uma opção que o paciente terminal tem à sua disposição, ao ser questionado como deseja enfrentar seus últimos momentos.

A respeito deste tema são salutares as conclusões de Letícia Ludwig Möller, para a qual a decisão de seguir qualquer um destes caminhos é somente do paciente, baseado em suas crenças pessoais, e devidamente auxiliado por um médico de sua confiança. Para ela

(...) cumpre destacar que os princípios da autonomia e da dignidade humana, de forma conjunta, conformam a noção de um direito do paciente terminal de morrer *ao seu modo*. O seja, abarca não só a decisão no sentido de limitar a terapia, como pode justificar a opção do paciente pelo prolongamento artificial do seu final de vida, desde que essa decisão autônoma seja minimamente viável na prática e não se defronte com limites impostos pela oferta de recursos da saúde para um grande número de doentes que deles necessitam, ou por eventual objeção de consciência por parte do profissional em agir de forma que agrida fortemente sua visão moral particular.<sup>63</sup>

É nesse sentido a lição de Ingo Sarlet, ao expor que

(...) merecem atenção diversas hipóteses que envolvem a atribuição da titularidade de direitos fundamentais àqueles que se encontram, pelas mais diversas razões, em situações limítrofes, como é o caso da manutenção artificial da vida, da capacidade de ser titular de direitos (e de quais direitos) nos casos de demência e senilidade aguda, onde a falta de consciência até mesmo de eventuais violações da dignidade e da própria condição pessoal, acaba, tal qual em outras hipóteses, **implicando a discussão a respeito de um direito a uma morte digna** e, em termos gerais, guarda relação íntima com todo o debate em torno das diversas formas de eutanásia e suicídio assistido. O que se verifica,

<sup>61</sup> BARCHIFONTAINE, Christian de Paul; PESSINI, Leocir. *Op. Cit.* p. 381.

<sup>62</sup> DINIZ, Maria Helena, **O estado atual...** *Op. Cit.* p. 482.

<sup>63</sup> MÖLLER, Letícia Ludwig. **Direito à morte com dignidade e autonomia.** 1ª ed. 3ª reimpr. Curitiba: Juruá, 2012. p. 93-94.

nessas hipóteses, é de que se trata mais de um problema vinculado à capacidade de exercício (pessoal ou por terceiros) bem como de uma questão relativa à possibilidade de limitação de direitos nessas circunstâncias. ”<sup>64</sup> (grifo nosso).

Entendemos que o debate a respeito de um direito à morte digna vai muito além de aspectos que abordem somente o ato de morrer. Resta saber, sobretudo, o que se compreende por vida digna, ou na hipótese do doente terminal, de um fim de vida sadio. Sobre esse assunto existe o entendimento professado por Pietro Perlingieri, de que

a pessoa é uma indissolúvel unidade psicofísica; a saúde não é apenas aspecto estático e individual, mas pode ser relacionado ao são e livre desenvolvimento da pessoa, e como tal, constitui um todo com esta última.(...) O mesmo interesse à saúde, indissolúvel daquele livre desenvolvimento da pessoa, pode apresentar-se de formas diversas, assumindo relevância e configurações diversas, segundo seja visto como direito ao serviço sanitário, à salubridade do ambiente, à integridade física ou àquela mental; dependendo do fato que seja realizado mediante o esquema do interesse diretamente protegido ou daquele do poder jurídico (*potestà*) e ,portanto, do interesse legítimo. O que revela é o valor da pessoa unitariamente entendida<sup>65</sup>.

Desta forma, não haveria como resguardar o direito à saúde física e atacar a integridade mental do indivíduo, ao impedi-lo de proceder com o projeto de morte anteriormente desejado.

Merece destaque também a crítica emanada por Maria de Fátima Sá e Diogo Moureira sobre a intangibilidade absoluta do conceito de vida quando se parte para a análise minuciosa do que viria a ser uma vida boa<sup>66</sup>. Da mesma forma, em entrevista ao programa de Rodolfo Pamplona Filho, Luiz Edson Fachin foi categórico ao afirmar que “um modo de atender a um direito fundamental de viver com dignidade encontra simetria com um direito igualmente fundamental de morrer com dignidade”. O que se buscaria evitar, segundo Fachin, é um sofrimento desmedido e que não possui qualquer finalidade, sendo este, portanto, um fim em si mesmo<sup>67</sup>.

---

<sup>64</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais: Uma Teoria Geral dos Direitos Fundamentais na perspectiva constitucional**. 10ª ed. rev. atual. e ampl.; 3ª tir. Porto Alegre: Livraria do Advogado. p. 221

<sup>65</sup> PERLINGIERI, Pietro. **Perfis do...** *Op Cit.* p. 158.

<sup>66</sup> MOUREIRA, Diogo Luna; SÁ, Maria de Fátima Freire. **Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade**. Belo Horizonte: Del Rey, 2012. p. 181.

Apesar de procedermos com um relato histórico sobre a morte no primeiro capítulo, não significa dizer que concordamos que o antigo modo de morrer seja considerado mais digno do que o atual. Muito pelo contrário. Procuramos dar ênfase para o fato de que, naquele tempo, o moribundo tinha autonomia para se portar do modo que melhor entendesse, segundo suas crenças pessoais, ou, resumidamente, que ele era soberano de sua morte. O que se defende neste capítulo é a retomada desta independência. Nada poderia ferir mais o ser humano do que ser guiado por uma vontade que lhe é estranha, ainda mais em um momento de profunda vulnerabilidade como no caso dos pacientes terminais.

#### **4. DAS DECLARAÇÕES PRÉVIAS DE VONTADE OU DO TESTAMENTO VITAL**

Nos debruçamos a respeito dos temas da autonomia e dignidade do paciente terminal para decidir de que modo será mais conveniente para si, segundo suas crenças, percorrer o fim de sua vida. Mas não raro este indivíduo já se encontra incapacitado por uma doença, sendo impossível para ele tomar qualquer decisão neste sentido. Para isso foi introduzida no Brasil a figura das Diretivas Antecipadas de Vontade, previstas na Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina.

Apesar deste grande avanço, tal normativa tem como objetivo regulamentar a conduta ética médica frente às declarações de última vontade do paciente. Não se constitui como um regramento voltado à população civil, de modo que pairam ainda muitas dúvidas a respeito da forma, conteúdo, publicidade, dentre outros elementos, debatidos apenas em meio doutrinário. Cumpre destacar que, apesar da relevância por trás de todo esse debate, não existe qualquer projeto de lei referente às Diretivas Antecipadas de Vontade em tramitação no Congresso Nacional até o presente momento.

Em pesquisa jurisprudencial localizou-se apenas um resultado citando o termo “Testamento Vital” e, apesar de a apelação suscitar uma interessante

---

<sup>67</sup> Entrevista sobre o Direito de Viver e Morrer. **Papeando com Pamplona**. 22 de janeiro de 2014. Vídeo on-line. Disponível em: <<http://revistadireito.com/entrevista-sobre-o-direito-de-viver-ou-morrer/#more-1879>>



discussão a respeito da capacidade de autodeterminação individual, entendemos que o magistrado utilizou-se erroneamente do instituto.<sup>68</sup>

#### 4.1. QUESTÕES TERMINOLÓGICAS

Um dos temas que gera certa discussão doutrinária a respeito do assunto reside na terminologia a ser adotada quando nos referimos às declarações antecipadas de última vontade emanadas pelo paciente incapaz de se comunicar. José Roberto Goldim apresenta uma extensa lista de termos que poderiam ser utilizadas como sinônimos das Diretivas Antecipadas de Vontade, dentre os quais encontram-se “manifestação explícita de própria vontade”, “testamento vital”, “biotestamento”, “testamento biológico”, “diretivas avançadas”, “vontades antecipadas”<sup>69</sup>.

Luciana Dadalto, por sua vez, expressa que os termos nos quais se inclui a palavra testamento, do qual o mais conhecido seria o testamento vital, não são adequados por um simples motivo: a figura original do testamento civil tem sua eficácia condicionada a morte de seu autor<sup>70</sup>, enquanto que as declarações prévias de vontade devem, necessariamente, produzir seus efeitos quando o paciente se encontra vivo, sob pena de se tornarem inócuas. Nesse mesmo sentido também se posicionam Maria de Fátima Sá e Diogo Moureira<sup>71</sup>, Ernesto Lippmann<sup>72</sup>, Everton

---

<sup>68</sup> O litígio em questão refere-se à Apelação Cível 70054988266 RS, merecendo destaque a primeira e última partes da ementa: “APELAÇÃO CÍVEL. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. BIODIREITO. ORTOTANÁSIA. TESTAMENTO VITAL.1. Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme **laudo psicológico, morrer para "aliviar o sofrimento"**; e, **conforme laudo psiquiátrico, se encontra em pleno gozo das faculdades mentais**, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida.(...) 4. Nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, **tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado testamento vital**, que figura na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina.. (grifos nossos). Não cabe aqui falar em aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade, mesmo que essas existam, pois o paciente, apesar de declarar ser contrário ao procedimento cirúrgico, encontrava-se em plena capacidade.

<sup>69</sup> GOLDIM, José Roberto. **Diretivas Antecipadas de Vontade**: Comentários sobre a Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. fl. 1. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/diretivas2012.pdf>>

<sup>70</sup> PENALVA, Luciana Dadalto. **Declaração Prévia de Vontade do Paciente Terminal**. 185 fl. Dissertação - Faculdade Mineira de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

<sup>71</sup> MOUREIRA, Diogo Luna; SÁ, Maria de Fátima Freire. **Autonomia para...** *Op Cit.* p. 183-184.

<sup>72</sup> LIPPMANN, Ernesto. **Testamento vital**: o direito à dignidade. São Paulo: Matrix, 2013. p. 17.

Willian Pona<sup>73</sup> e Miguel Kfoury Neto<sup>74</sup>. No entanto, com exceção de Dadalto, grande parte da doutrina não encontra nenhum problema com esta terminologia, dada sua difusão entre a população.

Cumprе ressaltar que parcela considerável da doutrina compreende as Diretivas Antecipadas de Vontade como uma figura bipartida, um gênero da qual as espécies seriam o testamento vital ou declarações prévias de vontade e a procuração para cuidados de saúde. O foco deste capítulo voltar-se-á para o primeiro instrumento, sem prejuízo de uma posterior análise do segundo instituto, ainda que menos abrangente.

#### 4.2. CONCEITOS DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E SUAS IMPLICAÇÕES

A própria Resolução 1.995/2012 CFM incluiu uma definição para o instituto, descrevendo-o 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>75</sup>. Ademais, é necessário que este documento seja levado a conhecimento do médico responsável, ou que tais declarações sejam feitas diretamente a ele, sendo registradas no prontuário do paciente.

Conforme o entendimento de Éverton Willian Pona,

diretivas antecipadas de vontade são gênero, conhecidas na origem como *advance directives*, e trata-se de **documentos** por meio dos quais uma pessoa expressa antecipadamente suas preferências em relação aos tratamentos que deseja ou não receber para a ocasião em que **não possa mais expressar-se autonomamente** ou, então, nomeia um procurador para a tomada das decisões em seu lugar.<sup>76</sup> (grifos nossos)

Para Luciana Dadalto

as diretivas antecipadas de vontade são gênero, do qual é espécie a declaração prévia de vontade do **paciente terminal**, **documento** pelo qual uma pessoa capaz

---

<sup>73</sup> PONA, Everton Willian. **Testamento vital...** *Op Cit.* p. 40-41

<sup>74</sup> KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico.** 8ª ed. rev. atual e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013. p. 307-321.

<sup>75</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1.995/2012 CFM.** Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)>

<sup>76</sup> PONA, Éverton Willian. **Testamento vital...** *Op. Cit.* p. 40.

pode deixar registrado a quais tratamentos e não tratamentos deseja ser submetida caso seja portadora de **doença terminal**.<sup>77</sup> (grifos nossos)

Diante dessas definições é possível extrair que as Diretivas Antecipadas de Vontade possuem uma forma mínima de documento escrito, onde constem expressamente os tratamentos que o paciente considera tolerável e passíveis de utilização, e aqueles dos quais prefere-se não fazer uso.

Não se trata de aqui de instituir formalismos desnecessários, mas sim se atentar para utilidades fática e jurídica, apresentadas na obra de Maria de Fátima Sá e Diogo Moureira. Na ausência de tais diretivas, não há como saber, com segurança quais eram as reais intenções de pacientes que já se encontram incapazes de expressar-se autonomamente. Isso fica particularmente claro com os exemplos de Eluana Englaro e Terri Schiavo. A primeira encontrava-se em coma, decorrente de um acidente automobilístico, enquanto a segunda estava em estado vegetativo, após uma parada cardiorrespiratória. Foram necessários vários anos junto aos tribunais da Itália e Estados Unidos, respectivamente, além de intenso debate e produção probatória para reconstruir as vontades, presumidas, dessas pacientes, que posteriormente tiveram seus suportes de vida desligados.<sup>78</sup> Todo o sofrimento de seus familiares poderia ser sido evitado com a simples elaboração de Diretivas Antecipadas de Vontade.

Outra circunstância que advém da interpretação dos conceitos apresentados acima leva em conta o perfil do paciente a que se destina a aplicabilidade dessas disposições prévias de vontade, qual seja, o paciente terminal que está incapacitado de se expressar. Duas conclusões podem ser extraídas dessa afirmação: Não é todo caso de doença terminal que permitirá a execução do testamento vital, pois o paciente terminal não perde sua capacidade de direito apenas por ostentar tal debilidade. A segunda hipótese é a de que o paciente não se encontre em estado terminal, mas sim em estado grave. Em sua dissertação de mestrado, Giovanni Cocicov trata de distinguir os conceitos de modo que a gravidade pode ser definida como

situação delicada que inspira cuidados intensivos e, não raro agressivos, mas que se espera 'sucesso' para ilidir o momentâneo risco de morte. Diversamente, na

---

<sup>77</sup> PENALVA, Luciana Dadalto. . **Declaração Prévia...** *Op. Cit.* fl. 12.

<sup>78</sup> MOUREIRA, Diogo Luna; SÁ, Maria de Fátima Freire. *Op. Cit.* p. 182.

terminalidade reputa-se inafastável e iminente a morte. A precípua finalidade das atenções biomédicas não mais é a cura, mas a assistência e o cuidado.<sup>79</sup>

Ernesto Lippmann também reforça essa tese. O autor defende que, na superveniência casos como acidentes ou agressões, não deve o testamento vital ser compreendido como um instrumento que impeça o uso de tratamento intensivo quando existem chances de recuperação do paciente. Deve-se apenas recorrer às diretivas de vontade quanto ficar constatado que o quadro de saúde do indivíduo é irrecuperável<sup>80</sup>.

#### 4.3. NATUREZA JURÍDICA DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Partiremos para a análise da estrutura jurídica da declaração prévia de vontade, à luz das obras de Francisco Amaral e Orlando Gomes. Para isso, entendemos ser necessário retomar o conceito do instituto, possibilitando um exercício classificatório mais célere e indutivo. Propõe Éverton Pona que

As diretivas antecipadas de vontade podem ser conceituadas como manifestações de vontade por meio das quais os indivíduos dispõe antecipadamente suas preferências e desejos em relação aos tratamentos, procedimentos e cuidados médicos aos quais desejam ou não se submeter, caso chegue o momento no qual não possam expressar-se autonomamente.<sup>81</sup>

e ainda complementa o autor de que tal documento se configura como um “exercício prospectivo da autonomia privada (autodeterminação), ou seja, da general capacidade, do poder que cada indivíduo dispõe para autorregulamentar seus próprios interesses e escolhas de vida”<sup>82</sup>

Ora, segundo este conceito apresentado não estaríamos diante de outra figura que não o negócio jurídico, senão vejamos. Para Amaral, podemos conceituá-lo como “a declaração de vontade privada destinada a produzir efeitos que o agente pretende e o direito reconhece”<sup>83</sup>. Para este autor, dois elementos são essenciais à

<sup>79</sup> COCICOV, Giovanni V. B. **Ortotanásia**: em busca da dignidade da morte. 194 f. Dissertação – Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009. f. 87.

<sup>80</sup> LIPPMANN, Ernesto. **Testamento vital...** *Op. Cit.* p. 51.

<sup>81</sup> PONA, Everton Willian. **Testamento vital...** *Op. Cit.* p. 160.

<sup>82</sup> *Idem.*

<sup>83</sup> AMARAL, Francisco. **Direito Civil**: Introdução. 7ª ed. rev., atual. e aum. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p. 383

figura do negócio jurídico, quais sejam a emanção de uma vontade privada e o reconhecimento de força vinculante para com os destinatários desta vontade, expresso pelo conceito de autonomia privada. Por esse mesmo motivo se afirma que o negócio jurídico tem conteúdo normativo. Para Orlando Gomes, “negócio jurídico é toda declaração de vontade destinada à produção de efeitos jurídicos correspondentes ao *intento prático* do declarante, se reconhecido e garantido pela lei”<sup>84</sup>.

Difere-se do simples ato jurídico porque neste a vontade que o sujeito privado expressa não pode ser qualificada, isto é, não pode ele regular qualquer situação que lhe aprouver, estando vinculado aos efeitos jurídicos previstos em lei. E como iremos debater mais à frente, mesmo com a ausência de regulamentação legislativa, o testamento vital não só existe como também é válido, se forem observadas algumas limitações de ordem pública. Isto apenas corrobora o entendimento de Gomes, ao expor que “o negócio jurídico é, em consequência o instrumento por excelência da vida econômica e social **e os preceitos legais têm predominantemente caráter supletivo.**”<sup>85</sup> (grifo nosso).

Prosseguindo com a classificação jurídica das Declarações Antecipadas de Vontade, nota-se que estamos diante de um negócio jurídico que deve ser necessariamente escrito, exigindo-se que se trata de uma declaração expressa, que nas palavras de Orlando Gomes configura-se como um ato onde a “vontade é exteriorizada por meios que a traduzem diretamente.”<sup>86</sup>. Isso vai de encontro às teorizações acerca das teorias a respeito da vontade individual. Segundo Éverton Pona, nosso Código Civil adotou uma espécie mista entre a teoria subjetiva - onde o mais importante seria a vontade interna do sujeito - e a teoria da declaração – que preconiza a exteriorização desta vontade pelos elementos materiais ofertados pelo indivíduo. Na hipótese do Testamento Vital, é essencial que os desejos elaborados pelo paciente terminal sejam os mais claros possíveis, sob pena de serem interpretados erroneamente. Ademais, trata-se de um instrumento que passará a

---

<sup>84</sup> GOMES, Orlando. **Introdução ao Direito Civil**. 20ª ed. rev. atual. e aum. Rio de Janeiro: Forense, 2010. p. 213.

<sup>85</sup> *Ibidem*, p. 211

<sup>86</sup> *Ibidem*, p. 226.

gozar de eficácia apenas no momento em que seu autor estiver impossibilitado de se expressar, sendo impossível descobrir quais eram as suas reais intenções.

Juntamente com a necessidade de se elaborar um negócio jurídico expresso, trata-se também de uma declaração receptícia, sob pena de se tornar ineficaz. E nesse sentido a Resolução 1.995/2012 CFM é clara, em seu artigo 2º, §4º<sup>87</sup>, a respeito da necessidade de registrar tais informações junto ao prontuário do paciente. Observa-se então que o principal destinatário dessas diretrizes é o profissional médico. A família do indivíduo não necessita estar ciente, bem como não podem negar efetividade ao instrumento, nos moldes do artigo 2º, § 3º<sup>88</sup>.

Um dos aspectos mais importantes, no tocante à classificação jurídica do testamento vital, repousa no momento de produção de seus efeitos. Constitui também sua principal diferença para com o testamento civil, e reside no fato de que as disposições prévias de vontade são necessariamente de efeitos *inter vivos*, sendo, portanto condicionados a outro evento que não a morte do indivíduo, ao contrário da figura tradicional do testamento. Segundo Orlando Gomes seria este o único exemplo de negócio jurídico *mortis causa* no ordenamento jurídico brasileiro, uma vez que os pactos sucessórios e doações “*mortis causa*” são expressamente proibidos pelo Código Civil.

Luciana Dadalto também procura destacar as características da gratuidade e do perfil personalíssimo de que se reveste a elaboração das declarações antecipadas de vontade.

Como um elemento acidental, e pela própria estrutura das declarações prévias de vontade, é possível inferir que se trata de um negócio jurídico cujos efeitos são condicionados por um evento futuro, incerto e possível, segundo a classificação de Francisco Amaral<sup>89</sup>. Nos moldes do artigo 125 do Código Civil, estaremos diante de condição suspensiva. Consequentemente, um testamento vital pode nunca vir a ser utilizado na vida de uma pessoa, caso esta não venha a perder sua capacidade de discernimento no fim de sua vida.

---

<sup>87</sup> § 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

<sup>88</sup> § 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

<sup>89</sup> AMARAL, Francisco. **Direito Civil...** *Op Cit.* p. 484.

#### 4.4. FORMA DO TESTAMENTO VITAL

Em virtude da ausência de previsão legislativa não existe, como em outros países, disposições acerca da forma com que as declarações prévias de vontade devem ou podem ser elaboradas. Existem, no entanto, as sugestões elaboradas em sede doutrinária e que nos serão de grande valia para elucidar a dúvida que existe nos indivíduos que desejam fazer uso deste instituto. A princípio, como foi explanado anteriormente, e por questões de cunho prático e jurídico, exige-se a forma escrita.

Luciana Dadalto salienta a necessidade da elaboração do testamento vital por meio de escritura pública, perante um notário, preconizando a segurança jurídica. Para ela também é pertinente

A criação de um banco nacional de declarações de vontade dos pacientes terminais (...), para que possibilite uma maior efetividade no cumprimento da vontade do paciente, de modo a não correr o risco de que a declaração se torne inócua. Assim, existindo tais disposições formais, o cartório deverá encaminhar a declaração prévia de vontade do paciente terminal ao Registro Nacional, em um prazo exíguo, a fim de garantir a efetividade da declaração prévia de vontade do paciente terminal, este só poderá ser feito de forma pública.<sup>90</sup>

Para Ernesto Lippmann, o registro público não é medida essencial, sendo esta faculdade do autor. Se desejar, deve ser feito por escritura pública de declaração de vontade. Uma das vantagens que o autor apresenta ao se optar pela forma pública é a facilidade de acesso a este documento.<sup>91</sup> Em havendo dúvida, Lippmann sugere que sejam cumpridos os requisitos de testamentos civis, com a assinatura do autor e mais três testemunhas, no caso de instrumento particular, ou pela assinatura de duas testemunhas na hipótese de escritura pública.

#### 4.5. CONTEÚDO DO TESTAMENTO VITAL

As disposições presentes num documento como as declarações prévias de vontade objetivam a recusa ou aceitação de tratamentos médicos em um estado terminal onde não se possa expressar autonomamente, como nas hipóteses de

---

<sup>90</sup> PENALVA, Luciana Dadalto. **Declaração Prévia...** *Op. Cit.* fl. 105.

<sup>91</sup> LIPPMANN, Ernesto. *Op. Cit.* p. 47-48.

demência avançada, coma ou estado vegetativo. Mas não são quaisquer tratamentos que podem ser recusados pelo paciente, sob pena de invalidade dessas disposições. Dadalto alerta para o fato de que, no cenário jurídico brasileiro, o paciente não pode dispor de cuidados paliativos, pois estes têm a finalidade de assegurar a dignidade necessária no fim da vida do moribundo. Para ela podem apenas ser rejeitados os tratamentos considerados fúteis, tais como entubação, traqueostomia, hemodiálise, reanimação, uma vez que tais procedimentos, dentre outros, não estão intimamente relacionados à qualidade de vida do paciente, mas sim apenas ao prolongamento de seu sofrimento<sup>92</sup>.

Lippmann também acrescenta como possíveis previsões do testamento vital o desejo de assistência religiosa e com qual líder religioso gostaria de ser assistido, a cerimônia religiosa após sua morte, a destinação do próprio corpo e se pretende ser doador de órgãos<sup>93</sup>. Luciana Dadalto contesta esse posicionamento, alegando que disposições neste teor desnaturariam a principal finalidade das declarações prévias de vontade, em vista de já haver regulamentação a respeito do assunto na Lei 9.434/97.

Não poderão, obviamente, constar do conteúdo das declarações prévias de vontade pedidos que envolvam a prática de eutanásia, ativa ou omissiva, por estarem em dissonância com o ordenamento jurídico brasileiro.

É também facultada ao profissional médico a possibilidade de recusa na efetivação das disposições elaboradas pelo paciente se estas forem manifestamente contrárias à interpretação que o profissional tiver acerca do Código de Ética Médica, sendo-lhe então resguardado o direito à objeção de consciência, nos termos do artigo 2º, § 2º da Resolução 1.995/2012 CFM. Conforme o entendimento de Lippmann, existem duas opções as quais o paciente pode recorrer em uma situação como esta: requisitar transferência para outra equipe médica ou hospital, ou ainda exigir, judicialmente que o médico cumpra as previsões do testamento vital<sup>94</sup>, devendo esta opção ser utilizada apenas quando não houver alternativa.

---

<sup>92</sup> PENALVA, Luciana Dadalto. **Declaração Prévia ...** *Op. Cit.* fl. 103.

<sup>93</sup> LIPPMANN, Ernesto. **Testamento...** *Op. Cit.* p. 38.

<sup>94</sup> LIPPMANN, Ernesto. **Testamento...** *Op. Cit.* p. 51-52.



#### 4.6. DA VALIDADE DO TESTAMENTO VITAL

De certa forma, ao elencarmos quais os elementos que podem se fazer presentes no testamento vital, dissertamos pontualmente sobre a validade deste documento. Não são válidas disposições que impliquem nas práticas de eutanásia, ou suicídio assistido, bem como aquelas que prevejam a retirada de hidratação e sonda de alimentação nos casos de pacientes em estado vegetativo persistente, onde, segundo o neurologista Afonso Carlos Neves, apenas as funções ditas “automáticas” do cérebro permanecem em funcionamento<sup>95</sup>.

Já quanto à validade formal, restam duas dúvidas na doutrina. A primeira reside no fato de, pela ausência de legislação em sentido estrito, não haveria qualquer base normativa a sustentar a figura do testamento vital. Como autarquia classista que é, o Conselho Federal de Medicina dispõe apenas sobre regras que vinculam a classe médica, apesar de que, nesta hipótese, a Resolução 1.995/2012 CFM foi de grande valia também para a população civil. A segunda dúvida refere-se ao aspecto formal propriamente dito, ou seja, quem possuiria capacidade de fato para elaborar um documento como este.

Em que pese ser a resolução uma normativa específica, devemos destacar a importância dela nas relações médico-paciente, como bem faz Rogério Álvares de Oliveira, ao aduzir que

A resolução em comento visa a proteger não só a autonomia da vontade do paciente, mas, antes de tudo, tem a pretensão de oferecer diretrizes ao médico no sentido de como este deverá proceder naquelas determinadas situações previstas na declaração do doente. No caso de enfermidades graves, irreversíveis e que reconhecidamente levarão à morte o paciente, principalmente naqueles de pacientes terminais, o médico estará autorizado a evitar, reduzir ou suspender os procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente. Todavia, deverá adotar ou manter as medidas e cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento físico ou psíquico do paciente, resguardada sempre a assistência integral.<sup>96</sup>

Sobre este mesmo assunto, Roxana Cardoso Borges também compreender ser tal instrumento um modo de assegurar os interesses do profissional, uma vez

---

<sup>95</sup> BERTOLLI, Emília. Entenda a Diferença entre Coma e Estado Vegetativo Persistente. **Folha de S. Paulo**. São Paulo, 22 de março de 2005. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u81874.shtml>> Acesso em: 17/09/2015.

<sup>96</sup> OLIVEIRA, Rogério Álvares de. **Médico deve ter cautela ao aceitar o testamento vital**. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2013-jan-28/rogerio-oliveira-medico-cautela-aceitar-testamento-vital>> Acesso em: 23/10/2015.

que “ao lado de evitar os procedimentos médicos desmedidos, evita que o médico seja processado por não ter oferecido tratamento a paciente em fase terminal, conforme solicitado por este no documento”<sup>97</sup>

Ademais discutimos a respeito da lacuna normativa que paira em nosso ordenamento jurídico. Na falta de diploma legislativo não há que se falar em invalidade das declarações prévias de vontade. Luciana Dadalto sustenta que

Os princípios constitucionais da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, III) e da Autonomia (princípio implícito no art. 5º), bem como a proibição de tratamento desumano (art. 5º, III) são arcabouços suficientes para a defesa da declaração prévia de vontade do paciente terminal, vez que o objetivo deste instrumento é possibilitar ao indivíduo dispor sobre a aceitação ou recusa de tratamentos em caso de terminalidade da vida.<sup>98</sup>

A constitucionalidade da referida resolução foi posta à prova, no ano de 2013, em ação civil pública proposta pelo Ministério Público Federal. O *Parquet* questionou a competência do Conselho Federal de Medicina em “instituir a figura do testamento vital”, uma vez que estaríamos na seara do direito de família, teria sido omissa em vários outros assuntos, como requisitos subjetivos, validade temporal, formas de revogação, entre outros, bem como aduziu ser o prontuário médico um veículo inidôneo para a presença das diretivas antecipadas de vontade, uma vez que é revestido por sigilo. Da mesma forma que fora questionada a constitucionalidade da Resolução 1.805/2009 CFM, não se sustentaram as teses propostas pelo *custus legis*, e o Juiz Federal Eduardo Pereira da Silva, de forma semelhante aos argumentos propostos por Dadalto concluiu pela improcedência do pedido, merecendo destaque os seguintes excertos

(...) É de todo desejável que tal questão venha a ser tratada pelo legislador, inclusive na forma de fixar requisitos atinentes a capacidade para fazer a declaração, sua forma, modo de revogação e eficácia. Todavia, dado o vazio legislativo, as diretivas antecipadas de vontade do paciente não encontram vedação no ordenamento jurídico. E o Conselho Federal de Medicina não extrapolou os poderes normativos outorgados pela Lei nº 3.268/57.(...) A resolução do Conselho Federal de Medicina é compatível com a autonomia da vontade, o princípio da dignidade humana, e a proibição de submissão de quem quer que

---

<sup>97</sup> BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Disponibilidade dos direitos da personalidade e autonomia privada**. São Paulo. Saraiva, 2005. p. 239

<sup>98</sup> PENALVA, Luciana Dadalto. **Declaração Prévia...** *Op. Cit.* fl. 100.

seja a tratamento desumano e degradante (art. 1º, inciso III, e art. 5º inciso III, CF).<sup>99</sup>

Quanto a capacidade de fato para o exercício desse direito personalíssimo, entende-se por bem, conforme lição de Ernesto Lippmann que o relativamente capaz já pode elaborar seu testamento vital, desde que com a anuência de seus representantes legais. Afirma o autor que, em havendo divergências entre a vontade do jovem a de seus pais, prevaleceria a decisão destes. Com a maioria, são soberanas as decisões de qualquer indivíduo<sup>100</sup>. Dadalto também inclui nesta discussão a questão do discernimento que, em seu ponto de vista, é figura distinta da mera capacidade. Seria este um conceito que envolve princípios bioéticos, como o consentimento informado e a autodeterminação<sup>101</sup>. Como é recomendado que se elabore um testamento vital auxiliado por um médico de confiança, é vital que esteja presente a capacidade para discernir o que realmente se deseja, e quais são as consequências dos desejos nele expressos, advindo a hipótese de incapacidade posterior.

Quanto ao prazo de duração das declarações antecipadas de vontade, a doutrina destaca que em alguns países onde existe legislação regulando o tema, impõe-se um prazo de validade, devendo, passado esse período, renovar suas intenções com um novo documento de teor semelhante. Tanto Dadalto<sup>102</sup> quanto Lippmann<sup>103</sup> concordam que não seria necessário estipular um período de validade do testamento vital, dado que sua alteração é livre e pode ser feita a qualquer tempo. Entendemos também que, numa hipótese onde o paciente tiver elaborado suas diretivas antecipadas e não as tenha renovado durante muito tempo, seria dever do médico não lhes conferir efetividade se a técnica profissional já tiver evoluído ao ponto em que as disposições descritas no documento não estejam mais em consonância com o estado da arte médica.

---

<sup>99</sup> GOIÁS. 1º Vara Federal. ACP 1039-86.2013.4.01.3500/Classe 7100. Juíz Federal Eduardo Pereira da Silva. Goiânia. 21 de fevereiro de 2014. Disponível em: <<http://testamentovital.com.br/wp-content/uploads/2014/07/senten%C3%A7a-ACP-testamento-vital.pdf>> Acesso em: 21/11/2015

<sup>100</sup> LIPPMANN, Ernesto. **Testamento...** *Op. Cit.* p. 46

<sup>101</sup> PENALVA, Luciana Dadalto. **Declaração Prévia...** *Op. Cit.* fl 46.

<sup>102</sup> *Ibidem.* fl. 107-108.

<sup>103</sup> LIPPMANN, Ernesto. *Op. Cit.* p. 48.

#### 4.7. PROCURAÇÃO PARA CUIDADOS DE SAÚDE

Como expusemos no início deste capítulo, as Diretivas Antecipadas de Vontade são um gênero da qual subsistem duas espécies. A primeira foi explanada até o presente momento. Já a segunda refere-se à procuração para cuidados de saúde ou mandato duradouro. Difere-se do testamento vital por ser, como o próprio nome já diz, um mandato, conferindo poderes especiais ao procurador para decidir sobre quais procedimentos o paciente incapaz de se expressar gostaria de se submeter, nas hipóteses de terminalidade ou não.

Além de incluir o testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro, a Resolução 1.995/2012 CFM também reconheceu a pessoa do procurador para cuidados de saúde, nomeado pelo paciente, expresso no artigo 2º, § 1º<sup>104</sup> e que tomará as decisões por ele, na superveniência de posterior incapacidade.

É recomendado que os pacientes interessados em elaborar as declarações prévias de vontade também se utilizem desse instrumento de mandato, uma vez que o procurador para cuidados de saúde terá a possibilidade de decidir sobre possíveis lacunas deixadas pelo autor das diretivas.

#### 4.8. A EXPERIÊNCIA ESTRANGEIRA COMO EXEMPLO A SER ANALISADO

Vencidas as discussões a respeito dos aspectos formais do testamento vital, importante proceder com uma abordagem com foco no Direito Comparado, para melhor enriquecer o debate promovido pela doutrina nacional.

Mesmo diante da diferença social abismal entre o Brasil e os países que já regulamentaram o instituto das declarações antecipadas de vontade, é salutar analisar como o instituto foi interiorizado em diversos ordenamentos jurídicos distintos, bem como analisar quais experiências obtiveram sucesso para, se possível, servir de marco a ser aplicado em nosso país.

Temos como marco inicial dos debates a respeito do testamento vital o ano de 1967, onde a temática foi proposta pela Sociedade Americana para a Eutanásia. Desde esse período até 1976 houve algumas lides envolvendo os familiares de pacientes terminais incapacitados que chegaram aos tribunais, e por conta disso,

---

<sup>104</sup> § 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

nesse ano, foi aprovada a primeira lei que previa a figura das declarações prévias de vontade, o *Natural Death Act*, lei do estado da Califórnia. Até 1991, outros estados norte-americanos já haviam aprovado leis a respeito da matéria, culminando com o *Patient Self Determination Act*, normativa federal que segundo Luciana Dadalto

é uma lei que ordena às instituições médicas a dar informações aos indivíduos adultos, no momento de sua admissão na instituição, acerca de seus direitos baseados nas leis estaduais, incluindo o direito de participar diretamente das decisões sobre os cuidados a serem despendidos; o direito de aceitar ou recusar medicamentos e tratamentos cirúrgicos; o direito a preparar uma diretiva antecipada.<sup>105</sup>

A autora destaca que, como um país com um certo costume sedimentado em torno da elaboração e utilização das diretivas antecipadas de vontade, um olhar mais atento à realidade norte-americana só poderia levar ao enriquecimento das experiências a serem propostas no Brasil.

No panorama europeu, várias outras nações possuem em seu ordenamento interno normas disciplinando a utilização do testamento vital ou são signatários do Convênio de Oviedo, documento que prevê o respeito às decisões de última vontade emanadas pelos pacientes terminais. Merecem destaque a Espanha, Portugal e Alemanha.

Na Espanha, o termo utilizado para se referir ao instituto foi adotado como *instrucciones previas*, e semelhante ao exemplo norte-americano, consolidou-se como uma prática por parte dos profissionais médicos em instruir seus pacientes a elaborar tal instrumento. O primeiro diploma normativo a tratar sobre o assunto no país foi a lei catalã 21/2000. Logo em seguida, outras comunidades autônomas legislaram sobre as instruções prévias, sendo previsto em algumas delas que até mesmo o menor de idade gozaria de capacidade para elaborar tal documento.<sup>106</sup>

A lei federal 42/2002 regula a matéria de modo que

as instruções prévias na Espanha devem conter instruções à equipe médica sobre o desejo de que não se prolongue artificialmente a vida, a não utilização dos chamados tratamentos extraordinários, a suspensão do esforço terapêutico e a utilização de medicamentos para diminuir a dor, entre outras. Pela Lei n. 41/2002, é possível ainda que, no documento de instruções prévias o outorgante nomeie

---

<sup>105</sup> PENALVA, Luciana Dadalto. **Declaração Prévia...** *Op. Cit.* fl 68.

<sup>106</sup> *Ibidem*, fl. 72.

um representante para que, quando aquele estiver impossibilitado de manifestar sua vontade, este terceiro possa fazê-lo em nome do subscritor do documento.<sup>107</sup>

Em Portugal, por meio da lei 25/2012, procurou-se reconhecer em âmbito normativo o direito personalíssimo de se elaborar um testamento vital e/ou fixar um procurador de cuidados de saúde. Um dos principais estudiosos do assunto no país, Rui Nunes afirma que a elaboração de uma declaração antecipada de vontade baseia-se em cinco possibilidades, quais sejam

Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais; Não ser submetido a tratamento fútil, ou desproporcional ao seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte; Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental; Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.<sup>108</sup>

Ademais destaca também Nunes que

Em Portugal se exige que o documento seja escrito, podendo tanto ser feito em cartório quanto inserido na rede de testamentos vitais, que é um banco de dados sigilosos, mas facilmente acessível a um médico devidamente identificado por um certificado digital, tendo o prazo de validade de cinco anos, após o que deve ser renovado.<sup>109</sup>

Na Alemanha, o assunto ganhou destaque na década passada, em meio a acalorados debates entre os parlamentares do Bundestag. Antes de 2009, quando a lei foi editada e passou a complementar o código civil alemão, a discussão que existia a respeito da aprovação de uma lei sobre o testamento vital (*Patienteverfürung*) no país residia nas hipóteses de aplicação do documento somente em casos onde era certo estado de terminalidade do paciente, causado por doenças irreversíveis, projeto este defendido pela bancada conservadora. Do outro lado, a bancada social-cristã do parlamento alemão defendia um projeto de lei que

---

<sup>107</sup> *Ibidem*, fl. 75.

<sup>108</sup> LIPPMANN, Ernesto. **Lições de Portugal sobre testamento vital e propostas para regulamentação aqui**. 06/09/2015. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-set-06/ernesto-lippmann-lico-es-portugal-testamento-vital>> Acesso em: 21/11/2015.

<sup>109</sup> *Idem*.

conferiria a maior efetividade possível às declarações do paciente terminal.<sup>110</sup> Em votação apertada, a segunda proposta legislativa foi aprovada. Ainda assim, os mais de 9 milhões de testamentos vitais continuam válidos mesmo após a aprovação da lei.<sup>111</sup>

Em terras latino-americanas, dois países merecem destaque por também terem elaborados instruções referentes à utilização das diretivas antecipadas de vontade. O primeiro deles é a Argentina que, por meio de Ley 26.742, modifica legislação anterior que tratava sobre as relações entre pacientes e instituições de saúde, para incluir a regulação deste documento. O que se observa de distinto no texto da lei é a previsão de que mesmo crianças e adolescentes poderão participar das discussões a respeito dos tratamentos a serem submetidos, observada a Ley de Protección Integral dos Derechos de las Niñas, Niños e Adolescentes, bem como existe previsão de que poderão ser cessados os procedimentos de alimentação e hidratação na hipótese de acometimento de doença irreversível e incurável.<sup>112</sup>

Outra nação latino-americana a estabelecer normativas a respeito da aplicabilidade do testamento vital é o Uruguai. A regulamentação é semelhante a de outros países, podendo o paciente recusar tratamentos mesmo não estando inconsciente, com a ressalva de que, representando perigo para terceiros, as medidas médicas serão forçadas. Também é reconhecido o direito de elaboração das declarações antecipadas de vontade, plenamente vinculantes, bem como de expressar-se por meio de escritura pública. Na hipótese de não haver tal documento e o paciente ser acometido por incapacidade, a lei confere às figuras do cônjuge ou companheiro, ou ainda de parente em primeiro grau<sup>113</sup>.

---

<sup>110</sup> WERKHÄUSER, Nina. **Parlamento alemão debate testamentos vitais**. 29/03/2007. Disponível em: <<http://www.dw.com/pt/parlamento-alem%C3%A3o-debate-testamentos-vitais/a-2422885>> Acesso em: 22/11/2015.

<sup>111</sup> VALENTE, Augusto (rev.). **Parlamento alemão aprova lei sobre testamento vital após longo debate ético**. 18/06/2009. Disponível em: <<http://www.dw.com/pt/parlamento-alem%C3%A3o-aprova-lei-sobre-testamento-vital-ap%C3%B3s-longo-debate-%C3%A9tico/a-4406450>> Acesso em: 22/11/2015.

<sup>112</sup> ARGENTINA. **Ley 26.742**. 24/05/2012. Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>> Acesso em: 22/11/2015. Artigo 1º da Lei.

<sup>113</sup> URUGUAI. **Ley 18.473**. 03/04/2009. Disponível em: <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18473&Anchor=>>> Acesso em: 22/11/2015.

#### 4.9. DA (DIFICULDADE) DE APLICAÇÃO DO INSTITUTO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO BRASIL

Concluimos que a ausência de legislação específica referente à normatização do instituto do testamento vital em nosso país não configura um óbice, sob o ponto de vista jurídico, para a elaboração deste documento por qualquer pessoa que deseje fazê-lo, observados os requisitos de validade e o conteúdo disponível para esta finalidade. Ademais, este é o exemplo de muitos países que, apesar de possuírem diplomas normativos a respeito do assunto, em sua anterior ausência também conferiam efetividade às declarações prévias de vontade.

Entretanto, este é o menor dos problemas quando passamos a debater sobre a aplicabilidade das declarações antecipadas de vontade em nosso país. A melhor doutrina recomenda que o testamento vital seja elaborado de modo conjunto com profissionais da medicina e do direito. Num país com profunda desigualdade como o nosso e deficiência no acesso à prestação básica de saúde, dificulta-se a elaboração de um instrumento tão complexo e importante na vida de muitas pessoas. Trata-se de um instituto que, a rigor, virá a ser elaborado por indivíduos com maior poder aquisitivo e que possuem fácil acesso a aquelas classes de profissionais.

E mesmo que a figura das diretivas antecipadas de vontade se popularizasse, estudos indicam que nossa nação não é considerada um bom lugar para se morrer. Em um *ranking* que mede a qualidade dos tratamentos paliativos e o acesso da população a eles. Entre 80 países pesquisados, o Brasil arrematou a 42ª posição. Mesmo países da América Latina, com deficiências estruturais semelhantes às nossas ocuparam melhores posições.<sup>114</sup>

Ademais, o triste cenário brasileiro é que a distanásia é uma realidade para muitos pacientes terminais, mas também observamos o problema da mistanásia, é dizer, “a morte miserável fora e antes da hora”. Para Maria Helena Diniz a realidade da mistanásia ocorre quando

Uma grande massa de doentes e deficientes, por razões políticas, sociais e econômicas, nem chega a ser paciente, pois não consegue ingressar no sistema

---

<sup>114</sup> Índice mostra que Brasil não cuida bem de seus pacientes terminais. **Jornal O Globo**. Rio de Janeiro. 06 de outubro de 2015. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/indice-mostra-que-brasil-nao-cuida-bem-de-pacientes-terminais-17697993>>



de atendimento médico, que é ausente, precário, configurando-se a mistanásia passiva<sup>115</sup>

Teríamos também, segundo a autora mistanásia ativa, que também é uma constante em nossas terras, e se configura como o atendimento a

Doentes crônicos e terminais que conseguem ser pacientes em hospitais, clínicas, etc. e são vítimas de erro médico, como: diagnóstico errôneo, falta de conhecimento dos avanços na área da analgesia e cuidado da dor, prescrição de tratamento sem realização de exame, uso de terapia paliativa inadequada, procedimento médico sem esclarecimento e consenso prévio, abandono.<sup>116</sup>

Outra reserva que temos em nossa sociedade é o tabu ao redor do tema da morte. Passamos a encará-la como um fenômeno que se reflete na antítese da vida, quando, na realidade, é a última de suas manifestações. A população tem arraigada em sua mente a ideia de uma “morte suja”, conceito bastante revelador de Philippe Ariès, ao indicar que

A morte já não causa medo apenas por causa de sua negatividade absoluta, provoca náuseas como qualquer espetáculo repugnante. Torna-se *inconveniente* como os atos biológicos do homem, as secreções do corpo. É *indecente* torna-la pública. Já não se tolera deixar entrar qualquer um no quarto com cheiro de urina, suor e gangrena, ou com lençóis sujos. É preciso impedir o acesso, exceto a alguns íntimos, capazes de vencer o nojo e aos que prestam serviços. Uma nova imagem da morte está se formando: a morte feia e escondida, e escondida por ser feia e suja.<sup>117</sup>

Cada vez mais é necessário estimular o debate a respeito da morte digna nos vários estamentos da sociedade para que afastemos da crença popular a imagem traçada pelo historiador Philippe Ariès a respeito dos pacientes terminais. E entendemos ser dever primordial tanto das universidades de direito quanto de medicina propagar e enriquecer esse debate.

---

<sup>115</sup> DINIZ, Maria Helena **O estado atual...** *Op. Cit.* p. 506

<sup>116</sup> *Ibidem.* p. 506-507.

<sup>117</sup> ÀRIES, Philippe. **O Homem diante da...** *Op. Cit.* p. 768.

## 5. CONCLUSÕES

Procuramos demonstrar neste trabalho que o fenômeno da morte foi compreendido de diversas maneiras ao longo do tempo, pela sociedade ocidental. Entretanto, no último século a autonomia individual para decidir o melhor modo de morrer, segundo as crenças individuais de cada um, foi tolhida em nome de um cientificismo médico que enxerga no paciente terminal não uma pessoa, com integridade e dignidade a serem preservadas, mas sim como uma constante lembrança de que, em havendo morte, há fracasso da medicina. Observamos, por meio de obras de cunho historiográfico que, pouco a pouco o moribundo vai sendo tolhido em sua autonomia, culminando com os tratamentos que hoje podemos chamar de distanásicos, onde há desnecessário e prolongado sofrimento do paciente terminal, sem nenhuma perspectiva de melhora no quadro clínico.

Discorreremos sobre os modos pelos quais os indivíduos podem dispor de uma morte digna, dentre os quais destacam-se a eutanásia, ortotanásia e suicídio assistido. Concluímos que, segundo o ordenamento jurídico brasileiro vigente até o presente momento, o paciente tem a seu alcance apenas o instituto da ortotanásia ao seu alcance, enquanto as outras figuras são qualificadas como delitos, com previsão expressa no Código Penal.

Debatemos a respeito de um direito que vem ganhando cada vez mais visibilidade na doutrina nacional e internacional, revelado pelo respeito à uma morte digna e autônoma. Defendemos que este direito é uma consequência lógica da dignidade da pessoa humana e autonomia individuais, tanto quanto cada pessoa tem direito à uma vida digna e regulada por valores e crenças próprios, sem empecilhos que possam afetar sua integridade psico-física.

Apesar da parca regulamentação que o instituto possui no Brasil, concluímos que os princípios da autodeterminação e dignidade da pessoa humana são valores suficientes a fornecer suporte jurídico no que se refere à validade dessas diretivas antecipadas. No entanto, dado o caráter restrito ao qual se aplicam as disposições da Resolução 1.995/2012 CFM – aplicável apenas aos profissionais médicos, na tratativa de questões éticas e disciplinares – é necessário que haja um impulso legislativo voltado a normatização do testamento vital, estabelecendo como será sua forma, que procedimentos poderão ser requisitados ou afastados, qual será o modo

de publicidade, quem possuirá capacidade de fato para elaborar este documento, dentre outras questões.

Concluimos que o testamento vital é um negócio jurídico de cunho existencial, de caráter unilateral, receptício, personalíssimo, gratuito, *inter vivos*, e que possui seus efeitos condicionados a evento futuro, possível e incerto, qual seja, a hipótese de superveniência de incapacidade que torne um paciente terminal inapto para o exercício de sua autonomia individual no tocante aos tratamentos que desejará ou não receber nessas circunstâncias.

Os exemplos estrangeiros revestem-se de experiências valiosas para melhor aplicar e tornar mais eficaz o instituto do testamento vital em nosso país. O caso de Portugal, com seu banco de dados digital sobre declarações prévias de vontade é uma prova de que tal modelo pode se tornar mais acessível à população, mesmo porque Luciana Dadaldo, que além de ser uma das autoras que mais produziu a respeito do tema no Brasil também gerencia um banco de dados semelhante em seu site<sup>118</sup>.

Mesmo não sendo figura vedada por nosso ordenamento jurídico, é essencial proceder com a devida regulamentação legal das declarações antecipadas de vontade, para eliminar várias dúvidas debatidas pela doutrina pátria a respeito do instituto, e garantir mais segurança jurídica tanto aos profissionais médicos quanto aos pacientes terminais.

---

<sup>118</sup> <<http://rentev.com.br/>>; disponível no site: <<http://testamentovital.com.br/>>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, Mortimer J. **Como Pensar sobre as Grandes Idéias a Partir dos Grandes Livros da Civilização Ocidental**. Tradução: Rodrigo Mesquita. São Paulo, Realizações Editora, 2013.

AMARAL, Francisco. **Direito Civil**: Introdução. 7ª ed. rev., atual. e aum. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

ARGENTINA. **Ley 26.742**. 24/05/2012. Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>>

ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

\_\_\_\_\_. **O Homem diante da Morte**; Tradução: Luiza Ribeiro. São Paulo: Editora UNESP, 2014.

AUSIELLO, Dennis; GOLDMAN, Lee (eds.) **Cecil Medicina**: adaptado à realidade brasileira. Tradução: Adriana Pittella Sudré *et al.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Recurso digital.

AZEVEDO, Antônio Junqueira de. **Caracterização Jurídica da Dignidade da Pessoa Humana**. In: Revista USP Direito. Nº 53, 2002. p. 90-101. Disponível em: <<http://www.usp.br/revistausp/53/09-junqueira.pdf>>

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul; PESSINI, Leocir. **Problemas atuais de bioética**. 10ª ed. rev. ampl. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado, 2010. Disponível em: <[http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade\\_texto-base\\_11dez2010.pdf](http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf)>

\_\_\_\_\_; MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A Morte como ela é**: Dignidade e Autonomia Individual no Fim da Vida. 11 de junho de 2012. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida>>

BERTOLLI, Emília. Entenda a Diferença entre Coma e Estado Vegetativo Persistente. **Folha de S. Paulo**. São Paulo, 22 de março de 2005. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u81874.shtml>>

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Disponibilidade dos direitos da personalidade e autonomia privada**. São Paulo. Saraiva, 2005.

BRASIL. **Anteprojeto de Código Penal**. 2011. Disponível em: <<http://s.conjur.com.br/dl/anteprojeto-codigo-penal.pdf>>

BRASIL. **Lei 10.406/2002:** Institui o Código Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm)>

CAMBI, Eduardo. O caráter universal do direito moderno e os desafios fundamentais impostos pelo biodireito. In: CORRÊA, Elidia Aparecida de Andrade coord.) **Biodireito e dignidade da pessoa humana:** diálogos entre a Ciência e o Direito. 1ª ed. 3ª reimpr. Curitiba: Juruá, 2012. p. 49-78.

COCICOV, Giovanni V. B. **Ortotanásia:** em busca da dignidade da morte. 194 f. Dissertação – Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

COHEN, Cláudio; Segre, Marco (orgs.). **Bioética.** 3ª ed. rev. e ampl. 1ª reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1.805/2006 CFM.** Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm)>

\_\_\_\_\_. **Código de Ética Médica.** Resolução 1.931/2009 CFM. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>

\_\_\_\_\_. **Resolução 1.995/2012 CFM.** Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)>

D'ASSUMPÇÃO, Evaldo. A. (org.). **Biotanatomia e bioética.** São Paulo: Paulinas, 2005.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito.** 9ª ed. rev. aum. e atual. São Paulo: Saraiva, 2014.

DISTRITO FEDERAL. 14ª Vara Federal. Sentença de 1º de Dezembro de 2010. Brasília. 15 f. Disponível em: <<http://s.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>>

DUDLEY, Will. **Idealismo Alemão.** Editora Vozes. Petrópolis, 2007.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da Vida:** Aborto, eutanásia e liberdades individuais. Tradução: Jefferson Luiz Camargo. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

FACHIN, Luiz Edson. Fundamentos, limites e transmissibilidade: anotações para uma leitura crítica, construtiva e de índole constitucional da disciplina dos direitos da personalidade no código civil brasileiro. In: CORRÊA, Elidia Aparecida de Andrade coord.) **Biodireito e dignidade da pessoa humana:** diálogos entre a Ciência e o Direito. 1ª ed. 3ª reimpr. Curitiba: Juruá, 2012. p. 187-204.

\_\_\_\_\_. PAMPLONA FILHO, Rodolfo. Entrevista sobre o Direito de Viver e Morrer. **Papeando com Pamplona.** 22 de janeiro de 2014. Vídeo on-line. Disponível em: <<http://revistadireito.com/entrevista-sobre-o-direito-de-viver-ou-morrer/#more-1879>>

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. A morte, o morrer, a doação de órgãos e a dignidade da pessoa humana. In: CORRÊA, Elidia Aparecida de Andrade coord.) **Biodireito e**

**dignidade da pessoa humana:** diálogos entre a Ciência e o Direito. 1ª ed. 3ª reimpr. Curitiba: Juruá, 2012. p. 155-170.

GOIÁS. 1º Vara Federal. ACP 1039-86.2013.4.01.3500/Classe 7100. Juíz Federal Eduardo Pereira da Silva. Goiânia. 21 de fevereiro de 2014. Disponível em: <<http://testamentovital.com.br/wp-content/uploads/2014/07/senten%C3%A7a-ACP-testamento-vital.pdf>> Acesso em: 21/11/2015

GOLDIM, José Roberto. **Diretivas Antecipadas de Vontade:** Comentários sobre a Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 4 fls. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/diretivas2012.pdf>>

GOMES, Orlando. **Introdução ao Direito Civil.** 20ª ed. rev. atual. e aum. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

JURAMENTO A HIPÓCRATES. Versão em Português disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>>

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico.** 8ª ed. rev. atual e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013. p. 307-321.

LIPPMANN, Ernesto. **Testamento vital:** o direito à dignidade. São Paulo: Matrix, 2013.

\_\_\_\_. **Lições de Portugal sobre testamento vital e propostas para regulamentação aqui.** 06/09/2015. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-set-06/ernesto-lippmann-lico-es-portugal-testamento-vital>>

LUCENA, Gabriela Aguiar de. **Testamento Vital:** A projeção da autonomia do paciente a situações de incapacidade decisória. 131 fls. Monografia - Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2014.

MALUF, Adriana C. R. F. Dabus. **Curso de Bioética e Biodireito.** 2ª ed. São Paulo. Atlas, 2013.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo.** 25ª ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Malheiros, 2008.

MÖLLER, Letícia Ludwig. **Direito à morte com dignidade e autonomia.** 1ª ed. 3ª reimpr. Curitiba: Juruá, 2012.

MONTEIRO, Cecília Lobo. **Responsabilidade Civil do Médico na Prática da Distanásia.** In: Revista Bioética. 2013, v 21. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/821/909](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/821/909)>

MOUREIRA, Diogo Luna; SÁ, Maria de Fátima Freire. **Autonomia para morrer:** eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

PENALVA, Luciana Dadalto. **Declaração Prévia de Vontade do Paciente Terminal**. 185 fls. Dissertação - Faculdade Mineira de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

PERLINGIERI, Pietro. **Perfis do direito civil**: introdução ao direito civil constitucional. 3ª ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

PESSINI, Leocir. **Bioética**: um grito por dignidade de viver. 3ª ed. rev. e atual. São Paulo: Paulinas, 2008.

PONA, Everton Willian. **Testamento vital e autonomia privada**: fundamentos das diretivas antecipadas de vontade. Curitiba: Juruá, 2015.

Suicídio assistido atrai estrangeiros à Suíça. **Gazeta do Povo**. 14 de julho de 2009. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/mundo/suicidio-assistido-atrai-estrangeiros-a-suica-bnujcl5qr1clkcy8vjph4n66>>

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**: Uma Teoria Geral dos Direitos Fundamentais na perspectiva constitucional. 10ª ed. rev. atual. e ampl; 3ª tir. Porto Alegre: Livraria do Advogado.

SZANIAWSKI, Elimar. **Direitos da Personalidade e sua Tutela**. 2ª ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

URUGUAI. **Ley 18.473**. 03/04/2009. Disponível em: <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18473&Anchor=>>>

TARTUCE, Flávio. **Manual de direito civil**: volume único. 4ª ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2014

WERKHÄUSER, Nina. **Parlamento alemão debate testamentos vitais**. 29/03/2007. Disponível em: <<http://www.dw.com/pt/parlamento-alem%C3%A3o-debate-testamentos-vitais/a-2422885>>

**ANEXO A – RESOLUÇÃO 1.805/2006 CF**







## RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006

(Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169)

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.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

**CONSIDERANDO** que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

**CONSIDERANDO** o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

**CONSIDERANDO** o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”;

**CONSIDERANDO** que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes;

**CONSIDERANDO** que o art. 1º da [Resolução CFM nº 1.493, de 20.5.98](#), determina ao diretor clínico adotar as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;

**CONSIDERANDO** que incumbe ao médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em reunião plenária de 9/11/2006,

### RESOLVE:

**Art. 1º** É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no *caput* deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**Art. 2º** O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

**Art. 3º** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 9 de novembro de 2006.

**EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE**  
Presidente

**LÍVIA BARROS GARÇÃO**  
Secretária-Geral



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A medicina atual vive um momento de busca de sensato equilíbrio na relação médico-enfermo. A ética médica tradicional, concebida no modelo hipocrático, tem forte acento paternalista. Ao enfermo cabe, simplesmente, obediência às decisões médicas, tal qual uma criança deve cumprir sem questionar as ordens paternas. Assim, até a primeira metade do século XX, qualquer ato médico era julgado levando-se em conta apenas a moralidade do agente, desconsiderando-se os valores e crenças dos enfermos. Somente a partir da década de 60 os códigos de ética profissional passaram a reconhecer o doente como agente autônomo.

À mesma época, a medicina passou a incorporar, com muita rapidez, um impressionante avanço tecnológico. Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e novas metodologias criadas para aferir e controlar as variáveis vitais ofereceram aos profissionais a possibilidade de adiar o momento da morte. Se no início do século XX o tempo estimado para o desenlace após a instalação de enfermidade grave era de cinco dias, ao seu final era dez vezes maior. Tamanho é o arsenal tecnológico hoje disponível que não é descabido dizer que se torna quase impossível morrer sem a anuência do médico.

Bernard Lown, em seu livro *A arte perdida de curar*, afirma: “As escolas de medicina e o estágio nos hospitais os preparam (os futuros médicos) para tornarem-se oficiais-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com a morte. A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer.”

O poder de intervenção do médico cresceu enormemente, sem que, simultaneamente, ocorresse uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos. Seria ocioso comentar os benefícios auferidos com as novas metodologias diagnósticas e terapêuticas. Incontáveis são as vidas salvas em situações críticas, como, por exemplo, os enfermos recuperados após infarto agudo do miocárdio e/ou enfermidades com graves distúrbios hemodinâmicos que foram resgatados plenamente saudáveis por meio de engenhosos procedimentos terapêuticos.

Ocorre que nossas UTIs passaram a receber, também, enfermos portadores de doenças crônico-degenerativas incuráveis, com intercorrências clínicas as mais diversas e que são contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se



CFM  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

para os últimos, com frequência, pode-se alcançar plena recuperação, para os crônicos pouco se oferece além de um sobreviver precário e, às vezes, não mais que vegetativo. É importante ressaltar que muitos enfermos, vítimas de doenças agudas, podem evoluir com irreversibilidade do quadro. Somos expostos à dúvida sobre o real significado da vida e da morte. Até quando avançar nos procedimentos de suporte vital? Em que momento parar e, sobretudo, guiados por que modelos de moralidade?

Aprendemos muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado ético da vida e da morte. Um trabalho publicado em 1995, no *Archives of Internal Medicine*, mostrou que apenas cinco de cento e vinte e seis escolas de medicina norte-americanas ofereciam ensinamentos sobre a terminalidade humana. Apenas vinte e seis dos sete mil e quarenta e oito programas de residência médica tratavam do tema em reuniões científicas.

Despreparados para a questão, passamos a praticar uma medicina que subestima o conforto do enfermo com doença incurável em fase terminal, impondo-lhe longa e sofrida agonia. Adiamos a morte às custas de insensato e prolongado sofrimento para o doente e sua família. A terminalidade da vida é uma condição diagnosticada pelo médico diante de um enfermo com doença grave e incurável; portanto, entende-se que existe uma doença em fase terminal, e não um doente terminal. Nesse caso, a prioridade passa a ser a pessoa doente e não mais o tratamento da doença.

As evidências parecem demonstrar que esquecemos o ensinamento clássico que reconhece como função do médico *“curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre”*. Deixamos de cuidar da pessoa doente e nos empenhamos em tratar a doença da pessoa, desconhecendo que nossa missão primacial deve ser a busca do bem-estar físico e emocional do enfermo, já que todo ser humano sempre será uma complexa realidade biopsicossocial e espiritual.

A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduz à obstinação diagnóstica e terapêutica. Alguns, alegando ser a vida um bem sagrado, por nada se afastam da determinação de tudo fazer enquanto restar um débil “sopro de vida”. Um documento da Igreja Católica, datado de maio de 1995, assim considera a questão: *“Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado excesso terapêutico, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionais aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família.*



CFM  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

*Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida”.*

Inevitavelmente, cada vida humana chega ao seu final. Assegurar que essa passagem ocorra de forma digna, com cuidados e buscando-se o menor sofrimento possível, é missão daqueles que assistem aos enfermos portadores de doenças em fase terminal. Um grave dilema ético hoje apresentado aos profissionais de saúde se refere a quando **não** utilizar toda a tecnologia disponível. Jean Robert Debray, em seu livro *L'acharnement thérapeutique*, assim conceitua a obstinação terapêutica: *“Comportamento médico que consiste em utilizar procedimentos terapêuticos cujos efeitos são mais nocivos do que o próprio mal a ser curado. Inúteis, pois a cura é impossível e os benefícios esperados são menores que os inconvenientes provocados”*. Essa batalha fútil, travada em nome do caráter sagrado da vida, parece negar a própria vida humana naquilo que ela tem de mais essencial: a dignidade.

No Brasil, há muito o que fazer com relação à terminalidade da vida. Devem ser incentivados debates, com a sociedade e com os profissionais da área da saúde, sobre a finitude do ser humano. É importante que se ensine aos estudantes e aos médicos, tanto na graduação quanto na pós-graduação e nos cursos de aperfeiçoamento e de atualização, as limitações dos sistemas prognósticos; como utilizá-los; como encaminhar as decisões sobre a mudança da modalidade de tratamento curativo para a de cuidados paliativos; como reconhecer e tratar a dor; como reconhecer e tratar os outros sintomas que causam desconforto e sofrimento aos enfermos; o respeito às preferências individuais e às diferenças culturais e religiosas dos enfermos e seus familiares e o estímulo à participação dos familiares nas decisões sobre a terminalidade da vida. Ressalte-se que as escolas médicas moldam profissionais com esmerada preparação técnica e nenhuma ênfase humanística.

O médico é aquele que detém a maior responsabilidade da “cura” e, portanto, o que tem o maior sentimento de fracasso perante a morte do enfermo sob os seus cuidados. Contudo, nós, médicos, devemos ter em mente que o entusiasmo por uma possibilidade técnica não nos pode impedir de aceitar a morte de um doente. E devemos ter maturidade suficiente para pesar qual modalidade de tratamento será a mais adequada. Deveremos, ainda, considerar a eficácia do tratamento pretendido, seus riscos em potencial e as preferências do enfermo e/ou de seu representante legal.

Diante dessas afirmações, torna-se importante que a sociedade tome conhecimento de que certas decisões terapêuticas poderão apenas prolongar o sofrimento do ser humano até



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

o momento de sua morte, sendo imprescindível que médicos, enfermos e familiares, que possuem diferentes interpretações e percepções morais de uma mesma situação, venham a debater sobre a terminalidade humana e sobre o processo do morrer.

Torna-se vital que o médico reconheça a importância da necessidade da mudança do enfoque terapêutico diante de um enfermo portador de doença em fase terminal, para o qual a Organização Mundial da Saúde preconiza que sejam adotados os cuidados paliativos, ou seja, uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida. A atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual.

**ANEXO B – RESOLUÇÃO 1.995/2012 CFM**





**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012

[\(Publicada no D.O.U. de 31 de agosto de 2012, Seção I, p.269-70\)](#)

Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

**O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

**CONSIDERANDO** a necessidade, bem como a inexistência de regulamentação sobre diretivas antecipadas de vontade do paciente no contexto da ética médica brasileira;

**CONSIDERANDO** a necessidade de disciplinar a conduta do médico em face das mesmas;

**CONSIDERANDO** a atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as diretivas antecipadas de vontade;

**CONSIDERANDO** que, na prática profissional, os médicos podem defrontar-se com esta situação de ordem ética ainda não prevista nos atuais dispositivos éticos nacionais;

**CONSIDERANDO** que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo;

**CONSIDERANDO** o decidido em reunião plenária de 9 de agosto de 2012,

### RESOLVE:

**Art. 1º** Definir diretivas antecipadas de vontade 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.

**Art. 2º** Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

**§ 1º** Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

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

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

**Art. 3º** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2012

**ROBERTO LUIZ D'AVILA**  
Presidente

**HENRIQUE BATISTA E SILVA**  
Secretário-geral



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/12

A Câmara Técnica de Bioética do Conselho Federal de Medicina, considerando, por um lado, que o tema diretivas antecipadas de vontade situa-se no âmbito da autonomia do paciente e, por outro, que este conceito não foi inserido no Código de Ética Médica brasileiro recentemente aprovado, entendeu por oportuno, neste momento, encaminhar ao Conselho Federal de Medicina as justificativas de elaboração e a sugestão redacional de uma resolução regulamentando o assunto.

Esta versão contém as sugestões colhidas durante o I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina de 2012.

### JUSTIFICATIVAS

#### 1) Dificuldade de comunicação do paciente em fim de vida

Um aspecto relevante no contexto do final da vida do paciente, quando são adotadas decisões médicas cruciais a seu respeito, consiste na incapacidade de comunicação que afeta 95% dos pacientes (D'Amico *et al*, 2009). Neste contexto, as decisões médicas sobre seu atendimento são adotadas com a participação de outras pessoas que podem desconhecer suas vontades e, em consequência, desrespeitá-las.

#### 2) Receptividade dos médicos às diretivas antecipadas de vontade

Pesquisas internacionais apontam que aproximadamente 90% dos médicos atenderiam às vontades antecipadas do paciente no momento em que este se encontra incapaz para participar da decisão (Simón-Lorda, 2008; Marco e Shears, 2006).

No Brasil, estudo realizado no Estado de Santa Catarina, mostra este índice não difere muito. Uma pesquisa entre médicos, advogados e estudantes apontou que 61% levariam em consideração as vontades antecipadas do paciente, mesmo tendo a ortotanásia como opção (Piccini *et al*, 2011). Outra pesquisa, também recente (Stolz *et al*, 2011), apontou que, em uma escala de 0 a 10, o respeito às vontades antecipadas do paciente atingiu média 8,26 (moda 10). Tais resultados, embora bastante limitados do ponto de vista da amostra, sinalizam para a ampla aceitação das vontades antecipadas do paciente por parte dos médicos brasileiros.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

### **3) Receptividade dos pacientes**

Não foram encontrados trabalhos disponíveis sobre a aceitação dos pacientes quanto às diretivas antecipadas de vontade em nosso país. No entanto, muitos pacientes consideram bem-vinda a oportunidade de discutir antecipadamente suas vontades sobre cuidados e tratamentos a serem adotados, ou não, em fim de vida, bem como a elaboração de documento sobre diretivas antecipadas (in: Marco e Shears, 2006).

### **4) O que dizem os códigos de ética da Espanha, Itália e Portugal**

Diz o artigo 34 do Código de Ética Médica italiano: “Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso” (O médico, se o paciente não está em condições de manifestar sua própria vontade em caso de grave risco de vida, não pode deixar de levar em conta aquilo que foi previamente manifestado pelo mesmo – *traduzimos*). Desta forma, o código italiano introduziu aos médicos o dever ético de respeito às vontades antecipadas de seus pacientes.

Diz o artigo 27 do Código de Ética Médica espanhol: “[...] Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables”. Portanto, da mesma forma que o italiano, o código espanhol introduz, de maneira simples e objetiva, as diretivas antecipadas de vontade no contexto da ética médica.

O recente Código de Ética Médica português diz em seu artigo 46: “4. A actuação dos médicos deve ter sempre como finalidade a defesa dos melhores interesses dos doentes, com especial cuidado relativamente aos doentes incapazes de comunicarem a sua opinião, entendendo-se como melhor interesse do doente a decisão que este tomaria de forma livre e esclarecida caso o pudesse fazer”. No parágrafo seguinte diz que o médico poderá investigar estas vontades por meio de representantes e familiares.

Deste modo, os três códigos inseriram, de forma simplificada, o dever de o médico respeitar as diretivas antecipadas do paciente, inclusive verbais.

### **5) Comitês de Bioética**

Por diversos motivos relacionados a conflitos morais ou pela falta do representante ou de conhecimento sobre as diretivas antecipadas do paciente, o médico pode apelar ao Comitê de Bioética da instituição, segundo previsto por Beauchamps e Childress (2002, p. 275). Os Comitês de Bioética podem ser envolvidos, sem caráter deliberativo, em muitas



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

decisões de fim de vida (Marco e Shears, 2006; Savulescu; 2006; Salomon; 2006; Berlando; 2008; Pantilat e Isaac; 2008; D'Amico; 2009; Dunn, 2009; Luce e White, 2009; Rondeau *et al*, 2009; Siegel; 2009). No entanto, embora possa constar de maneira genérica esta possibilidade, os Comitês de Bioética são raríssimos em nosso país. Porém, grandes hospitais possuem este órgão e este aspecto precisa ser contemplado na resolução.

**Carlos Vital Tavares Corrêa Lima**

Relator

**ANEXO C – MODELO DE TESTAMENTO VITAL**



Observações internas			

## Testamento Vital

**Página 1 de 3**

Para o caso de, devido a uma eventual debilidade ou perda de consciência, eu deixar de ter capacidade para exprimir os meus desejos e as minhas posições aos médicos, emito o seguinte

### Testamento Vital

(alternativamente I ou II)

#### Caso eu (**Constituente**)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome próprio	Apelido
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de nascimento	Lugar de nascimento

#### residente em

<input type="text"/>	
Rua	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	Localidade

devido a perda de consciência ou entorpecimento mental em consequência de doença, acidente ou outras circunstâncias, deixe temporária ou permanentemente de ter capacidades para exprimir a minha vontade, dou por intermédio deste instrumento plenos poderes a

#### (**Procurador constituído**)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome próprio	Apelido
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de nascimento	Lugar de nascimento

#### residente em

<input type="text"/>	
Rua	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	Localidade

para me representar em todos os assuntos médicos.

O meu procurador constituído tem poderes para dar o seu consentimento em todas as medidas para o diagnóstico e o tratamento de uma doença, para recusar ou revogar o consentimento neste âmbito, para consultar as documentações médicas e para consentir a entrega das mesmas a terceiros. Para este efeito, liberto os médicos que me tratam e os seus trabalhadores que não sejam médicos do dever de sigilo profissional face ao meu procurador constituído.

As decisões do meu procurador constituído são vinculativas e obrigatórias para os médicos.

Esta procuração é revogável em qualquer altura sem forma especial.

Caso eu seja incapaz de exprimir a minha vontade e o procurador constituído esteja impedido, decido, depois de me ter informado sobre as consequências medicinais e jurídicas, o seguinte:

Alternativa I. ou II.

**I. Solicitação da aplicação de todas as medidas possíveis dentro da técnica medicinal para prolongar a vida**

Solicito que sejam esgotadas todas as possibilidades de tratamento médico para que a minha vida seja mantida o mais duradouramente possível, também com a utilização de todas as possibilidades da medicina intensiva.

Sim  Não

**OU**

**II. Solicitação de medidas limitadas de prolongamento da vida, para que possa morrer com dignidade se a minha situação de doença não tiver possibilidades de cura**

A aplicação de medidas de prolongamento da vida, em especial operações, respiração e alimentação artificiais, incluindo a sonda gástrica, bem como a manutenção da função cerebral, não deve ser realizada se **dois médicos** tiverem diagnosticado, independentemente um do outro,

- por favor assinale com uma cruz o que pretende -

Sim  Não que me encontro, inelutavelmente, no processo directo de falecimento, no qual qualquer terapia de manutenção da vida iria adiar a morte ou prolongar o sofrimento sem perspectiva de melhoramento, ou

Sim  Não que me encontro em coma sem perspectiva de recuperação da consciência, ou

Sim  Não que com muita probabilidade se dê uma lesão permanente do cérebro, ou

Sim  Não que no meu corpo há uma falha permanente de funções vitais que não pode ser tratada.

Nestes casos, o tratamento e o cuidado devem ser direccionados de forma a aliviar dores, inquietação e medo, mesmo que através do tratamento necessário das dores não se possa excluir um encurtamento da vida. Eu gostaria de poder morrer com dignidade e em paz, se possível no meu ambiente familiar.

Eu desejo acompanhamento da assistência religiosa de

Apelido, nome próprio

Endereço

Número de telefone

Por favor informe

Apelido, nome próprio

Endereço

Número de telefone

para me prestar assistência pessoal.





As decisões contidas neste testamento vital foram tomadas após uma reflexão profunda e representam a minha posição fundamental ética em relação a questões de um cancelamento de tratamento. Numa situação concreta, na qual seja necessário decidir sobre um cancelamento das medidas de tratamento que são aplicadas na minha pessoa, solicito aos meus médicos que aceitem este testamento vital como vinculativo e procedam de acordo com a minha vontade. Outra decisão que não a que aqui foi formulada não tem para mim qualquer interesse.

**Importante:** se, devido a leis alternantes, esta decisão tenha que ser tomada por um tribunal, nesse caso concedo plenos poderes ao procurador constituído para obter o consentimento do tribunal também com a ajuda de um advogado.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Local e data	Assinatura do constituinte	Assinatura do procurador constituído

### Testemunho

Eu/Nós confirmo/confirmamos que a senhora/o senhor .....  
estava em poder da capacidade de discernimento quando redigiu este testamento vital.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome próprio	Apelido
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de nascimento	Lugar de nascimento

residente em

<input type="text"/>	
Rua	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	Localidade

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Local e data	Assinatura da testemunha	Event. assinatura da 2ª testemunha

### Confirmação futura

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Local e data	Assinatura do constituinte

### Confirmação futura

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Local e data	Assinatura do constituinte

**A DVZ - DEUTSCHE VERFUEGUNGSZENTRALE AG é um banco de dados que arquiva por sua ordem estes testamentos preventivos tal como é seu desejo. Nós encarregamo-nos de que, em caso de necessidade, os seus testamentos preventivos sejam encontrados pelas autoridades e pelos médicos competentes e, dessa forma, a sua vontade seja obtida. Com a sua ordem de depósito do testamento vital assegura o seu futuro pessoal.**

DVZ - DEUTSCHE VERFUEGUNGSZENTRALE AG  
Königstr. 5a · 01097 Dresden · Alemanha  
Tel. +49 (0)351 811 7444 · Fax +49 (0)351 811 7445